

10. Чуйко А.Н. О роли и современных возможностях биомеханического анализа в стоматологии / А.Н. Чуйко, Е.О. Бережная, Э.В. Бочарова [и др.] // Вісник стоматології, 2001. - №3. - С.43-49.
11. Шварц А.Д. Биомеханика и окклюзия зубов / А.Д.Шварц // - М.: Медицина, 1994. - 210 с.
12. Marty C. Normal sagittal equilibrium of the spine. Its relations with the pelvic parameters. Its dysfunctions: origin of low-back pain / C. Marty, J. Legave, G. Duval-Beaupere // Eur. Spinal Res. — 1997. — N 15. — P. 21-28.

Реферати

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ КАК СРЕДСТВА КОРРЕКЦИИ ЗУБО-ЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ

Заяц В.Е.

Диагностические методики рентгенологического исследования дают информацию о морфологии, функции, наличии патологических процессов в разных отделах челюстно-лицевой области, что позволяет прогнозировать эффективность лечения, проводить его динамическую оценку. ЛФК следует назначать в комплексном лечении ЗЧА при нарушениях осанки у детей как средство коррекции и стабилизации выявленных нарушений.

Ключевые слова: зубо-челюстные аномалии, нарушение осанки, лечебная физическая культура.

Стаття надійшла 6.02.2013 р.

THE EXPERIENCE OF MEDICAL PHYSICAL CULTURE AS MEANS CORRECTION TEETH-JAW ANOMALIES IN POSTURE DISORDERS IN CHILDREN

Zajats V. E.

Diagnostic X-ray techniques provide information on the morphology, function, presence of pathological processes in different parts of the maxillofacial area, which allows to predict the effectiveness of treatment, to conduct its dynamic assessment. Exercise therapy will be prescribed in treatment of disorders of TJA posture in children as a means of stabilization and correction violations.

Key words: teeth-jaw anomalies, posture disorders, medical physical culture.

УДК 616.24-002.2 - 08

К.С. Іщейкін, Т.В. Настрога, М.М. Потяженко, Н.Л. Соколюк, Н.О. Люлька
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ЗАСТОСУВАННЯ ГАЛОТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

В статті наведено досвід практичного використання небулайзерної терапії з 0,02% розчином декаметоксину разом з курсом галотерапії в комплексному лікуванні хворих з інфекційним загостренням ХОЗЛ. Це сприяє скороченню строків лікування, попереджає рецидиви захворювання.

Ключові слова: декаметоксин, Декасан, небулайзерна терапія, хронічне обструктивне захворювання легень.

ХОЗЛ відноситься до одного із найбільш розповсюджених захворювань людини. За даними ВООЗ в світі понад 210 млн. осіб страждають на це захворювання, ХОЗЛ займає 4-е місце серед усіх причин смерті в загальній популяції [9].

Значна поширеність хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), недостатня ефективність існуючих методів лікування і профілактики, а також зростання рівня інвалідизації у працездатному віці визначають ХОЗЛ як одну з найактуальніших проблем у сучасній клінічній пульмонології, зумовлюють необхідність вивчення механізмів патогенезу та розробки нових способів лікування.

В останні десятиліття інгаляційна терапія придбала якісно інший рівень, що пов'язано з широким впровадженням інгаляторів останнього покоління - небулайзерів. В даний час подача лікарських препаратів через небулайзер займає одне з основних місць у сучасному інгаляційному лікуванні хворих з хронічними хворобами органів дихання, особливо при загостренні цих захворювань [1,3,6]. Для лікування гнійно-запальних процесів в останнє десятиліття була запропонована рідка лікарська форма «Декасан» (0,02% розчину декаметоксину), яка має виражену дію на грампозитивні та грамнегативні аероби, а також анаеробні мікроорганізми. Крім того, Декасан чинить спазмолітичну, гипосенсибілізуючу, імуностимулюючу дію, пригнічує продукцію серотоніну, надаючи протизапальний і протинабряжковий ефекти [3]. Відомий спосіб є недостатньо ефективним в зв'язку з тим, що не дозволяє знизити ризик загострень у майбутньому.

