

комплексного лікування с применением глутаргина на функциональное состояние печени у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) обследовано 104 больных (60 мужчин, 54 женщины) артериальной гипертензией (АГ) II-III стадии с ХСН. Среди обследованных было 45 больных с ХСН II А стадии ФК III NYHA и 59 – II Б стадии ФК IV NYHA. В зависимости от лечения больные были разделены следующим образом: группа IA включала 33 больных АГ, осложненной ХСН II А стадии, II А группа - 12 больных АГ с ХСН II Б стадии, получавших базовую терапию. IA и II А группы были группами сравнения. II В группу составили 39 больных АГ с ХСН II А стадии, II В группу составили 20 больных АГ с ХСН II Б стадии, которые на фоне базовой терапии получали препарат аргинина глутамат. Контролем были 20 практически здоровых лиц. Проведено общеклиническое, ультразвуковое и биохимическое исследование по стандартным методикам. По результатам исследования установлено, что включение глутаргина в комплексное лечение больных АГ с ХСН способствует улучшению функционального состояния печени путем уменьшения цитолитического, холестатического синдромов и улучшения дезинтоксикационной и белоксинтетической функции гепатоцитов.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, функциональное состояние печени, лечение.

N.G. Virstiuk, O.Ye. Cherkashyna

Influence of Glutargin on Functional State of the Liver in Patients with Chronic Heart Failure

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Abstract. 104 patients (60 males and 54 females) with stage II-III arterial hypertension (AH) and chronic heart failure (CHF) were examined to study the effects of complex treatment with glutargin on the functional state of the liver in patients with CHF. Among patients there were 45 patients with stage II A CHF NYHA FC III and 59 patients with stage II B CHF NYHA FC IV. All the patients were divided depending on treatment: Group IA included 33 patients with AH complicated by stage II A CHF; Group II A included 12 patients with AH and stage II B CHF who received basic therapy. Groups IA and II A were the comparison groups. Group II B consisted of 39 patients with AH and stage II A CHF, and Group II B consisted of 20 patients with AH and stage II B CHF, who, in addition to basic therapy, received arginine glutamate. The control group included 20 practically healthy persons. Standard clinical, ultrasound and biochemical investigations were performed. The results revealed that the inclusion of glutargin in treatment of patients with AH and CHF improves overall liver function reducing the degree of cytolytic and cholestatic syndromes and improving detoxification and protein synthetic functions of hepatocytes.

Keywords: chronic heart failure; liver function; treatment.

Надійшла 30.09.2015 року.

УДК 613.95+616.233-002+616-073

*Макян С.В. *, Гаргаун В.А. *, Майданник В.Г. ***

Клінічні особливості перебігу рецидивного та хронічного бронхіту у дітей (частина 1)

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

**Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Резюме. Предметом дослідження в першій частині роботи стали суб'єктивні прояви у дітей із рецидивним та хронічним бронхітами. Мета дослідження полягала в оцінці основних клінічних проявів рецидивного та хронічного бронхіту, аналізі факторів ризику та передумов до їх виникнення у дітей. Матеріал і методи дослідження: проведено комплексне клініко-анамнестичне обстеження 110 дітей із бронхолегеневою патологією віком від 3 до 18 років (середній вік 10,5±1,1 років): 80 пацієнтів із рецидивним та 30 - із хронічним бронхітом і 30 їх здорових однолітків. Подано детальну оцінку скарг та клінічних проявів захворювання в періоді загострення та ремісії патологічного процесу, проведено аналіз анамнезу життя та захворювання із визначенням основних діагностичних критеріїв кожної із нозологій та факторів ризику, передумов їх розвитку та прогресування. Виділено низку симптомів, які при рецидивній бронхолегеневій патології зустрічалися найчастіше: синдром неспецифічної інтоксикації (підвищення температури, загальна слабкість, в'ялість, зниження апетиту, швидка втомлюваність) (у 85,2 % дітей із рецидивним та 91,3 % - із хронічним бронхітом), дихальна недостатність (до 50,0 % дітей із рецидивним та практично у всіх - із хронічним бронхітом) та кашель (90,0 % дітей із рецидивним та у всіх - із хронічним бронхітом). Визначено певні відмінності в клінічній картині бронхітів із рецидивним та хронічним перебігом у дітей та показано їх чітку залежність від стадії захворювання, знання яких дозволить застосовувати диференційований підхід до лікування та профілактики пацієнтів із різними клінічними варіантами бронхітів.

