

осіб, по відношенню до яких слід розпочинати заходи первинної профілактики розвитку АГ.

Висновки

1. У чоловіків молодого віку з обтяженою спадковістю з ГХ визначено 6 предикторів, які асоційовані з п'ятирічним ризиком розвитку гіпертензії, а саме: збільшення індексу маси тіла ($\geq 25,5$ кг/м²), збільшене вживання солі, підвищення ДАТ при ВЕМ, збільшення індексу періоду гіпертензії нічного середнього АТ (≥ 14 %), величина ранкового підвищення САТ (≥ 50 мм рт. ст.) при добовому моніторингу АТ та індекс маси міокарда лівого шлуночка ($\geq 111,4$ г/м²).

2. Розроблено алгоритм виявлення чоловіків молодого віку зі спадковою схильністю до ГХ з ризиком розвитку АГ через 5 років, який складається з п'яти кроків. При обстеженні молодих чоловіків, наприклад, під час профілактичних оглядів, при експертних оцінках стану здоров'я, після вимірювання АТ (Крок 1), слід оцінити спадковий анамнез з АГ (Крок 2), за наявності ≥ 2 ФР (Крок 3) призначити додаткове

обстеження — ЕхоКГ, ВЕМ і ДМАТ (Крок 4). Оцінити (Крок 5) зміни ДАТ під час ВЕМ, значення індексу періоду гіпертензії нічного середнього АГ, величину ранкового підвищення САТ, індекс маси міокарда ЛШ та підрахувати ризик розвитку АГ протягом 5 років у балах.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Хвороби системи кровообігу: динаміка та аналіз: аналітично-статистичний посібник / під ред. В. М. Коваленка, В. М. Корнацького.* — К.: МПП «Лино», 2008. — 111 с.

2. *Guidelines for the Management of Arterial Hypertension The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) / Task Force Members: G. Mancia, G. de Backer, A. Dominiczak [et al.] // J. Hypertension.* — 2007. — N 5. — P. 1105–1187.

3. *Trial of Preventing Hypertension (TROPHY) [Електронний ресурс] / S. Julius, S. D. Nesbitt, B. M. Egan [et al.] // Engl. J. Med.* — 2006. — Режим доступу до журналу: <http://www.Cardiosource.com/pops/trialSum>.

4. *Мониторирование поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний среди населения.* Ч. 1. / Р. А. Потемкина, И. С. Глазунов, Р. Г. Оганов [и др.] // Проф. заболевания и укрепление здоровья. —

2005. — № 4. — С. 3–16; Ч. 2. — 2005. — № 5. — С. 8–17.

5. *Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії: Робоча група з артеріальної гіпертензії Української асоціації кардіологів [Електронний ресурс] / Є. П. Свіщенко (модератор), А. Е. Багрий, Л. М. Єна [та ін.] // Український кардіологічний журнал.* — 2009. — № 1 (3). — Режим доступу до журналу: <http://www.ukrcardio.org/index.php/id/229>.

6. *Сучасна діагностика та лікування гіпертрофії лівого шлуночка у хворих на артеріальну гіпертензію: метод. рекомендації / уклад.: О. Г. Купчинська, Є. П. Свіщенко [та ін.].* — К., 2002. — 24 с.

7. *STATISTICA: искусство анализа данных на компьютере: для профессионалов.* — СПб.: Питер, 2001. — 656 с.: ил.

8. *Wang D. Clinical Trials: A Practical Guide to Design, Analysis, and Reporting / D. Wang, A. Bakhai.* — Remedica, 2007. — 480 p.

9. *Щеглова Л. В. Артериальные гипертензии у подростков. Подростковая медицина: руководство / Л. В. Щеглова; под ред. Л. И. Левиновой, А. М. Куликова.* — Изд. второе, перераб. и доп. — СПб.: ПИТЕР, 2006. — С. 107–116.

10. *Факторы, влияющие на отдаленные исходы артериальной гипертензии, выявленной в подростковом возрасте / А. С. Асатурян, А. Г. Автандилов, Г. П. Королев, И. В. Галичанко // Кардиология.* — 2005. — № 2. — С. 34–38.