Застосування галотерапії дає можливість зменшити медикаментозне навантаження при лікуванні даного захворювання і знизити кількість побічних ускладнень, які часто виникають при проведенні традиційної терапії. Основним діючим лікувальним фактором галотерапії є негативні аероіони хлориду натрія що імітує мікроклімат солевих шахт. При попаданні респірабельної фракції аерозолу в термінальні відділи бронхіального дерева за рахунок осмотичного ефекту відбувається активація дренажної функції бронхів, збільшується кількість відокремлюваної мокротини. З одного боку це сприяє усуненню одного з компонентів бронхообструкції, а з іншого - істотно підвищується ефективність базисної медикаментозної терапії. Виявлено також протизапальний і імуномодулюючий ефекти аероіонів хлориду натрія. Все це сприяє позитивній динаміці клінічних показників у хворих на ХОЗЛ і консолідації досягнутої ремісії [2].

Метою роботи було оцінити клінічну ефективність галотерапії і небулайзерного застосування препарату «Декасан» (0,02% розв'язок декаметоксину) в комплексному лікуванні хворих на ХОЗЛ у порівнянні із загальноновизнаною терапією.

Матеріал та методи дослідження. Під нашим спостереженням перебувало 65 хворих на ХОЗЛ. Середній вік пацієнтів становив 61,4±2,6 років. Діагноз виставлявся відповідно до наказу МОЗ України № 128 (2007) на

підставі комплексного обстеження, включав оцінку симптомів захворювання (підвищена температура тіла, кашель, харкотиння, задишка, хрипи при аускультатії легенів), результати лабораторних та інструментальних методів дослідження (аналізи крові, сечі, мокротиння, рентгенографії органів грудної клітки, дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД)). Всі пацієнти отримували терапію згідно з прийнятими протоколами надання допомоги хворим з пульмонологічною патологією. [4,5,7,8]

Результати та дослідження та їх обговорення. Пацієнти були розподілені на три групи: перша - контрольна група (n=15) отримували комплексну базисну терапію азитроміцином 0,5 г 1 раз на день, ацетилцистеїн 0,2 г 2 рази на день, доксофлін 0,4 г 2 рази на день) протягом 7 діб. Друга група - основна (n=25) додатково призначалась небулайзерна терапія 0,02% розчином декаметоксину в дозі 5 мл 2 рази на добу за допомогою компресорного небулайзера NEB-10 "Microlife". Третя група (n=25) додатково до базисної і небулайзерної терапії 0,02% розчином декаметоксину, з 3-ї доби призначався курс галотерапії №10. з використанням галогенератора «IONNA» в режимі (іонізатор 30±50% потужності, об'єм потоку повітря 15±20м³/год, температура в камері 40±50°C, тривалість 40±60хв.).

Ефективність лікування оцінювалася за динамікою клінічних симптомів ХОЗЛ, зміни показників лабораторних, інструментальних і функціональних методів дослідження. Аналізували показники життєвої ємкості легень (ЖЕЛ), об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁), прохідність бронхів великого, середнього та малого калібрів (МШВ25, МШВ50, МШВ 75 відповідно), індекс Тифно (ОФВ₁/ЖЕЛ), оцінка ступеню задишки проводилась за показником MRS, дослідження гуморальної ланки імунітету (Ig G, IgA, IgM, IgE).

Дані клінічних та лабораторних досліджень статистично обробляли з урахуванням критерію Стьюдента. Для оцінки достовірності отриманих результатів прийнятий рівень значущості $p \leq 0,05$.

До початку лікування всі пацієнти відзначали загальну слабкість, підвищення температури тіла, посилення кашлю, задишки при фізичному навантаженні, виділення гнійного мокротиння. При додаванні до базисної терапії декасану через компресорний небулайзер та курсу галотерапії у хворих на ХОЗЛ регрес захворювання (зменшення кашлю) спостерігалось на $2,9 \pm 0,4$ днів раніше, задишки на $2,3 \pm 0,33$ ніж в групі порівняння ($p < 0,05$), поліпшувалась якість життя пацієнтів, збільшувалась толерантність до фізичних навантажень. Отримані результати подано на рис. терміни зникнення задишки:



У хворих 3-ї групи відмічено достовірно значне зменшення ступеню обструкції бронхів, про що свідчить збільшення ОФВ₁ на 12,3%, а також модифікованого індексу Тифно - на 11,5%. Тоді як у хворих I групи відмічено збільшення ОФВ₁ на 3,9 %, модифікованого індексу Тифно – на 4,1% індексу, у хворих II групи відмічено збільшення ОФВ₁ на 7,3 %, модифікованого індексу Тифно – на 10,9% ($p < 0,05$). У порівнянні з хворими, що отримували лише базисну терапію мало місце вірогідне зростання МШВ25 ($p < 0,05$). Отримані результати наведено у таблиці.