Ключові слова: хронічний бронхіт, рецидивний бронхіт, діти, клінічні прояви.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

В структурі патології дитячого віку захворювання дихальної системи домінують (66,75%), причому по поширеності ведуче місце належить бронхітам [7], що складають 75-250 випадків на 1000 дітей у рік, з переважанням гострих та рецидивних форм [1]. На сьогодні значну медичну проблему складає неоднозначність прогнозу при рецидивному бронхіті (РБ) у дітей. Так, одужання спостерігається лише у 75,0-

80,0% випадків, тоді як у решти захворювання трансформуються у хронічний бронхіт або бронхіальну астму [2]. Тому з позицій клінічної медицини виділення РБ як перехідної форми є необхідним та дієвим заходом, що забезпечує динамічне спостереження й диференційоване застосування лікувально-реабілітаційних заходів дітям не просто з повторними епізодами гострого бронхіту, а із скомпрометованим фоном та високим ризиком формування хронічної патології [3].

Не втрачає своєї актуальності і проблема хронічного бронхіту (ХБ) у дітей. У зв'язку з тим, що при ХБ запалення носить двобічний дифузний характер, з часом прогресує, призводить до незворотніх змін в легенях із розвитком дихальної недостатності, прогноз ХБ завжди є серйозним. Сучасні досягнення змінили уявлення про причини розвитку хронічного процесу в легенях в бік визнання ведучої ролі вад розвитку бронхолегеневої системи й шкідливих факторів зовнішнього середовища, таких як мікрооточення, активне та пасивне куріння [5, 9]. Однак, на сьогодні незаперечною щодо передумов хронізації процесу залишається і роль тривалих рецидивних процесів у бронхолегеневій системі при їх несвочасній діагностиці та невірній тактиці лікування.

Не дивлячись на значні успіхи, досягнуті в діагностиці та лікуванні неспецифічних захворювань бронхолегеневої системи, багато запитань на сьогодні залишаються дискусійними. Це, в першу чергу, стосується аспектів термінології, особливостей вікової еволюції, ранньої діагностики та передумов трансформації у хронічну інвалідизуючу патологію дорослих [3, 6, 11, 13].

Тому удосконалення методів ранньої діагностики з метою попередження формування хронічного запального процесу в легенях, вдосконалення терапії та профілактики рецидивного й хронічного бронхіту є перспективним щодо зниження їх розповсюдженості, покращення прогнозу та підви-

щення якості життя хворих дітей [5, 12].

Мета дослідження: оцінити основні клінічні прояви рецидивного та хронічного бронхіту та проаналізувати фактори ризику та передумови до їх виникнення у дітей.

Матеріал і методи дослідження

Робота проводилась на базі пульмонологічного відділення та кабінету пульмонолога консультативної поліклініки Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні.

Проведено комплексне клініко-анамнестичне обстеження 110 дітей віком від 3 до 18 років (середній вік $10,5 \pm 1,1$ років) із бронхолегеневою патологією (БЛП). В залежності від нозології діти були розподілені на наступні групи: 80 дітей із рецидивним бронхітом (РБ), 30 дітей із хронічним бронхітом (ХБ). Групу контролю склали 30 практично здорових дітей аналогічного віку, що знаходились на стаціонарному лікуванні в нефрологічному відділенні ОДКЛ та не мали бронхолегеневих скарг або патологій.

Діагноз РБ та ХБ виставляли згідно Наказу МОЗ від 13.01.2005 № 18 про затвердження *Протоколів* надання медичної допомоги дітям за спеціальністю "дитяча пульмонологія".

Проводили детальну оцінку скарг та клінічних проявів захворювання в періоді загострення та ремісії патологічного процесу, аналізували дані анамнезу життя та захворювання із визначенням основних діагностичних критеріїв кожної із нозологій та факторів ризику їх розвитку та прогресування.

При виконанні роботи чітко дотримувалися основних положень GCP, засад Конвенції Ради Європи про права людини та етичних принципів при проведенні наукових досліджень згідно Гельсінської декларації, Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (1977 р.), відповідних положень ВООЗ, Міжнародного кодексу медичної етики (1983 р.) та законів України.

