

вання з іншими гіпотензивними препаратами.

Отримані результати підтверджують доцільність продовження досліджень у даному напрямку з оцінкою клінічних, гемодинамічних, інструментальних показників із метою надання практичних рекомендацій щодо ведення даної категорії пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Смертність та інвалідність населення внаслідок серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань — проблема сучасності* / В. М. Коваленко, А. Л. Дорогой, В. М. Корнацький та ін. // Укр. кардіол. журн. — 2003. — № 6. — С. 9-12.

2. *Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension —*

European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertension. — 2003. — Vol. 21. — P. 1011-1053.

3. *Staessen J. A., Wang J., Thijs L. Cardiovascular prevention and blood pressure reduction: a qualitative overview updated until 1 March 2003* // J. Hypertension. — 2003. — Vol. 21. — P. 1055-1076.

4. *Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT)* // JAMA. — 2002. — Vol. 288. — P. 2981-2997.

5. *CAMELOT: Comparison of amiodipin versus enalapril to limit occurrences of thrombosis. Data on file.* — N.Y.: Pfizer Inc, 1999. — 386 p.

6. *Вплив антигіпертензивної терапії амлодипіном на гемостаз і клінічний перебіг дисциркуляторної енцефалопатії у хворих з артеріальною гіпертензією* / Н. Н. Грицай, Н. В. Літвіненко, В. М. Гладкая та ін. // Здоров'я України. — 2003. — № 11 (72).

7. *Health outcomes associated with calcium antagonists compared with other first-line antihypertensive therapies: a meta-analysis of randomized clinical trials* / M. Pahor, B. M. Psaty, M. N. Alderman et al. // Lancet. — 2000. — Vol. 356. — P. 1949-1954.

8. *Курята О., Марченко Д., Леснічук Л. Амлодипін при лікуванні артеріальної гіпертензії у хворих, що знаходяться на хронічному гемодіалізі* // Мед. вісник. — 2003. — № 27 (247). — С. 3.

9. *ACC/AHA 2002 Guideline Update for the management of patients with chronic stable angina — summary article* // Circulation. — 2003. — Vol. 107. — P. 149-158.

УДК 616.314-089.23-003.96:612.313.3

Р. І. Бабій

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОРИГУВАЛЬНОГО ГЕЛЮ «МАЛЬЦИТ» ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ ЗНІМНИМИ ЗУБНИМИ ПРОТЕЗАМИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПОСАЛІВАЦІЄЮ

Одеський державний медичний університет

Відомо, що недостатнє слиновиділення призводить до ксеростомії, яка проявляється низкою негативних явищ з боку органів ротової порожнини (сухість і подразливість слизових оболонок, шорсткість язика, постійна потреба у змочуванні порожнини рота, більові відчуття при прийомі води та їжі, утруднення при вимові, погана адаптація до знімних зубних протезів тощо) [1; 2].

Особливо потерпають пацієнти з недостатньою функціональною активністю слинних залоз при протезуванні знімними зубними протезами. Для звикання до протеза вони по-

требують тривалішого часу, але і після відносної адаптації ефективна експлуатація протеза неможлива вже з тієї причини, що носіння протеза викликає посилення патологічного процесу в слинних залозах зі зниженням рівня слиновиділення. Як показують дослідження, це пов'язано з впливом залишкового мономера бази акрилового протеза [3; 4].

Тому при протезуванні пацієнтів із гіпосалівацією знімними протезами з пластмасовим базисом необхідно врахувати вказаний факт; щоб не посилити патологічного процесу, дуже важливо забезпечити за-

хист слизової оболонки з допомогою різноманітних прокладок між акриловим протезом і протезним ложем.

Найбільш ефективними слід вважати прокладки у вигляді гелеподібних композицій [5]. Так, наприклад, гель «Мальцит» рекомендовано для застосування при гіпосалівації, спричиненій деякими етіологічними факторами, але, в першу чергу, при протезуванні знімними зубними протезами у пацієнтів зі зниженою функціональною активністю слинних залоз [6].

Головне призначення гелю «Мальцит» — корекція слино-



виділення. Однак цей гель виконує й інші функції, зокрема, створює буферну зону між пластинковим зубним протезом і слизовою протезного ложа у пацієнтів зі знімними зубними протезами. Він також здатний сприяти прискоренню адаптації до протеза і запобігти розвитку протезного стоматиту.

Мета даного дослідження полягала у вивченні впливу гелю «Мальцит» на функціональну активність слинних залоз і час адаптації до знімних зубних протезів у осіб із гіпосалівацією.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведені на 26 пацієнтах віком 41–55 років із частковими і повними дефектами зубних рядів, яким вперше були виготовлені знімні зубні протези і на час протезування у яких було зафіксовано знижений рівень слиновиділення (швидкість виділення нестимульованої слини менше 0,5 мл/хв).

