



Рис. 4. Динаміка зміни гігієнічних показників у різних групах хворих, які брали участь у дослідженні, через рік після накладення протеза, бали

Висновки

1. Проведені гігієнічні дослідження протезів у психічно здорових і хворих на шизофренію показали, що рівень гігієни перед початком дослідження на 28,5–36,4 % нижчий у всіх групах психічно хворих.

2. При накладенні акрилових протезів рівень гігієни у групах психічно здорових і хворих на шизофренію погіршився на 12,5 %, що свідчить про погану гігієнічність акрилових протезів порівняно з комбінованою конструкцією.

3. При тривалому користуванні комбінованими протезами рівень гігієни покращився на 20,4 %, що свідчить про високу гігієнічність цих протезів. На нашу думку, це пояснюється тим,

що, на відміну від акрилового пластинкового протеза, комбінований протез не створює «парникового ефекту» під базисом і не викликає токсико-алергічних реакцій з боку слизової оболонки. Порівняно з безакриловим знімним протезом поверхня базису добре відполірована, непориста, що запобігає утворенню ретенційних для нальоту місць на протезі.

Отже, застосування комбінованого пластинкового протеза у психічно хворих більш гігієнічне порівняно з розповсюдженими акриловими та безакриловими пластинковими протезами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Cohen M. Periodontal disease in a group of mentally subnormal children / M. Cohen, R. A. Winer, G. Shklar // J. Dent. Res. — 1960. — N 39. — P. 745.

2. Desai S. S. Down syndrome: a review of the literature / S. S. Desai // Oral Med. Oral. Pathol. Radiol. Endod. — 1997. — N 184. — P. 279-285.

3. Guerreiro P. O. Oral health conditions diagnostic in cerebral palsy individuals of Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil / P. O. Guerreiro, L. Garcia Gde // Cien Saude. Colet. — 2009, Sep-Oct. — N 14 (5). — P. 1939-1946.

4. Etiologic factors of early-onset periodontal disease in Down syndrome / A. Amano, J. Murakami, S. Akiyama, I. Morisaki // Japanese Dental Science Review. — 2008. — N 44. — P. 118-127.

5. Glassman P. Dental disease prevention and people with special needs / P. Glassman, C. Miller // J. Calif. Dent. Assoc. — 2003. — Vol. 31 (2). — P. 149-160.

6. Kumar M. Oral health status and treatment needs in institutionalized psychiatric patients: one year descriptive cross sectional study / M. Kumar, G. N. Chandu, M. D. Shafiulla // Indian J. Dent. Res. — 2006. — Vol. 17 (4). — P. 171-177.

7. Жолудев С. Е. Гигиєна порожнини рота у лиць со съёмними зубними протезами и некоторые способы ее улучшения / С. Е. Жолудев, М. Л. Маренкова // Панорама ортопедической стоматологии. — 2005. — № 2. — С. 50-52.

8. Oral hygiene and oral symptoms among the elderly in long-term care / B. M. Henriksen, E. Ambjornsen, K. Laake, T. E. Axéll // Spec. Care Dentist. — 2004, Sep-Oct. — Vol. 24 (5). — P. 254-259.

УДК 616.2-022.7-53.2+616.233-002-007.272

І. Л. Бабій, В. І. Величко, С. А. Соловйова,
А. В. Сочинський, Н. М. Россіхіна

НОВІ ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

Одеський державний медичний університет

Захворювання респіраторного тракту у дітей і дорослих є важливою проблемою сучасної медицини у зв'язку з їх значною поширеністю, нерідко тяжким перебігом і частими усклад-

неннями. Кожне третє звернення по медичну допомогу відбувається з приводу захворювань органів дихання. Особливу увагу слід приділяти тому факту, що гострі респіраторні

захворювання (ГРЗ) займають провідне місце у структурі дитячої захворюваності. Так, наприклад, захворюваність на ГРЗ за 2006 р. серед дитячого населення (до 14 років включно)



становила майже 72 600 випадків (у перерахунку на 100 тис. дітей це близько 72,6 %). У дітей, які відвідують дитячі дошкільні заклади, ГРЗ виникають у середньому 8–10 разів на першому році відвідування, 5–6 разів на другому, 3–4 рази на третьому. У групі дітей, які часто хворіють, ГРЗ діагностується практично кожний місяць, а в деяких випадках і 2 рази на місяць. Максимальна захворюваність на ГРЗ відмічається у віці від 1 до 6 років і становить у середньому від 4 до 8 епізодів на рік. Серед школярів захворюваність на цю патологію зменшується до 2–5 випадків на рік [1–3].