Динаміка показників функції зовнішнього дихання у процесі лікування

Показник, од.виміру	Перша група (n=15)		Друга група (n=25)		Третя група (n=25)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
ЖЕЛ, %	71,3±2,1	73,8±2,4	69,7±2,5	74,9±2,3	70,1±2,8	78,2±2,4*
ОФВ ₁ , %	68,73±3,4	71,3±3,2	66,3±3,7	71,9±3,1	67,1±3,2	76,2±3,3*
МШВ25, %	53,4±2,8	56,8±2,4	52,4±2,8	57,6±2,2*	52,3±2,2	59,2±2,5*
МШВ50, %	43,2±2,52	46,6±2,1	42,3±2,2	47,4±2,4	41,8±2,9	50,6±3,1
МШВ75, %	52,8±2,46	55,6±2,3	54,7±2,5	56,2 ±2,1	50,6±2,4	57,1±2,2*
ОФВ ₁ /ФЖЕЛ %	72,81±1,3	75,7±2,0	68,9±1,4	76,6±1,8*	70,8 ±2,1	79,1±2,3**

* - розбіжності достовірні до і після лікування ($p < 0,05$), ** - достовірні між хворими основної та контрольної групи після лікування ($p < 0,05$).

При імунологічному обстеженні до початку лікування у хворих досліджуваних груп були виявлені однотипові зсуви з боку показників гуморальної ланки імунітету. Відмічено зростання рівня загального IgE у хворих на ХОЗЛ всіх груп, що були включені у дослідження. Однак, в процесі лікування виявлено позитивну динаміку. Концентрація загального IgE у хворих третьої групи, що отримували комплексну терапію, знизився у 2 рази і становив $82,8 \pm 4,5$ МО/мл, тоді як у хворих першої групи знизився у 1,3 рази і становив $119,8 \pm 3,7$ МО/мл, у хворих другої групи у 1,8 раз і становив $107,5 \pm 7,4$ МО/мл ($p < 0,05$). У 68 % хворих, що отримували комплексну терапію протягом року рецидиви захворювання не спостерігалися, тоді як у хворих, що отримували загально визнану терапію рецидиви на протязі року не спостерігалися у 36% хворих.

Підсумок

Застосування небулайзерної доставки 0,02% розчину декаметоксину у поєднанні з курсом галотерапії в комплексному лікуванні хворих на інфекційне загострення ХОЗЛ призводить до статистично значимого

покращення клініко-лабораторних показників, що обумовлено локальною антисептичною дією препарату з одночасним посиленням протимікробної активності антибіотиків та певним бронхолітичним ефектом і виступає в ролі фактора синергізму, що призводить до зменшення собівартості та строків лікування і покращення якості життя, попередженню рецидивів захворювання.

Література

1. Дубынина В.П. Небулайзерная терапия острых хронических заболеваний дыхательных путей. Методические рекомендации / В. П. Дубынина // – М. : ООО Интер-Этон.- 2006. – 44 с.
2. Зацепин А.С. Сравнительная оценка эффективности галотерапии при хроническом бронхите и бронхиальной астме, автореферат / А.С. Зацепин // - 2003р.- 29 с.
3. Коваленко С.В. Опыт применения небулайзерной терапии декасаном больных с инфекционным обострением хронического обструктивного заболевания легких в условиях пульмонологического отделения / С.В. Коваленко // Український хіміотерапевтичний журнал.- №1-2(23) – 2010.- С.65-66.
4. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія».
5. Нейко Є. М. Досвід застосування комбінованої протизапальної терапії у хворих на інфекційне загострення хронічного обструктивного захворювання легень / Є.М. Нейко, П.Р. Герич, А.М. Василів // Український пульмонологічний журнал. – 2008. - № 3. – 167 с.
6. Фещенко Ф.И. Применение небулайзеров в клинической практике / Ф.И. Фещенко, Л.А. Яшина, А.Н. Туманов [и др.] // Астма та алергія.- 2006.- № 3-4.- С. 59-70.
7. Фещенко Ф.И. Эффективность и безопасность доксофиллина в лечении больных ХОЗЛ / Ф.И. Фещенко, Л.А. Яшина, М.А. Полянская [и др.] // Український пульмонологічний журнал. - 2008.- № 3.- С. 32-36.
8. Фещенко Ю.І. Актуальні проблеми діагностики і терапії ХОЗЛ із супутньою патологією / Ю.І. Фещенко // Український пульмонологічний журнал. 2009.- № 2.- 6 с.
9. Ячник А.І. Особливості морфо-функціональних змін легень у хворих на ХОЗЛ тяжкого і вкрай тяжкого перебігу за даними багаторазової комп'ютерної томографії в залежності від строків і об'єму лікування / А.І. Ячник, Н.М. Мусієнко, В.А. Ячник [та ін.] // Український пульмонологічний журнал.- 2012.- № 1.- С.17-22