Було сформовано дві групи: основна і група порівняння. Пацієнтам основної групи пропонувалося на поверхню протеза і відкриті ділянки слизової оболонки наносити гель тонким шаром двічі на день (вранці та ввечері після їди та гігієни порожнини рота і протеза). Пацієнти групи порівняння після фіксації протеза використовували звичайний режим догляду за порожниною рота й експлуатації протеза.

При оцінці ефективності застосування гелю «Мальцит» у пацієнтів зі знімними зубними протезами вивчалися такі показники: швидкість слиновиділення, стан слизової оболонки протезного ложа, динаміка адаптації до знімних зубних протезів, інтенсивність запального процесу за пробою Шиллера — Писарева [7], протеолітична активність ротової рідини [8].

Результати фіксувалися до встановлення протеза, через

1, 2 і 8 міс від початку користування протезом.

Статистична обробка даних проводилася за методом Є. М. Монцевічуте-Ерингене [9] із використанням t-критерію Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати дослідження подано у табл. 1–4.

Як видно з даних табл. 1, у пацієнтів і групи порівняння, і основної групи через 1 міс після фіксації протеза спостерігалось збільшення рівня слиновиділення (вірогідність різниці в обох групах щодо вихідного рівня $P < 0,05$).

Через 2 міс у групі порівняння рівень секреції слини практично повернувся до вихідного, а через 8 міс (віддалені результати) спостерігалось чимале зменшення слиновиділення (майже на 15 %). Пацієнти скаржилися на ще більшу сухість слизової оболонки рота, ніж до протезування.

У пацієнтів основної групи через 2 міс рівень секреції слини збільшився майже удвічі порівняно з вихідним рівнем, а через 8 міс швидкість слиновиділення була більше 0,5 мл/хв, що свідчило про стимулювальний вплив коригувального гелю «Мальцит» на секрецію слини.

Під час огляду слизової оболонки протезного ложа у пацієнтів групи порівняння через 1 міс після початку ортопедичного лікування знімними протезами спостерігалися ділянки мацерації, однак сама слизова була лише незначно гіперемована. Кожному пацієнту протягом місяця було проведено від 2 до 5 корекцій протеза. Дослідження, проведені через 2 і 8 міс, виявили неблагополучний загальний стан слизової оболонки протезного ложа: набряк, пастозність, гіперемію, що підтверджувалося збільшенням показників проби Шиллера — Писарева,

вірогідність різниці показників якої через 1 міс становила $P < 0,001$, а через 8 міс — $P < 0,01$ (див. табл. 2).

У пацієнтів основної групи незначне запалення протезного ложа відмічалось лише при другому відвідуванні (через 1 міс). Показники проби Шиллера — Писарева хоча і були вище вихідного рівня, але критерій вірогідності $P < 5$ %. Через 2 і 8 міс запалення слизової оболонки зовсім не відмічалось, про що свідчили як результати огляду, так і показники проби Шиллера — Писарева.

Найбільш об'єктивним фактором, який відображає інтенсивність запального процесу у порожнині рота, стали результати вивчення загальної протеолітичної активності ротової рідини (див. табл. 3). Так, у протезоносіїв, яким не застосовували коригувальний гель, через 2 міс після фіксації протеза протеолітична активність ротової рідини збільшилася більш ніж утричі ($P < 0,001$). У осіб основної групи через 2 і 8 міс протеолітична активність ротової рідини залишалася на рівні вихідних даних.

При подальших дослідженнях вивчався вплив коригувального гелю «Мальцит» на час адаптації до протеза.

Дані, наведені у табл. 4, показують, що найбільший процент осіб, які адаптувалися до протеза, у групі порівняння був зафіксований на 3-му тижні після фіксації протеза, і на кінець 2-го місяця лише 75 % протезоносіїв вказали на відсутність неприємних відчуттів у порожнині рота. При цьому у них період повної адаптації у середньому становив $(74,4 \pm 18,5)$ дня, тимчасом як у пацієнтів основної групи на адаптацію у середньому пішло $(25,4 \pm 2,5)$ дня, що майже утричі швидше, ніж у групі порівняння.

Таким чином, на основі одержаних даних ми зробили висновок, що застосування гелю



Таблиця 1

Динаміка зміни швидкості слиновиділення у протезоносіїв під впливом гелю «Мальцит»

| Час обстеження | Група порівняння, n=12 | Основна група, n=14 |
|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| До фіксації протеза (вихідний рівень) | 0,42±0,03 | 0,38±0,04 P ₁ >0,05 |
| Через 1 міс | 0,54±0,04 P ₂ <0,05 | 0,52±0,50 P ₂ <0,05 |
| Через 2 міс | 0,45±0,04 P ₂ >0,05 | 0,61±0,05 P ₂ <0,001 |
| Через 8 міс | 0,36±0,03 P ₂ >0,05 | 0,56±0,04 P ₂ <0,01 |

Примітка. У табл. 1–4: вірогідність різниць P₁ розрахована щодо даних, зафіксованих у пацієнтів групи порівняння; P₂ — порівняно з вихідним рівнем.