Результати дослідження

Встановлено, що явища неспецифічної інтоксикації відмічались у 85,2 % дітей із РБ та 91,3 % дітей із ХБ. Зокрема, підвищення температури на початку захворювання спостерігалось у 85,0 % пацієнтів із РБ та 75,0 % – із ХБ. Однак, якщо фебрильна гарячка мала місце у 36,7 % обстежених із РБ, то у дітей з ХБ практично не зустрічалася ($p < 0,05$). Субфебрилітет, навпаки, був більш характерним для обстежених із ХБ. Такі пацієнти склали 73,3 % проти 48,3 % в групі із РБ ($p < 0,05$) (табл. 1).

Причому, у 21,7 % обстежених із РБ мав місце тривалий (чотири-пять тижнів і більше) субфебрилітет. Частота втрати та зниження апетиту, порушень сну суттєво не відрізнялися в різних групах та зустрічались приблизно у половини обстежених незалежно від характеру БЛП.

На кашель діти із ХБ в періоді загострення скаржились дещо частіше. Такі пацієнти склали 100,0 % проти 90,0 % у групі з РБ. Вологий кашель зустрічався у 73,3 % обстежених із ХБ, причому у 61,7 % він був малопродуктивним, із виділенням незначної кількості слизистого мокротиння; та 73,3% дітей з РБ (з них у 66,3 % кашель був продуктивним, із виділенням значної кількості слизистого мокротиння). У 7 % дітей із РБ кашель виникав зрідка і був малопродуктивним. Окрім того, 16,6 % дітей із РБ скаржились на періодичний вологий кашель із виділенням мокротиння слизистого чи слизисто-гнійного характеру, у 26,7 % дітей цієї групи кашель був глибоким та супроводжувався болем в грудній клітці. У 15,0 % обстежених із ХБ на висоті кашлю виникало блювання, в той час як для дітей з РБ даний симптом практично не був характерним ($p < 0,05$). Кашель у пацієнтів із БЛП із рецидивним перебігом частіше був впродовж дня. Втім, у 15,0 % дітей із РБ та у 20,0 % – із ХБ він виникав в основному вранці, після пробудження, для п'ятої частини пацієнтів із ХБ властивим був нічний кашель ($p < 0,05$). У 10% дітей із РБ кашель, як основний симптом, не спостерігався.

Задишка в спокої в періоді загострення відмічалась у 30,0 % пацієнтів із РБ та 83,3 % із ХБ, а при фізичному навантаженні зростала до 50,0 % в групі з РБ та до 100 % у дітей з ХБ. Задишка була, як правило, змішаного генезу та сприймалась дітьми як відчуття нестачі повітря, "спирання"

Таблиця 1. Характеристика суб'єктивних проявів у дітей із бронхолегеневими захворюваннями в періоді загострення

Скарга	ХБ (n=30)	РБ (n=80)	P
Кашель:	30 (100,0)	72 (90,0)	>0,05
– сухий	6 (21,7)	13 (16,7)	>0,05
– вологий	22 (73,3)	59 (73,3)	>0,05
– продуктивний	21 (70,0)	51 (63,3)	>0,05
– непродуктивний	2 (6,6)	10 (10,0)	>0,05
– нагадоподібний	3 (10,0)	3 (3,3)	>0,05
– відсутній	-	5 (6,7)	>0,05
– в ранкові години	6 (20,0)	12 (15,0)	>0,05
– ввечері	4 (13,3)	9 (11,7)	>0,05
– впродовж дня	17 (58,3)	37 (46,7)	<0,05
– вночі	2 (6,7)	16 (20,0)	<0,05
– болочий	22 (73,3)	22 (27,5)	<0,05
– неболючий	8 (26,7)	58 (72,5)	<0,05
– з блюванням	5 (15,0)	1 (1,7)	<0,05
Задишка: - в спокої	25 (83,3)	24 (30,0)	<0,05
- при фізичному навантаженні	30 (100,0)	40 (50,0)	<0,05
Гіпертермія:	23 (75,0)	68 (85,0)	>0,05
– гектична	1 (3,3)	24 (30,0)	<0,05
– висока	-	5 (6,7)	<0,05
– субфебрилітет	22 (73,3)	39 (48,3)	<0,05
Загальна слабкість	23 (76,6)	51 (63,3)	<0,05
Зниження апетиту	18 (60,0)	40 (50,0)	>0,05
Катаральні явища	11 (36,6)	72 (86,2)	<0,05
Порушення сну	17 (56,6)	39 (48,3)	>0,05

Примітки: 1. Всі дані подано в абсолютних цифрах, в дужках подано відсоток 2. P – вірогідність відмінності між пацієнтами із рецидивним та хронічним бронхітом

в грудях, тяжкості вдиху і т.д.