Реферати

ПРИМЕНЕНИЕ ГАЛОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

Ищейкин К.Е., Настрога Т.В., Потязженко М.М., Соколюк Н.Л.,
Людья Н.О.

В статье приведен опыт практического применения небулайзерной доставки 0,02% раствора декаметоксина совместно с курсом галотерапии в комплексном лечении больных с инфекционным обострением ХОЗЛ. Это способствует сокращению сроков лечения, предупреждению рецидивов заболевания.

Ключевые слова: декаметоксин, Декасан, небулайзерная терапия, хроническое обструктивное заболевание легких.

Стаття надійшла 20.02.2013 р.

APPLICATION OF HALOTHERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Ischeikin I.K., Nastroga T.V., Potyazhenko M.M., Sokolyuk
N.L., Lyulka N.O.

The article describes the practical experience of using the nebulized delivery of 0.02% decamethoxin solution with a course of halotherapy in complex treatment of patients with infectious exacerbation of COPD. This helps to reduce the period of treatment, prevent the backset.

Key words: decamethoxin, Dekasan, nebulized therapy, chronic obstructive pulmonary disease.

УДК 616.314-002:616.316-008.8

С.В. Ковальов, Н.М.Браїлко, І.Я. Марченко, З.Ю. Назаренко, Л.І. Ляшенко
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

СТАН СЛИНОВИДІЛЕННЯ ТА ПРОЦЕСІВ РЕМІНЕРАЛІЗАЦІЇ У ХВОРИХ НА КЛИНОПОДІБНІ ДЕФЕКТИ

Останнім часом спостерігається значний ріст поширеності клиноподібного дефекту. Змішана слина та здатність до ремінералізації твердих тканин зубів відіграють важливу роль в етіопатогенезі даного захворювання. В роботі проаналізована швидкість виділення змішаної слини до та після стимуляції, а також ступінь ремінералізації твердих тканин упациєнтів, хворих на клиноподібні дефекти.

Ключові слова: клиноподібний дефект, змішана слина, ремінералізація твердих тканин зуба.

Робота є фрагментом науково-дослідницької роботи кафедри «Відновлення стоматологічного здоров'я у пацієнтів з основними стоматологічними захворюваннями та їх реабілітація» (держреєстрація № 0111u006300).

Останнім часом спостерігається значний ріст поширеності некаріозних уражень, в тому числі, клиноподібного дефекту. Якщо раніше клиноподібні дефекти були клінічно виражені тільки в осіб середнього та похилого віку, то зараз їх чисельність зростає та все більше зустрічається в молодому віці (17-20 років)[3]. Згідно цих даних, клиноподібні дефекти зустрічаються в 34,75 % випадків, проте кожні 5 років їх приріст складає 3,5 %. Частіше уражуються ікла обох щелеп (36,16-37,64 %), далі перші премоляри (20,58-23,63 %), моляри (13,53-18,82 %) та різці (3,63-8,82 %). Зуби з такими дефектами рідко уражуються карієсом (18,48 %) та бувають в основному в осіб середнього та похилого віку. Етіологічний фактор не встановлений остаточно і на сьогодні, можна зазначити багатофакторність його клініки, етіології та патогенезу. В основному вчені займаються вивченням патологічного стирання зубів та захворюваннями тканин пародонту та зазначають, що клиноподібний дефект є симптомом цих захворювань, проте в даний час це захворювання прогресує в молоді навіть на фоні здорових тканин