УДК 616.34-002.1-053.2/6-08

Хамо Ибрагим

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭНТЕРИТОВ РОТАВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Одесский национальный медицинский университет

По оценкам экспертов ВОЗ, практически каждый ребенок в течение первых пяти лет жизни переносит ротавирусный гастроэнтерит, независимо от расы и социально-экономического статуса, что наносит значительный экономический ущерб системе здравоохранения и обществу.

Ежегодно ротавирусы вызывают более 137 млн случаев детского гастроэнтерита и примерно 592 тыс. смертей во всем мире.

Целью проведенного исследования явилась оценка клинической эффективности лактулозы (Дюфалак) в комплексной терапии ротавирусной

инфекции. Активным веществом препарата Дюфалак служит лактулоза — дисахарид, состоящий из галактозы и фруктозы [1; 2]. Лактулоза не переваривается ферментами желудочно-кишечного тракта, ферментируется лакто- и бифидобактериями толстой кишки и служит им субстратом для



энергетического и пластического обмена, за счет чего способствует их росту и нормализации состава микрофлоры [3; 4].

Бактериальная трансформация лактулозы до короткоцепочных жирных кислот вызывает целый ряд физиологических эффектов, обуславливающих профилактическую и терапевтическую эффективность лактулозы при запоре, печеночной энцефалопатии, энтеритах и других заболеваниях [5; 6]. В связи с тем, что именно в назначении Дюфалака отчетливо определен дозозависимый эффект [7], благодаря чему можно осуществлять преимущественно пребиотическую поддержку нормофлоры, наш выбор остановился на этом препарате лактулозы.

Для оценки эффективности применения препарата Дюфалак в пребиотической дозе были обследованы 60 детей, больных ротавирусной инфекцией в возрасте от 1 мес. до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в детском отделении городской инфекционной больницы Одессы.

Все наблюдавшиеся больные были распределены методом случайной выборки на две группы. В основную группу вошли 30 детей: 16 (53,3 %) мальчиков и 14 (46,6 %) девочек, которые на фоне традиционной терапии ротавирусной инфекции, включавшей диету, оральную регидратацию, сорбентные препараты (Смекта, Энтеросгель, Полисорб), симптоматическую терапию, жаропонижающие и ферментные препараты (Мезим форте, Креон), по показаниям инфузионную терапию, — получали Дюфалак в пребиотической дозировке с первого дня госпитализации не менее 14 дней.

В группу сравнения были включены 30 детей, получавших только стартовую терапию.

Для сравнительной оценки эффективности лактулозы бы-

ли проведены анализ динамики купирования средней продолжительности симптомов интоксикации: тошнота, вялость, снижение аппетита, лихорадка, гастроинтестинальный симптом: рвота, диарея, метеоризм, боль в животе, а также экспертная оценка эффективности терапии по критериям, принятым в клинике.

В соответствии с целью исследования наряду с оценкой клинических параметров в исследуемых группах было проведено изучение динамики метаболического статуса микрофлоры толстой кишки. Подробная характеристика сравниваемых групп представлена в табл. 1.

Приведенные в табл. 1 данные свидетельствуют о том, что больные были равномерно представлены во всех возрастных группах. Заболевание протекало в форме гастроэнтерита у 43 (71,6 %) пациентов, энтерита — у 15 (25 %) пациентов и лишь у 2 (6,6 %) больных из группы сравнения при ротавирусной инфекции наблюдалось поражение толстой кишки с развитием гастроэнтероколита.

Течение ротавирусной инфекции у детей характеризовалось преобладанием среднетяжелых и легких форм заболевания у 73,3 и 53,3 % ($p < 0,5$).