У значної частини пацієнтів ГРЗ перебігають із бронхообструктивним синдромом [4]. У структурі захворюваності дітей віком від 0 до 14 років включно хвороби органів дихання посідають перше місце і становлять 62–65 %. За поширеністю перше місце серед бронхолегеневої патології у дітей належить гострим бронхітам (75–250 випадків на 1000 дітей за рік). Питома вага ГРЗ як причини бронхітів, за даними різних авторів, коливається від 15 до 75 % дитячої популяції [5; 6]. Гострі респіраторні захворювання, які повторюються, виявляються стресорними факторами, що можуть обумовити зрив адаптації основних функціональних систем у дитячому віці [7].

У медичній практиці розроблені численні підходи і схеми терапії та профілактичних заходів щодо ГРЗ, які базуються на результатах подвійних плацебо-контрольованих досліджень і даних клінічних апробацій, що підтверджені високо-ранговими імунологічними дослідженнями. Серед великої кількості відомих методів профілактики ГРЗ у дітей одне із провідних місць повинно належати імуномодуючій терапії.

Арсенал препаратів, які використовуються як імунокоригуючі та імуномодуючі засо-

би для профілактики і лікування ГРЗ, постійно збільшується, однак істотного прогресу в результатах лікування доки не відмічається. Саме тому проблема пошуку ефективних підходів до імунореабілітації дітей, які часто хворіють на ГРЗ, набуває особливої актуальності.

Метою нашого дослідження була клінічна оцінка ефективності російського імуномодуючого препарату «Деринат» виробництва ЗАТ ФП «Техномедсервіс» у дітей із ГРЗ, ускладненими простим і обструктивним бронхітом.

Деринат (натрієва сіль природної ДНК у водному розчині натрію хлориду) — 0,25%-ні краплі для зовнішнього та місцевого використання у флаконах-крапельницях — призначенні з лікувальною метою виявляє модулюючий вплив на гуморальну та клітинну імунну відповідь (збільшує кількість CD4⁺, CD8⁺, CD25⁺-Т-лімфоцитів, NK-клітин, кількісну і функціональну активність В-лімфоцитів), активує неспецифічну відповідь на інфекцію за рахунок підвищення фагоцитарної активності макрофагів, нейтрофілів, активації системи комплементу [8]. Його безпечність доведена доклінічними та клінічними дослідженнями науковців Росії протягом 25 років. Препарат дозволено застосовувати в педіатричній практиці (наказ МОЗ України № 273 від 23 травня 2008 р.) у дітей, починаючи з 1-го місяця життя. Він безпечний, простий у використанні, має велику противірусну дію, не має побічних і алергічних реакцій.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі міської дитячої лікарні № 1 ім. акад. Б. Я. Резніка (Одеса). Обстежено 68 дітей віком від 1 до 10 років. Першу групу утворили діти (n=25), які захворіли на ГРЗ із простим та обструктивним бронхітом, проходили лікування стаціонарно і

поряд зі стандартною схемою лікування одержували деринат. У другу групу були включені діти (n=23) з цією ж патологією, тільки лікування проводилося амбулаторно, пацієнти разом зі стандартною схемою лікування одержували деринат. Контрольну групу (n=20) утворили діти, які захворіли на ГРЗ із простим та обструктивним бронхітом і проходили лікування стаціонарно, але одержували тільки стандартну терапію.

Критеріями виключення з дослідження було використання інших імуномодуючих препаратів, щеплення проти грипу, супровідна тяжка патологія (імунодефіцитні стани, тяжкі вроджені вади розвитку і т. д.), загострення хронічних захворювань.

Деринат призначали за схемою, незалежно від віку, по 3 краплі в обидва носових ходи кожні 2 год протягом 3 діб, потім по 3 краплі 2 рази на добу — 14 днів.

У жодного пацієнта не відмічалось негативного впливу чи побічної дії.

Усім дітям перед початком терапії та наприкінці, згідно з протоколом обстеження та лікування дітей з ГРЗ, ускладненими простим та обструктивним бронхітом, було зроблено гемограми та за показаннями — рентгенографію з метою виключення пневмонії.

Проведено аналіз тяжкості та динаміки захворювання серед груп дітей, які отримували деринат, і контрольною групою, де отримували тільки стандартну терапію. Протягом двох місяців після закінчення прийому препарату проводилося катамнестичне спостереження за дітьми (повторення захворювання, тяжкість).

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз захворюваності на ГРЗ у групах дітей, які одержували деринат, порівняно з контрольною групою відображено в табл. 1.



Кількість дітей, які захворіли на простий і на обструктивний бронхіт на фоні ГРЗ у всіх групах була приблизно однакова та зіставлення за віком теж однакове. Переважала легка форма бронхітів.