Загострення бронхолегеневої патології супроводжувалося появою супутніх катаральних явищ у 86,2% обстежених із РБ та у 60,0 % – із ХБ ($p < 0,05$). Виникнення катару, як правило, передувало появі основної симптоматики.

Період ремісії у пацієнтів із БЛП характеризувався регресом основних клінічних проявів. Втім, частина скарг була присутньою і в цьому періоді та чітко визначалася варіантом нозології (табл. 2).

Так, перебіг ХБ навіть у періоді ремісії супроводжувався вираженою астенизацією пацієнтів, що значно частіше ніж діти із РБ подавали скарги на загальну слабкість ($p < 0,05$), зниження апетиту ($p < 0,05$), швидку втомлюваність, порушення сну ($p < 0,05$). Зокрема порушення сну діти найчастіше пов'язували із наявністю нічного кашлю та задишки, відчуттям нестачі повітря. Така поліморфність скарг в періоді ремісії значно погіршувала якість життя пацієнтів та їх родин, призвела до зростання числа пропусків у навчальних закладах.

У пацієнтів із РБ період ремісії перебігав більш сприятливо. Частина пацієнтів в цьому періоді взагалі не подавала скарг, а у частини вони були мінімальними.

Зокрема, кашель в періоді ремісії утримувався у 16,3 % пацієнтів із РБ та 93,3 % із ХБ ($p < 0,05$). Причому характер кашлю дещо відрізнявся. Так, якщо у дітей із РБ відмічався в основному вранішній та гіперреактивний (у відповідь на різку зміну температурного режиму, фізичне навантаження, вдихання ірритативних речовин тощо) кашель, то у обстежених із ХБ кашель в періоді ремісії був більш маніфестним, в основному малопродуктивним, з виділенням в'язкого характеру мокротиння, часто мав нав'язливий характер, супроводжувався задишкою та відчуттям дискомфорту в грудній клітці.

Обговорення

Встановлено, що клінічний перебіг рецидивуючої бронхолегеневої патології у дітей дуже різноманітний – від

Таблиця 2. Характеристика суб'єктивних проявів у дітей із бронхолегеневими захворюваннями в періоді ремісії

Скарга	ХБ (n=30)	РБ (n=80)	P
Кашель:	28 (93,3)	13 (16,3)	<0,05
- сухий	2 (6,7)	4 (5,0)	>0,05
- вологий	26 (86,6)	9 (11,3)	<0,05
- продуктивний	17 (56,6)	9 (11,3)	<0,05
- непродуктивний	10 (33,3)	-	<0,05
- нападopodobний	1 (3,3)	4 (5,0)	>0,05
- відсутній	2 (6,6)	-	>0,05
- в ранкові години	17 (56,6)	9 (11,3)	<0,05
- ввечері	2 (6,6)	-	>0,05
- впродовж дня	10 (33,3)	4 (5,0)	<0,05
- нічний	12 (40,0)	2 (2,5)	<0,05
- болючий	-	-	-
- неболючий	28 (93,3)	-	<0,05
- зблыванням	-	-	-
Задихка:			
- в спокої	16 (53,3)	-	<0,05
- при фізичному навантаженні	28 (96,6)	-	<0,05
Гіпергермія:			
- гектична	-	-	-
- висока	-	-	-
- субфебрилітет	5 (16,6)	12 (15,0)	>0,05
Загальна слабкість	13 (45,0)	15 (18,8)	<0,05
Зниження апетиту	17 (56,6)	18 (22,5)	<0,05
Катаральні явища	6 (20,0)	18 (22,5)	>0,05
Порушення сну	9 (30,0)	5 (6,3)	<0,05

Примітки: 1. Всі дані подано в абсолютних цифрах, в дужках подано відсоток; 2. P – вірогідність відмінності між пацієнтами із рецидивним та хронічним бронхітом

різко маніфестних до в'ялоперебігаючих малосимптомних форм. Проте, незважаючи на поліморфізм проявів чи, навпаки, їх відсутність, при бронхолегеневих захворюваннях із схильністю до рецидивів нами виділено низку симптомів, які зустрічалися найчастіше, ізольовано або в поєднанні. Зокрема, найчастіше у таких дітей мали місце клінічні прояви синдрому неспецифічної інтоксикації (підвищення температури, загальна слабкість, в'ялість, зниження апетиту, швидка втомлюваність), дихальна недостатність та кашель. Ці дані співпадають із результатами інших дослідників [8, 9, 10]. Втім, спостерігалися певні відмінності в клінічній картині, що чітко визначалися нозологічним варіантом та періодом захворювання (загострення чи ремісія), знання яких дозволить застосовувати диференційований підхід до лікування та профілактики пацієнтів із різними клінічними варіантами бронхітів.

