

Zielen S., Garcia-Garcia M. L. et al. // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* — 2005. — Vol. 171. — P. 315–322.

3. Недельская С. Н. Опыт применения препарата «Беклазон-эко легкое дыхание» у детей, больных бронхиальной астмой / С. Н. Недельская // *Современная педиатрия.* — 2006. — Т. 4, № 13. — С. 28–31.

4. Оптимизация терапии тяжелой бронхиальной астмы у детей с позиции анализа «затраты/эффективность»

/ Петров В. И., Смоленов И. В., Пономарева Ю. В. и др. // *Аллергология.* — 2003. — № 1. — С. 3–10.

5. McDougall C. M. Neutrophil airway inflammation in childhood asthma / C. M. McDougall, P. J. Helms // *Thorax.* — 2006. — Vol. 61. — P. 739–741.

6. Mann B. S. Blood neutrophil activation markers in severe asthma: lack of inhibition by prednisolone therapy / B. S. Mann, K. F. Chung // *Respir. Research.* — 2006. — № 7. — P. 59–69.

7. Increase in airway neutrophils after oral but not inhaled corticosteroid therapy in mild asthma / Nguyen L. T., Lim S., Oates T. et al. // *Respir. Med.* — 2005. — Vol. 99. — P. 200–207.

8. Генотипический и фенотипический полиморфизм N-ацетилтрансфераз в роли предикторов бронхолегочных заболеваний / Яковлева О. А., Косован А. И., Дякова О. В. и др. // *Пульмонология.* — 2003. — № 4. — С. 115–121.

УДК 616.314-089.28

М. В. Розуменко

ВПЛИВ ЗУБНОГО ЕЛІКСИРУ «ЛІЗОМУКОЇДУ» І ГЕЛЮ «ШАВЛІЄВОГО» НА СТУПІНЬ ДИСБАКТЕРІОЗУ Й АНТИОКСИДАНТНО-ПРООКСИДАНТНИЙ ІНДЕКС ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ПЕРЕПРОТЕЗУВАННІ СУЦІЛЬНОЛИТИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ

Одеський державний медичний університет

Вступ

В осіб, що потребують протезування, а також післяпротезування, спостерігаються суттєві зміни саливації [1] і мікробіоценозу [2; 3], що призводять до розвитку запально-дистрофічних захворювань пародонта й слизової оболонки порожнини рота [4; 5]. Особливо вираженими є зміни після 1–3 років користування незнімними конструкціями [6].

Такі пацієнти мають потребу в постійному застосуванні засобів, що сприятливо впливають на саливацію, мікробіоценоз і функціональний стан тканин порожнини рота.

Одними з таких засобів є зубний еліксир «Лізомукоїд», що містить лізоцим, інгібітор протеаз овомукоїд й активатор лізоциму цетавлон (цетримід) [7], і гель «Шавлієвий» з екстрактом шавлії [8].

Мета дослідження полягала у вивченні стану мікробіоцено-

зу порожнини рота й рівня маркерів запалення в ротовій рідині у пацієнтів до протезування, перед перепротезуванням, після перепротезування за використання «Лізомукоїду» і гелю «Шавлієвого».

Матеріали та методи дослідження

Клінічні спостереження проведено на 15 пацієнтах, що потребували перепротезування. Вік пацієнтів становив від 31 до 49 років; досліджувані були розподілені за статтю (6 жінок і 9 чоловіків); із групи дослідження ми виключили осіб із хронічними захворюваннями травного тракту, що мали випадки дисбактеріозу в анамнезі, хворих на цукровий діабет.

Усі пацієнти були протезовані суцільнолитими мостоподібними протезами з керамічним облицюванням.

Досліджувані були поділені на дві групи: перша — група порівняння (без застосування

медикаментозних засобів) включала 7 осіб, друга — основна група (із застосуванням зубного еліксиру «Лізомукоїд» і гелю «Шавлієвого») — 8 осіб.

Пацієнти обох груп звернулися в клініку зі скаргами на дефекти керамічного облицювання, біль при накушуванні на опорні зуби, гіперемію ясен у ділянці проміжної частини мостоподібних протезів.

Зубний еліксир «Лізомукоїд» (ТУ В 24.13903778-37-2005, гігієнічний висновок МОЗ України № 05.03. 02-04/29065 від 04.07.05 р.) застосовувався для полоскань порожнини рота в розведенні 1–2 чайні ложки на 50 мл води 3–5 разів на день після їди протягом 1–2 хв.

Гель «Шавлієвий» (ТУ В 02012102-001-2001, гігієнічний висновок МОЗ України № 5 04 03/ 4156 від 29.01.2001 р.) застосовувався для масажу ясен у ділянці протезного поля двічі на день.