В большинстве случаев дети поступали в стационар в первые два дня заболевания (73,3 и 83,3 % соответственно). Как видно из данных табл. 1, существенных различий по большинству из оцениваемых признаков между сравниваемыми группами не выявлено. Таким образом, сравниваемые группы были сопоставимы по полу, возрасту и тяжести болезни. Поступали в стационар в первые сутки от начала заболевания в 51,6 % случаев, на вторые сутки — 26,6 %, на третьи сутки — 16,6 % и позже третьих суток — 5 % больных. Дети от 1 мес. до года составляли 26,6 %, от года до

трех лет — 38,3 % и старше трех лет — 35 %. У 7 (11,5 %) детей при поступлении наблюдали проявления атопического дерматита (4,13 %). У 6 (10 %) пациентов выявлена гипохромная анемия.

Начало заболевания у всех детей было острым. У 25 % больных первыми симптомами заболевания были появление жидкого стула, у 12 % — рвоты, а у 70 % — сочетание этих

Таблица 1

Сравнительная характеристика групп детей, абс. (%)

| Сравниваемые параметры | Основная группа | Группа сравнения |
|--|-----------------|------------------|
| Всего детей | 30 (100,0) | 30 (100,0) |
| Возраст | | |
| От 1 мес. до 1 года | 8 (26,6) | 8 (26,6) |
| От 1 года до 3 лет | 13 (43,3) | 10 (33,3) |
| От 3 до 5 лет | 3 (10) | 8 (26,6) |
| > 5 лет | 6 (20) | 4 (13,3) |
| Клинические формы | | |
| Гастрит | — | — |
| Гастроэнтерит | 23 (76,6) | 20 (66,6) |
| Гастроэнтероколит | — | 2 (6,6) |
| Энтерит | 7 (23,3) | 8 (26,6) |
| Тяжесть течения | | |
| Легкая | 6 (20) | 12 (40) |
| Среднетяжелая | 22 (73,3) | 16 (53,3) |
| Тяжелая | 2 (6,6) | 2 (6,6) |
| Сроки госпитализации от начала заболевания | | |
| 1-е сутки | 9 (30) | 22 (73,3) |
| 2-е сутки | 13 (43,3) | 3 (10,0) |
| 3-и сутки | 5 (16,6) | 5 (16,7) |
| > 4 сут. | 3 (10) | — |
| Этиология | | |
| Ротавирус | 30 (100) | 29 (96,6) |
| Ротавир + кампилобактер | — | 1 (3,3) |



**Длительность симптомов интоксикации
в сравниваемых группах**

| Группа | Симптомы | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|
| | Сниженный аппетит | Вялость | Лихорадка |
| Основная, n=30 Частота, % Продолжительность, сут., (M±s) | 73,3 2,50±0,67 | 83,0 2,00±0,58 | 86,6 2,60±0,67 |
| Группа сравнения, n=30 Частота, % Продолжительность, сут. (M±s) | 62,3 3,00±0,64 | 72,0 3,00±0,70 | 84,6 2,76±0,72 |
| P | <0,006 | <0,001 | <0,916 |

симптомов. У 45 % больных отмечено повышение температуры до 38 °С, а у 31 % — выше 38,5 °С. Дети жаловались на снижение аппетита, слабость, вялость, у 28 % отмечались жалобы на боли в животе и вздутие. Частота стула уже в первые сутки заболевания составляла от 4–6 раз у 50 % до 10–12 раз у 26 %. В большинстве случаев стул был водянистым, обильным, без патологических примесей. У 43 (71,6 %) больных ротавирусной инфекцией с первых дней болезни выявляли гиперемия зева. Из них у 24 (55,8 %) также отмечали заложенность носа (табл. 2).

В динамике исчезновения симптомов интоксикации в зависимости от проводимой терапии установлено, что включение пробиотика Дюфалак в комплексную терапию способствовало сокращению длительности вялости (табл. 3).

При этом к концу третьих суток лечения вялость полностью купировалась у 100 % больных основной группы и лишь у 77 % группы сравнения.