Висновки

1. Рівень захворюваності на бронхолегеневу патологію серед дитячого населення коливається від 15 до 50 %, причому доволі часто має місце неоднозначність прогнозу (схильність до рецидивування, хронізації процесу), що обґрунтовує медико-соціальну значимість проблеми.

2. Визначено клінічні особливості бронхітів із рецидивним та хронічним перебігом у дітей та показано їх чітку залежність від стадії захворювання. Домінуючими в клініці у дітей із рецидивним бронхітом в стадії загострення є кашель (90,0%) та явища загальної інтоксикації (85,0 %), зокрема загальна слабкість (63,3 %), зниження апетиту (50,0%), субфебрилітет (48,3 %). Діти із хронічним бронхітом в стадії загострення найчастіше скаржаться на кашель (100,0 %), задихку (83,3 %), загальну слабкість (76,6 %), субфебрилітет (73,3 %), зниження апетиту (60,0%) та порушення сну (56,6 %).

3. Період ремісії у дітей із ХБ супроводжувався вираженішими ніж при РБ проявами дихальної недостатності

та астенізацією пацієнтів, основними ознаками якої були загальна слабкість ($p<0,05$), зниження апетиту ($p<0,05$), швидка втомлюваність, порушення сну ($p<0,05$), що значно порушують якість життя пацієнтів.

4. В практичній діяльності слід чітко виділяти основні клінічні детермінанти рецидивних бронхолегеневих захворювань, що дозволять їх вчасно діагностувати та надалі провести ефективне лікування, профілактику рецидивів та прогресування патологічного процесу.

Перспективи подальших досліджень

В перспективі планується продовжити вивчення диференційованих клініко-функціональних характеристик, провести аналіз факторів ризику виникнення та основних діагностичних підходів у дітей із рецидивним та хронічним бронхітом.

Література

1. Антипкін Ю. Г. Сучасні підходи до діагностики, профілактики рецидивуючих і хронічних бронхітів у дітей / Ю. Г. Антипкін, Л. П. Арабська, О. А. Смірнова // К.: Медицина. - 2003. - 122 с.
2. Банадига Н. В. Бронхіти у дітей / Н. В. Банадига. - Тернопіль: Воля. - 2010. - 192 с.
3. Банадига Н. В. Динаміка показників імунологічної реактивності та їх медикаментозна корекція у дітей / Н. В. Банадига // Новості медицини і фармації. - 2015. - №9 (542). - С. 25-27.
4. Дука К. Д. Особливості перебігу хронічних бронхітів у дітей та підлітків у сучасних умовах / К. Д. Дука, С. І. Ільченко, М. В. Ширікіна // Современная педиатрия. - 2010. - № 2. - С.77-78.
5. Ільченко С. І. Енергодефіцитний діатез як предиктор розвитку хронічних бронхітів у підлітків / С. І. Ільченко // Запорожский медицинский журнал. - 2010. - т.12, № 2. - С.16-18.
6. Лапшин В. Ф. Бронхіти у дітей. Погляд педіатра // В. Ф. Лапшин // Medical Nature. - 2009. - № 1. - С.8-11.
7. Лебединець Н.В. Аспекти динаміки патології органів дихання дитячого населення / Н. В. Лебединець, А. Г. Різник // Гігієна населених місць. - 2013. - № 61. - С. 317.
8. Костирко Н. І. Клінічна характеристика рецидивуючого бронхіту у дітей / Н. І. Костирко, О. Б. Синовська // Перспективи медицини та біології. - 2010. - Т.ІІ, № 1 (додаток). - С.19.
9. Костирко Н. І. Рецидивуючий бронхіт у дітей: клінічна характеристика та особливості преморбідного стану / Н. І. Костирко, О. Б. Синовська // Галицький лікарський вісник. - 2010. - Том 17, число 2. - С. 46-49.
10. Крючко Т. О. Особливості діагностики рецидивного бронхіту у дітей молодшого віку в період ремісії / Т. О. Крючко, Ю. М. Кінаш, А.П. // Современная педиатрия. - 2010. - № 1. - С.95-98.
11. Страшок Л. А. Хронический бронхит в подростковом возрасте. Современные взгляды на проблему / Л. А. Страшок // Современная педиатрия. - 2011. - № 4. - С.99-101.
12. Хронический бронхит при врожденных и наследственных заболеваниях органов дыхания у детей. Современные технологии диагностики и терапевтическая тактика / Е. В. Серета, Л. Р. Селимзянова, О. В. Кустова [и др.] // Российский педиатрический журнал. - 2012. - № 4. - С.36-40.
13. Чергинець В. І. Рецидивний бронхіт у дітей / В. І. Чергинець, С. І. Ільченко // Медичні перспективи. - 2009. - Т. XIV, № 4. - С.4-7.