Контролем служили 12 здорових осіб. Вони були протезо-



**Біохімічні показники слини
до й після перефіксації суцільнолитих
комбінованих мостоподібних протезів
із використанням «Лізомукоїду» і гелю «Шавлієвого»**

Група	Уреаза, мкмоль/л	Лізоцим, ОД/мл	ЗПА, мкат/л	Каталаза, мкат/л	МДА, мкмоль/л
Здорові протезоносії, n=12	2,80±0,37	0,062±0,006	5,5±0,6	0,22±0,02	0,23±0,03
Група порівняння, n=7					
До перефіксації	11,8±1,4	0,029±0,004	18,9±1,6	0,14±0,02	0,45±0,06
Р	P<0,001	P<0,01	P<0,001	P<0,05	P<0,05
Через 1 тиж.	8,8±0,7	0,042±0,006	9,4±1,1	0,21±0,02	0,31±0,03
Р	P<0,001	P<0,05	P<0,05	P>0,3	P>0,05
Через 1 міс.	5,1±0,6	0,051±0,004	5,8±0,7	0,23±0,03	0,27±0,04
Р	P<0,05	P>0,05	P>0,3	P>0,3	P>0,3
Основна група, n=8					
До перефіксації	9,6±1,1	0,038±0,005	15,8±1,9	0,11±0,02	0,38±0,05
Р	P<0,001	P<0,05	P<0,001	P<0,01	P<0,05
Через 1 тиж.	3,5±0,5	0,064±0,008	3,2±0,5	0,29±0,03	0,20±0,03
Р	P>0,1	P>0,5	P<0,05	P>0,05	P>0,4
Через 1 міс.	2,9±0,4	0,078±0,007	3,9±0,5	0,33±0,04	0,16±0,02
Р	P>0,7	P>0,1	P>0,05	P<0,05	P>0,05

Примітка. У табл. 1 і 2: Р — показник вірогідності порівняно з групою 1.

Результати дослідження та їх обговорення

У табл. 1 подаються результати визначення біохімічних показників слини здорових осіб і пацієнтів двох груп (основної і контрольної) до протезування, після перепротезування, через тиждень й 1 міс. після перефіксації протезів. Як видно з представлених даних, в осіб, що потребують перепротезування або перефіксації, різко збільшені активність уреаз, ЗПА й концентрація МДА на фоні зниження активності лізоциму й каталази.

Після перефіксації активність уреаз знижується вже через тиждень, причому в основній групі практично до норми. Знижується також і ЗПА (в основній групі навіть нижче норми). Повертається до норми й вміст МДА. Активність лізоциму й каталази після перефіксації, навпаки, зростає, причому більшою мірою — в основній групі.

У табл. 2 наведені результати обчислення СД й АПІ в ротовій рідині. Із цих даних випливає, що у всіх пацієнтів до протезування різко збільшений СД. В основній групі цей показник знижується до норми вже

Таблиця 2
Ступінь дисбактеріозу й антиоксидантно-прооксидантний індекс порожнини рота у пацієнтів до й після перефіксації суцільнолитих комбінованих мостоподібних протезів із використанням терапії «Лізомукоїдом» і гелем «Шавлієвим»

Група	СД	АПІ
Здорові протезоносії, n=12	1,0±0,1	9,60±0,09
Група порівняння, n=7		
До перефіксації	8,9±0,9	3,10±0,04
Р	P<0,001	P<0,001
Через 1 тиж.	4,8±0,4	6,80±0,06
Р	P<0,001	P<0,05
Через 1 міс.	2,2±0,2	8,5±1,0
Р	P<0,01	P>0,3
Основна група, n=8		
До перефіксації	5,8±0,6	2,90±0,03
Р	P<0,001	P<0,001
Через 1 тиж.	1,2±0,2	14,5±1,3
Р	P>0,3	P<0,05
Через 1 міс.	0,9±0,1	20,6±1,9
Р	P>0,5	P<0,001

через тиждень. Індекс АПІ, навпаки, є зниженим у пацієнтів до перефіксації й істотно підвищеним після протезування, причому вірогідно вищий в основній групі. До речі, застосування зубного еліксиру «Лізомукоїду» і гелю «Шавлієвий» сприяє істотному підвищенню АПІ — навіть вище рівня у здорових осіб.

Висновки

Таким чином, проведене перепротезування поліпшує стан мікробіоценозу порожнини рота й знижує запально-дистрофічні процеси в ротовій порожнині. Використання зубного еліксиру «Лізомукоїду» і гелю «Шавлієвий» дозволяє швидко й ефективно усунути дисбактеріоз і патологічні явища в ротовій порожнині, спричинені тривалим користуванням незнімними суцільнолитими протезами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Терешина Т. П. Влияние остаточного мономера акриловых зубных протезов на функциональную активность слюнных желез / Т. П. Терешина, Р. И. Бабий // Вестник стоматологии. — 2005. — № 2. — С. 25-27.



2. Сравнительный анализ адгезии к базисным пластмассам микробной флоры полости пациентов с послеоперационными дефектами челюстей / Агапов В. С., Арутюнов С. Д., Царев В. Н. и др. // Рос. стоматол. журнал. — 2004. — № 3. — С. 33-36.