Клиническая эффективность лактулозы проявлялась также в более быстром купировании анорексии. Ее длительность была меньше в основной группе (22,50±0,65 и 3,00±0,68), а различия были достоверными (p<0,5). К концу третьих суток лечения аппетит восстанавливался у 91 % детей основной группы в сравнении с 80 % группы сравнения. Средняя продолжительность достоверно не различалась.

Сроки и динамика исчезновения лихорадки у пациентов сравниваемых групп существенно не отличались. Таким образом, включение в терапию основной группы детей лактулозы в пребиотической дозе способствует сокращению продолжительности симптомов интоксикации, в частности анорексии, вялости, не оказывая существенного влияния

при этом на длительность лихорадки и катаральные явления (табл. 4).

При анализе динамики купирования функциональных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта было установлено, что при легких и среднетяжелых формах ротавирусной инфекции у детей не было выявлено существенных различий, срока и посуточной динамики купирования рвоты в сравниваемых группах. Однако можно отметить тенденцию купирования рвоты (100 и 87,5 % соответственно) и метеоризма (91 и 82,6 % соответственно) и более ранние сроки на тре-

тьи сутки в основной группе, чем в группе сравнения.

В сроках купирования диарейного синдрома в сравниваемых группах различий не было выявлено (p<0,5, рис. 1). Но отмечено, что к концу третьих суток заболевания диарея купировалась у 96,6 % больных в основной группе, в то время как в группе сравнения — у 90 % пациентов.

Клинические наблюдения за группой больных, получавших препарат Дюфалак в пребиотической дозе, позволило сделать заключение о его безопасности и хорошей переносимости. Ни у одного

Таблица 3

Динамика купирования симптомов интоксикации

| Симптомы | Группа больных | Количество больных, абс. (%) с разными сроками исчезновения симптомов (по дням) | | | | |
|-------------------|-------------------|---|-----------|-----------|----------|-----|
| | | 1-й | 2-й | 3-й | 4-й | 5-й |
| Вялость | Основная, n = 24 | 2 (8,3) | 20 (83,3) | 24 (100) | — | — |
| | Сравнения, n = 21 | 0 | 5 (23,8) | 16 (76,1) | 21 (100) | — |
| | P | 0,530 | 0,001 | 0,039 | 1 | — |
| Снижение аппетита | Основная, n = 22 | 0 | 13 (59) | 20 (90,9) | 22 (100) | — |
| | Сравнения, n = 20 | 0 | 4 (20) | 16 (80) | 20 (100) | — |
| | P | 1 | 0,024 | 0,570 | 0,821 | — |
| Лихорадка | Основная, n = 27 | 0 | 12 (44,4) | 24 (88,8) | 27 (100) | — |
| | Сравнения, n = 25 | 0 | 10 (40) | 21 (84) | 25 (100) | — |
| | P | — | 0,966 | 0,913 | 1 | 1 |



Таблица 4

**Длительность симптомов поражения
желудочно-кишечного тракта
в сравниваемых группах, М±s**

| Группа | Показатель | | |
|--|-----------------|------------------|-------------------|
| | Рвота | Диарея | Метеоризм |
| Основная группа, n=30 Частота, % Длительность, сут. | 76,6 2,2±0,5 | 100 2,50±0,63 | 73,3 2,50±0,67 |
| Группа сравнения, n=30 Частота, % Длительность, сут. | 73,3 2,4±0,5 | 100 2,63±0,66 | 75,5 2,79±0,70 |
| P | <0,64 | <0,438 | <0,107 |