M.V. Makian, V.A. Harhaun*, V.H. Majdannuk***

Clinical Peculiarities of Recurrent and Chronic Bronchitis in Children (Part 1)

*Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

** Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Abstract. Subjective manifestations in children with recurrent and chronic bronchitis were the subject of the research.

The objective of the research was to evaluate the main clinical manifestations of recurrent and chronic bronchitis, analyze risk factors and preconditions for their occurrence in children.

Materials and methods of research. The comprehensive clinical and anamnestic examination of 120 children with bronchopulmonary pathology at the age of 3 to 18 (average age was 10.5±1.1 years) was conducted. There were 80 patients with recurrent bronchitis, 30 – with chronic bronchitis and 30 healthy children of the same age. Detailed assessment of complaints and clinical manifestations of disease in exacerbations and remissions of the pathological process was provided,

past medical history and case history were analyzed with identification of main diagnostic criteria for each nosology and risk factors, precondition for their development and progression. A number of symptoms observed in recurrent bronchopulmonary pathology were singled out. They included nonspecific toxicology syndrome (fever, weakness, atony, decreased appetite, fatigue) (in 85.2% of children with recurrent bronchitis and in 91.3% of children with chronic bronchitis), respiratory failure (up to 50.0% of children with recurrent bronchitis and almost in all with chronic bronchitis) and cough (90.0% of children with recurrent bronchitis and in all children with chronic

bronchitis). Some differences in the clinical picture of bronchitis with recurrent and chronic course in children were determined and their clear dependence from the stage of the disease was shown. Such knowledge will allow to use a differentiated approach to treatment and prevention of patients with different clinical types of bronchitis.

Keywords: *chronic bronchitis; recurrent bronchitis; children; clinical features.*

Надійшла 29.09.2015 року.

УДК. 616.314 – 083+616.314 – 77

Михайленко Т.М.

Ефективність нового комплексу професійної та індивідуальної гігієни ротової порожнини в осіб, що користуються знімними конструкціями зубних протезів на основі біохімічних та фізико-хімічних показників ротової рідини

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» м. Івано-Франківськ, Україна

Резюме. У представленій роботі підтверджено позитивний вплив нової діагностико-лікувально-реабілітаційної системи гігієни ротової порожнини в осіб, що користуються знімними конструкціями зубних протезів (II група) на нормалізацію реологічних властивостей ротової рідини, перебіг метаболічних процесів та зменшення ризику каменеутворення, порівняно як з даними до її застосування так і в осіб, що використовували загальновідомі рекомендації (I група).

Після заходів, запропонованої системи гігієни, у ротовій рідині відмічено зростання концентрації водневих іонів на 8,08%, зниження в'язкості на 21,94%, концентрації муцину на 32,18%, порівняно з вихідними даними, а також на 6,43%, 20,74%, 32,55%, порівняно з даними в першій групі, $p \leq 0,05$. У ротовій рідині осіб II групи спостерігали позитивну динаміку метаболічних процесів - зниження концентрацій: лактату - на 32,35%, аміаку - на 51,55% та активності ОДК на 61,24%, порівняно з вихідними даними, а також на 32,35%, 48,37%, 61,62%, порівняно з показниками в I групі, відповідно, $p \leq 0,05$.