Таблиця 2

Динаміка змін показників проби Шиллера — Писарева у протезоносіїв під впливом гелю «Мальцит»

| Час обстеження | Група порівняння, n=12 | Основна група, n=14 |
|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| До фіксації протеза (вихідний рівень) | 1,05±0,09 | 1,24±0,10 P ₁ >0,05 |
| Через 1 міс | 2,11±0,18 P ₂ <0,001 | 1,55±0,14 P ₂ >0,05 |
| Через 2 міс | 1,95±0,20 P ₂ <0,001 | 1,31±0,12 P ₂ >0,05 |
| Через 4 міс | 1,64±0,15 P ₂ <0,002 | 1,28±0,11 P ₂ >0,05 |
| Через 8 міс | 1,52±0,14 P ₂ <0,01 | 1,32±0,13 P ₂ >0,05 |

Таблиця 3

Динаміка змін активності протеолітичних ферментів у протезоносіїв під впливом гелю «Мальцит»

| Час обстеження | Група порівняння | Основна група |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| До фіксації протеза (вихідний рівень) | 4,13±0,55 | 5,05±0,4 P>0,05 |
| Через 2 міс | 14,46±2,21 P ₂ <0,001 | 6,01±1,15 P ₂ >0,05 |
| Через 8 міс | 8,00±0,75 P ₂ <0,002 | 4,21±1,23 P ₂ >0,05 |

Таблиця 4

Динаміка адаптації до знімних зубних протезів під впливом гелю «Мальцит» у осіб з гіпосалівацією

| Час обстеження | Адапованих до протеза, абс. (%) | |
|---|---------------------------------|----------------------------------|
| | Група порівняння, n=12 | Основна група, n=14 |
| Протягом 1-го тижня | 0 | 2 (14) |
| Протягом 2-го тижня | 0 | 2 (14) |
| Протягом 3-го тижня | 4 (33) | 5 (36) |
| Протягом 4-го тижня | 3 (25) | 5 (36) |
| Протягом 2-го місяця | 2 (17) | 0 |
| Більше 2 міс | 3 (25) | 0 |
| Період повної адаптації у середньому на групу, днів | 74,4±18,5 | 25,4±2,5 P ₁ <0,02 |

«Мальцит» у протезоносіїв, у яких спочатку було зафіксовано знижений рівень слиновиділення, приводить до посилення функціональної активності слинних залоз, запобігає розвитку запалень протезного ложа і прискорює період адаптації до знімних зубних протезів з акриловим базисом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Kowitz G. M. Case reports. 3. Xerostomia // Compend. Contin Educ. Dent. — 1997. — Vol. 18, N 2 Spec. — P. 59-62.

2. The wafer test: a semi-quantitative test to screen for xerostomia / J. Sanchez-Guerrero, E. Aguirre-Garcia, M. R. Perez-Dosal et al. // Rheumatology (Oxford). — 2002. — Vol. 41. — N 4. — P. 381-389.

3. Olveti E., Hegedus C. Typical symptoms of methylacrylate sensitivity in wearers of acrylate dentures // Fogorv. Sz. — 1997. — Vol. 90. — P. 19-26.

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

5. Use of hydroxy-propyl-methyl cellulose (methocel) and carboxy-methyl cellulose containing artificial saliva in the symptomatic treatment of xerostomia / G. Nagy, E. Olveti, M. Zehner et al. // Fogorv Sz. — 1995. — Vol. 88, N 9. — S. 299-304.

6. Терешина Т. П., Бабий Р. И., Мозговая Н. В. Разработка и экспериментальное обоснование применения нового геля для полости рта «Мальцит» при гипосаливации // Вестник стоматологии. — 2006.

7. Федоров Ю. А., Корень В. Н. Основы гигиены полости рта. — Л.: Медицина, 1973. — 215 с.

8. Барабаш Р. Д., Левицкий А. П. Казеиноподобная и БАЭЭ-эстеразная активность слюны и слюнных желез крыс в постнатальном онтогенезе // Бюл. экспер. биол. — 1973. — № 8. — С. 65-68.

9. Монцевичуте-Эрингене Е. В. Упрощенные математико-статистические методы в медицинской исследовательской работе // Патол. физиология и эксперим. терапия. — 1964. — № 4. — С. 71-78.