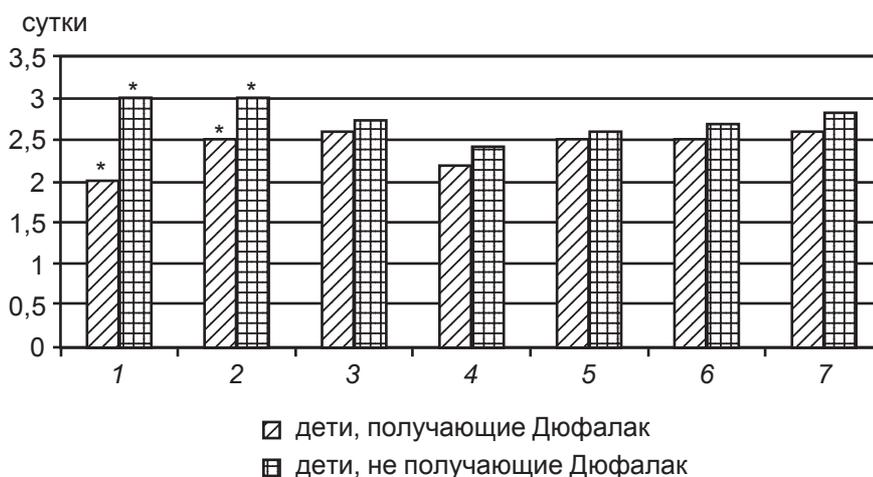


Рис. 1. Средняя продолжительность клинических симптомов РВИ в сравниваемых группах: 1 — вялость; 2 — анорексия; 3 — лихорадка; 4 — рвота; 5 — диарея; 6 — метеоризм; 7 — катар явления

Таблица 5

**Динамика купирования симптомов поражения
желудочно-кишечного тракта**

| Симптомы | Группа больных | Количество больных, абс. (%) с разными сроками исчезновения симптомов (по дням) | | | | |
|-----------|-------------------|---|-----------|-----------|----------|-----|
| | | 1-й | 2-й | 3-й | 4-й | 5-й |
| Рвота | Основная, n = 23 | 2 (8,6) | 17 (73,9) | 23 (100) | — | — |
| | Сравнения, n = 24 | 0 | 14 (58,3) | 21 (87,5) | 24 (100) | — |
| | P | 0,451 | 0,413 | 0,248 | 1 | — |
| Диарея | Основная, n = 30 | 1 (3,3) | 15 (50) | 29 (96,6) | 30 (100) | — |
| | Сравнения, n = 30 | 0 | 14 (46,6) | 27 (90) | 30 (100) | — |
| | P | 1 | 1 | 0,605 | 1 | — |
| Метеоризм | Основная, n = 22 | 0 | 13(59,9) | 20 (91) | 22 (100) | — |
| | Сравнения, n = 23 | 0 | 9 (39,1) | 19 (82,6) | 23 (100) | — |
| | P | — | 0,298 | 0,704 | 1 | — |

больного не было отмечено появления аллергических реакций или отказа от приема препарата (табл. 5).

Важно подчеркнуть, что пребиотические дозы лактулозы лишены послабляющего эффекта, что наглядно продемонстрировано нашим наблюдением. В группе исследуемых больных у двух пациентов на фоне ротавирусной инфекции отмечалось проявление обострения атопического дерматита средней степени тяжести. Возраст детей составил от одного года до трех лет. Анамнестические данные показали, что первые проявления атопического дерматита отмечены были на первом году жизни и были связаны с переводом на искусственное вскармливание. Наблюдение за детьми с атопическим дерматитом во время приема пробиотика Дюфалак показало значительное уменьшение выраженности симптомов, в частности высыпаний и кожного зуда.

Выводы

1. Включение препарата Дюфалак в комплексную терапию ротавирусной инфекции у детей способствует сокращению длительности симптомов интоксикации (вялость, снижение аппетита), незначительному сокращению длительности диспептического синдрома.

2. Дюфалак способствует снижению частоты сочетанного характера копрологического синдрома, что вероятней всего связано с пребиотическим действием, выражающимся в восстановлении окислительно-восстановительного потенциала внутриполостной среды кишечника и положительным изменением толстокишечного микробиоценоза.

3. Важно заметить, что на фоне приема Дюфалака в пребиотической дозе не было отмечено усиления диареи и метеоризма. Наоборот, отмечалось более быстрое купирование данных симптомов.