Вплив на активність процесів каменеутворення підтверджений зниженням концентрації загального кальцію та фосфат - іонів в ротовій рідині осіб II групи на 18,82% та 10,31%, порівняно з вихідними даними, в той час як в осіб I групи спостерігали зниження на 1,48 та 1,47%. Кальцій-фосфорний коефіцієнт в осіб другої групи знизився на 6,25%, порівняно з вихідними даними, натомість в осіб першої групи цей показник не змінився.

Ключові слова: *в'язкість, концентрація водневих іонів (рН), лактат, загальний кальцій, фосфат-іони, муцин, аміак, активність орнітиндекарбоксілази (ОДК), гігієна ротової порожнини, знімні протези*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Біохімічні та фізико-хімічні показники в ротовій рідині є важливими критеріями для оцінки перебігу фізіологічних та патологічних процесів в зубощелепній системі [1, 2, 3]. Поширеними та високоінформативними вважають дослідження вчених, спрямовані на встановлення ефективності лікування стоматологічної захворюваності на основі динаміки їх зміни [4, 5, 6].

Відомо про тісний взаємозв'язок між біохімічними показниками ротової рідини та станом гігієни ротової порожнини. Проведені нами дослідження засвідчили залежність в'язкості, концентрації водневих іонів (рН), лактату, загального кальцію, фосфат-іонів, муцину, аміаку, активності орнітиндекарбоксілази (ОДК) ротової рідини від гігієнічного стану в осіб, що користуються знімними конструкціями зубних протезів [7, 8, 9, 10].

Тому вважаємо доцільним та інформативним використати динаміку зміни вказаних показників ротової рідини для встановлення ефективності нової діагностико-лікувально-

реабілітаційної системи ротової порожнини.

Мета дослідження: на основі біохімічних та фізико-хімічних показників встановити ефективність нового комплексу заходів професійної та індивідуальної гігієни ротової порожнини в осіб, що користуються знімними конструкціями зубних протезів.

Матеріал і методи дослідження

У клініці кафедри стоматології післядипломної освіти ІФНМУ нами було запропоновано і впроваджено нову діагностико-лікувально-реабілітаційну систему гігієни ротової порожнини. Для оцінки ефективності цієї системи сформовано дві клінічні групи пацієнтів, які користувалися знімними пластинковими протезами та ще одну - III контрольну із 30-и соматично та стоматологічно здорових осіб. До I групи включено 112 осіб, які використовували загальноприйнятту схему гігієнічного догляду за ротовою порожниною. II групу склали 115 осіб, які використовували запропоновану нами систему гігієнічного догляду за ротовою порожниною.

Основними складовими нової діагностико-лікувально-реабілітаційної системи гігієни ротової порожнини є:

- діагностика стану гігієни ротової порожнини в осіб зі знімними конструкціями зубних протезів за допомогою медико-діагностичної комп'ютерної програми визначення інтегрального показника гігієни ротової порожнини (ППРП), мікробіологічних показників (мікробного числа (МЧ) та дефіциту мікробного числа (ДМЧ), частоти виявлення та масивності колонізації α -гемоліт. Streptococcus sp., частоти виявлення та сумарної масивності колонізації патогенними мікроорганізмами), а також біохімічних параметрів слини (в'язкості, концентрації рН, лактату, загального кальцію, фосфат-іонів, вмісту муцину, аміаку, активності ОДК) [11, 12, 13];

- заходи професійної гігієни ротової порожнини: інформування пацієнта щодо особливостей користування знімними протезами та індивідуальних гігієнічних заходів в усній і письмовій формах; навчання флосінгу, догляду за язиком та чищення знімних протезів, формування позитивної мотивації; зняття м'яких та твердих відкладень; антисептична обробка; очищення та дезінфекція знімних конструкцій зубних протезів в ультразвуковій мийці з використанням хімічних середників; проведення озонотерапії тканин протезного ложа; диференційоване призначення зубних паст; призначення пробіотиків для загального та місцевого використання; проведення мікрополірування нових знімних конструкцій зубних протезів в ультразвуковій мийці; заповнення розробленого нами додатку до медичної карти стоматологічного хворого;

- заходи індивідуальної гігієни: диференційоване використання зубних паст та полоскань ротової порожнини композицією ефірних олій «Для гігієни порожнини рота», ефірними оліями м'яті перцевої, олії апельсину; при наявності природних зубів, мосто-подібних конструкцій - призначення проведення флосінгу; догляд за язиком; чищення знімних протезів як зубною щіткою, так і вико-