У всіх обстежених дітей захворювання перебігало на обтяженому преморбідному фоні. Так, атопічний дерматит спостерігався у 25 (37 %) дітей, вазомоторний риніт — у 26 (38,2 %) випадках, аденоїдні вегетації було діагностовано у 20 (29,4 %), гіперплазію мигдаликів мали 27 (39,7 %) пацієнтів, гіпохромна анемія легкого ступеня виявлена у 11 (16,2 %) дітей, дискінезію жовчовивідних шляхів мали 12 (18 %) осіб, надмірну масу тіла діагностовано у 9 (13,2 %) випадках, дефіцит маси тіла — у 10 (14,7 %) дітей.

У всіх групах день звернення до лікаря та початок терапії не перевищував третій від появи перших симптомів захворювання.

Ефективність препарату «Деринат» була доведена на таких клінічних параметрах (табл. 2).

Із табл. 2 видно, що в першій і другій групах динаміка клінічних показників значно краща, ніж у контрольній групі. Так, катаральні симптоми (гіперемія глотки, риніт, кашель) вірогідно швидше проходили в основних групах, ніж у контрольній; гіпертермічний період в основних групах зберігався не більше 2 днів, тимчасом як у контрольній групі підвищена температура трималася 3 доби і навіть довше. Також треба відмітити, що аускультативні зміни легенів у дітей першої та другої груп приходили в норму на 1–2 дні раніше, ніж у контрольній групі.

Крім того, варто відмітити, що день видужання в першій та другій групах приходився на 7–8-й день, тоді як у контрольній групі діти одужували на 10–11-й день.

Параклінічні показники також мали свої зміни, перш за все було проаналізовано дані гемограм відповідно до терапії

Таблиця 1
Захворюваність на гострі респіраторні захворювання у групах дослідження

Показники	Група		
	Перша	Друга	Контрольна
Кількість дітей, n	25	23	20
Вік, роки	1,4–10,2	1,8–9,6	1,7–9,8
Стать			
дівчатка	12	11	11
хлопчики	13	12	9
Загальна кількість дітей, які захворіли на ГРЗ			
Простий бронхіт			
тяжка форма	3	4	2
легка форма	11	11	12
Обструктивний бронхіт			
тяжка форма	3	2	1
легка форма	8	6	5

Таблиця 2
Динаміка клінічних показників після терапії у досліджуваних групах, дні

Показники	Група		
	Перша	Друга	Контрольна
Гіпертермія	1,9	1,8	3,1
Гіперемія глотки	4,5	4,1	6,8
Явище риніту	5,6	4,9	8,3
Кашель	8,1	7,8	12,5
Зміни при аускультативній	6,1	6,5	7,8

Таблиця 3
Динаміка деяких показників гемограми після терапії у досліджуваних групах

Група	Сегментоядерні нейтрофіли		Лімфоцити	
	до терапії	після терапії	до терапії	після терапії
Перша				
діти від 1 до 5 років	22,4	32,3	70,3	60,1
діти від 5 до 10 років	40,8	57,2	48,4	31,4
Друга				
діти від 1 до 5 років	22,8	32,5	68,1	60,2
діти від 5 до 10 років	39,2	59,4	50,4	31,8
Контрольна				
діти від 1 до 5 років	20,9	24,8	70,2	65,4
діти від 5 до 10 років	39,3	49,9	50,2	40,2

та після 10 днів лікування (табл. 3).

При аналізі даних таблиці видно, що кількість сегментоядерних нейтрофілів і лімфоцитів на 10-й день терапії у дітей першої та другої груп практично стала фізіологічною нормою. Водночас у дітей контрольної групи ці показники ще залишалися на високому рівні.

За даними катamnестичних спостережень, діти першої та другої груп протягом двох місяців значно менше хворіли на ГРЗ — 10 (20,8 %) дітей із 48 обстежених, перебіг захворювань мав легкий ступінь тяжкості, тимчасом як у контрольній групі з 20 дітей, які перебували під спостереженням, захворіло 12 (60 %) дітей, перебіг у 2 пацієнтів мав тяжкий ступінь.

Висновки

1. Захворюваність на ГРЗ у дітей до 10 років становить 67,3 % за даними педіатричного відділення міської дитячої лікарні № 1 ім. акад. Б. Я. Резніка, з них ускладнення на простий та обструктивний бронхіт — у 37,8 % випадків.

2. Сьогодні вакцинопрофілактика ГРЗ не може забезпечити 100%-й захист дітей від сезонних епідемій, що зумовлює обґрунтоване використання імуномодуляторів.