3. Паненко І. А. Частота розповсюдження знакових уражень слизової оболонки порожнини рота у пацієнтів із знімними зубними протезами / І. А. Паненко, Ю. Г. Романова // Одес. мед. журнал. — 2005. — № 3. — С. 84-86.

4. Романенко Н. В. Анализ отдаленных результатов внутрикостной имплантации / Н. В. Романенко, Е. А. Кузнецов, В. Н. Царев // Рос. стоматол. журнал. — 2008. — № 3. — С. 6-8.

5. Перепелова Т. В. Клінічні та біохімічні показники в ротовій порожнині в осіб із мостоподібними протезами / Т. В. Перепелова // Укр. стоматол. альманах. — 2006. — № 2. — С. 37-39.

6. Raustia A. M. Complications and primary failures related to fixed metal

ceramic bridge prostheses made by dental student / A. M. Raustia, R. Napan kangas, A. M. Salonen // J. Oral. Rehabil. — 1998, Sep. — Vol. 25 (9). — P. 677-680.

7. Левицкий А. П. Лизоцим вместо антибиотиков / А. П. Левицкий. — О. : КП ОГТ, 2005. — 74 с.

8. Майер Ю. Г. Влияние различных видов зубных протезов на уровень слюноотделения у лиц с гипосаливацией / Ю. Г. Майер, Л. Д. Чулак, А. П. Левицкий // Вестник стоматологии. — 2006. — № 3. — С. 66-69.

9. Левицкий А. П. Саливация у здоровых лиц разного возраста и у стоматологических больных / А. П. Левицкий, О. А. Макаренко, Л. Н. Россаханова // Вестник стоматологии. — 2005. — № 2. — С. 7-8.

10. Стальная И. Д. Метод определения малонового диальдегида с помощью тиобарбитуровой кислоты / И. Д. Стальная, Т. Г. Гаришвили

// Современные методы в биохимии. — Л. : Медицина, 1977. — С. 66-68.

11. Гаврикова Л. М. Уреазная активность ротовой жидкости у больных с острой одонтогенной инфекцией челюстно-лицевой области / Л. М. Гаврикова, И. Т. Сегень // Стоматология. — 1996. — Спец. вып. — С. 49-50.

12. Королюк М. Ф. Метод определения активности каталазы / М. Ф. Королюк, Л. И. Иванова, М. Г. Майрова // Лаб. дело. — 1988. — № 1. — С. 16-19.

13. Левицкий А. П. Экспериментальные методы исследования стимуляторов остеогенеза : метод. рекомендации / А. П. Левицкий, О. А. Макаренко, О. В. Деньга. — К. : ГФЦ, 2005. — 30 с.

14. Антиоксидантно-прооксидантный индекс сыворотки крови щурів з експериментальним стоматитом і його корекція зубними елексирами / А. П. Левицкий, В. М. Почтарь, О. А. Макаренко, Л. І. Тридінал // Одес. мед. журнал. — 2006. — № 6. — С. 22-25.

УДК 616.34-002.1-053.2/5

Ю. П. Харченко, І. В. Юрченко, С. В. Кашинцев,
С. Я. Лаврюкова*, Л. С. Котлік**, Н. П. Ісакова**

ОСОБЛИВІСТЬ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ (ЗА ДАНИМИ КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ТА ЛАБОРАТОРНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ)

Одеський державний медичний університет,

*Одеська міська інфекційна лікарня,

**Централізована імуно-вірусологічна лабораторія
із діагностикою СНІДу Одеської облСЕС

Гострі кишкові інфекції (ГКІ) посідають провідне місце в інфекційній патології дитячого віку, поступаючи лише грипу та гострим респіраторним захворюванням. В Україні на гострі кишкові інфекції щороку хворіє понад 50 тис. дітей, а за частотою у структурі дитячої інфекційної патології діареї посідають третє місце після респіраторної інфекції та вітряної віспи.

Актуальність цієї проблеми зумовлена не тільки високою

частотою захворюваності, тяжким перебігом ГКІ та схильністю до генералізації процесу, але й створенням несприятливого преморбідного фону, що може обтяжувати перебіг інших захворювань, високою часткою летальності.

На сучасному етапі змінилися уявлення щодо етіологічного фактора ГКІ у дітей. Найчастіше кишкові інфекції у дітей, особливо раннього віку, перебігають у вигляді секреторної

діареї (або «водянистої» діареї без метеоризму).

Встановлено, що значну кількість саме цих діарей викликають віруси. Найбільш поширеною причиною тяжких гострих діарей вірусної етіології вважають ротавірус. Щороку у світі госпіталізують понад 2 млн дітей у віці до 5 років із тяжкою дегідратуючою діареєю, спричиненою ротавірусом. Більш ніж 440 тис. випадків смерті серед цих дітей пов'язують саме