ЛИТЕРАТУРА

1. Мазанкова Л. Н. Микроэкология кишечника у детей в норме и при патологии / Л. Н. Мазанкова, А. М. Запруднов // Российские медицинские вести. — 1996. — № 1. — С. 34–43.
2. Международный классификатор заболеваний человека (МКБ10). — М., 1997.
3. Fuller R. Probiotics and prebiotics: microflora management for im-

proved gut health / R. Fuller, G. R. Gibson // Clin. Microbiol. Infect. — 1998. — Vol. 4. — P. 477–480

4. Каширская Н. Ю. Значение пробиотиков и пребиотиков в регуляции кишечной микрофлоры / Н. Ю. Каширская // РМЖ. — 2000. — Т. 8, № 1314. — С. 572–575.

5. Gibson G. R. Aspects of in vitro and in vivo research approaches directed toward identifying probiotics and

prebiotics for human use / G. R. Gibson, R. Fuller // J. Nutr. — 2000. — Vol. 130 (2) Suppl. — P. 391–395.

6. Бельмер С. В. Применение препарата Дюфалак (лактолоза) в практике педиатра / С. В. Бельмер // Вопросы современной педиатрии. 2002. — Т. 1, № 1. — С. 52–54.

7. Cystic Fibrosis / Ed. M. E. Hodson, D. M. Geddes. — Second edition. — London, UK : Arnold, a member of the Hodder Headline Group, 2000. — 477 p.

УДК 616.314-77-056.43+615.03

Л. Д. Чулак, В. Г. Шутурминский, В. А. Розуменко

ОЦЕНКА УРОВНЯ ГИГИЕНЫ ПОЛНОГО СЪЕМНОГО АРМИРОВАННОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ АКРИЛОВОЙ ПЛАСТМАССЫ

Одесский национальный медицинский университет

Актуальность темы

Вопросы протезирования при полной утрате зубов постоянно затрагиваются в различных научных стоматологических публикациях. Причина этого в сравнительно низкой эффективности протезирования [1]. Известно, что только 30–40 % больных, которым были изготовлены полные съемные протезы, пользуются съемными протезами без очевидного дискомфорта. Большинство же пациентов не удовлетворены результатами протезирования, повторяют процедуру протезирования снова и снова [2].

Причины, приводящие к неэффективности протезирования: осложненная адаптация к протезу, сложные анатомофизиологические условия протезного ложа, психосоматические проблемы, воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта, необходимость перестройки миостатического рефлекса и многие другие [3–5]. Среди них одна из наиболее сложных причин, которая не дает возможности пользования полным съемным

протезом, — непереносимость акриловой пластмассы [6].

Решению данной проблемы посвящено огромное количество научных трудов, но единого решения до сих пор не было задекларировано [7–9].

Одно из наиболее перспективных направлений в решении проблемы непереносимости акриловых пластмасс — их вытеснение термопластами, которые не обладают свойствами токсического и сенсибилизирующего воздействия на ткани полости рта [10]. Но термопластические материалы (нейлон, полипропилен, ацеталь), наряду с нейтральным взаимодействием с тканями полости рта, имеют ряд недостатков по сравнению с акриловыми пластмассами, среди которых: наличие нерегулируемой усадки, низкая гигиеничность и сложность изготовления.

Именно поэтому мы поставили перед собой **цель** — повышение качества протезирования полными съемными протезами за счет улучшения конструкции протеза.

Материалы и методы исследования

С целью усовершенствования метода нами был предложен следующий способ изготовления полного съемного протеза [11].

После получения функционального оттиска силиконовыми материалами отливаем модель из гипса 3-го класса.

Обжимаем поверхность модели бюгельным воском, используя его как прокладку, и моделируем каркас в зависимости от линий напряжений в пластиночном протезе из профильного воска. Каркас отливаем из металла (рис. 1, 2). Подгоняем каркас по модели, фиксируем к модели липким воском, покрываем пластинкой базисного воска, приступаем к постановке зубов. После примерки конструкции в полости рта окончательно моделируем базис полного съемного протеза, устанавливаем литники по принципу литьевого прессования (рис. 3), гипсуем в специальную кювету (рис. 4).

После замены воска на полипропилен производим обра-