3. «Деринат» можна рекомендувати дітям різного віку з метою лікування та профілактики ГРЗ, ускладнених простим та обструктивним бронхітом.



ЛІТЕРАТУРА

1. Палій І. Г. Грп та інші гострі респіраторно-вірусні інфекції: сучасний погляд на діагностику, лікування та профілактику / І. Г. Палій // *Новости медицины и фармации в Украине*. — 2009. — № 15 (289). — С. 10-11.

2. Мизерницкий Ю. Л. Частые острые респираторные заболевания у детей: современные представления / Ю. Л. Мизерницкий, И. М. Мельникова // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. — 2009. — № 3. — С. 7-13.

3. Новые технологии в профилактике острых респираторных инфекций и гриппа у детей младшего воз-

раста / Г. А. Самсыгина, Т. В. Казюкова, Т. А. Дудина [и др.] // *Педиатрия*. — 2008. — № 5. — С. 102-107.

4. Абатуров О. Є. Лікування гострих респіраторних захворювань, які супроводжуються розвитком обструктивного синдрому, у дітей раннього віку / О. Є. Абатуров, І. Л. Височина, Н. М. Токарева // *Новости медицины и фармации в Украине*. — 2009. — № 8. — С. 13.

5. Новые подходы к профилактике и терапии острых респираторных инфекций у детей раннего возраста, проживающих в домах ребенка / Е. И. Юлиш, И. В. Балычевцева, С. Г. Гадецкая [и др.] // *Современная педиатрия*. — 2009. — № 3 (25). — С. 15-18.

6. Иммунопрофилактика рибомунимом рекуррентных инфекций у детей первых 5 лет жизни / В. В. Бережной, Е. Н. Охотникова, Е. Н. Коломиец, Г. А. Гайдучик // *Актуальные вопросы педиатрии*. — 2008. — № 5 (22). — С. 56-60.

7. Абатуров О. Є. Імунопрофілактика гострих респіраторних вірусних інфекцій на сучасному етапі / О. Є. Абатуров, І. Л. Височина // *Новости медицины и фармации в Украине*. — 2009. — № 17 (291). — С. 3-4.

8. *Применение дерината в педиатрии*: пособие для практикующих врачей / под ред. А. И. Кусельмана. — М.; Тверь: Триада, 2008. — 88 с.

УДК 617.55+616.246.2-002]-072.1-089.5-053

Н. Р. Баязитов

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ МИНИЛАПАРОСКОПИИ С КЛАССИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИЕЙ

КП «Одесская областная клиническая больница»

Резервом улучшения хирургического лечения острых заболеваний органов брюшной полости является диагностическая лапароскопия. Лапароскопия позволяет в наиболее ранние сроки установить диагноз и провести своевременное эффективное лечение [1; 2]. В последнее время появилась технология эндоскопической диагностики заболеваний органов брюшной полости, которая предполагает применение минилапароскопов и инструментов, имеющих диаметр 2,0–3,0 мм, обеспечивающих максимальную диагностическую информативность при минимальной травме тканей [3; 6; 7]. Оценка сравнительной эффективности классической и минилапароскопической диагностики является актуальной проблемой хирургии [7; 9].

Целью настоящего исследования стало проведение сравнительной оценки эффектив-

ности минилапароскопической и традиционной лапароскопической диагностики у пациентов с острой хирургической патологией органов брюшной полости.

Материалы и методы исследования

Диагностическая минилапароскопия была выполнена у 85 пациентов. Группой сравнения служили 55 больных, которым по ургентным показаниям была выполнена классическая диагностическая лапароскопия.

Выполнение диагностической минилапароскопии предполагает соблюдение нескольких технических требований, позволяющих достичь максимального диагностического эффекта. Так, введение минилапароскопа с углом обзора 30° осуществлялось через порт диаметром 2 мм, установленный через пупок. Учитывая угол обзора, информативные изобра-

жения получали при пневмоперитонеуме 6–8 мм рт. ст. у 27 (31,8 %) пациентов. У остальных больных (58 человек) для лучшей визуализации органов брюшной полости пневмоперитонеум повышали до 12 мм рт. ст. Следует отметить, что во всех случаях традиционной диагностической лапароскопии внутрибрюшное давление составляло от 12 до 14 мм рт. ст.

Осмотр органов брюшной полости производится в определенном порядке. Вначале осматривается париетальная и висцеральная брюшина: изучается по секторам состояние, цвет, сосудистый рисунок, характер поверхности. Брюшная полость условно подразделяется на следующие секторы: 1-й сектор — диафрагма, серповидная связка и правая доля печени, желчный пузырь; 2-й сектор — диафрагма, серповидная связка и левая доля печени; 3-й сектор — селезен-

