

// Современная стоматология. – 2005. – № 4. – С. 4–7.

6. *Thermal sensitivity of endodontically treated teeth* / E. Tidwell, D. E. Witherspoon, J. L. Gutmann [et al.] // *Int. Endod. J.* – 1999. – Vol. 32 (2). – P. 138–145.

7. Кузьмина Э. М. Повышенная чувствительность зубов / Э. М. Кузьмина. – М., 2003. – 40 с.

8. *Burke F. J. Ozone and caries: a review of the literature* / F. J. Burke // *Dent Update.* – 2012. – Vol. 39 (4). – P. 271–272.

9. Коваль А. В. Эндодонтическая обработка корневых каналов зуба с использованием озono-кислородной смеси / А. В. Коваль // *Вісник стоматології.* – 2009. – № 3. – С. 19–22.

УДК 616.314.11-089-084:615.477.2:687.5.01

В. А. Лабунець, І. П. Ковшар

СПОСІБ ЗАПОБІГАННЯ ЕНДОДОНТИЧНИМ УСКЛАДНЕННЯМ ПРИ ЕСТЕТИЧНОМУ ПРОТЕЗУВАННІ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ВІНІРІВ

Метою дослідження була оцінка клінічної ефективності запобігання ендодонтичним ускладненням при естетичному протезуванні із застосуванням вінірів. Запропонований оригінальний метод підготовки поверхні зуба під вініри та профілактики ендодонтичних ускладнень із застосуванням озону та доведена його ефективність. Дослідження довели, що електрична збудливість пульпи зубів, оброблених озоном (І група), перед фіксацією вінірів мало відрізнялася від даних збудливості пульпи інтактних зубів.

Ключові слова: естетична стоматологія, протезування, вініри, озон, профілактика.

UDC 616.314.11-089-084:615.477.2:687.5.01

V. A. Labunets, I. P. Kovshar

THE METHOD OF PREVENTION OF ENDODONTIC COMPLICATIONS WITH THE ESTHETIC PROSTHETICS WITH VENEER APPLICATION

The study was aimed to assess the clinical effectiveness of prevention endodontic complications during the esthetic prosthetic with veneers. An original method of the tooth cover preparation for veneers and prevention of endodontic complications with ozone applications. The method was proved to be effective. The studies showed that electric excitability of the tooth pulp treated with ozone (I group) before fixing veneers differed little from excitability level in intact teeth's pulp.

Key words: esthetic dentistry, prosthetics, veneers, ozone, and prevention.

УДК 616.127-002.1-022.7-053.2-08

О. О. Старець, д-р мед. наук, проф.,

О. В. Федоренко,

Т. Г. Іванова

ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ СХЕМ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ІНФЕКЦІЙНОГО МІОКАРДИТУ У ДІТЕЙ

Одеський національний медичний університет

Стан здоров'я дитячого населення є важливим елементом економічного, соціального та культурного розвитку країни, що впливає на формування трудового й інтелектуального потенціалу України і знаходиться під постійним контролем держави [1; 3]. Останніми роками ситуація зі здоров'ям підростаючого покоління погіршилася за рахунок зростання захворюваності [2]. У структурі хвороб дитячого віку захворюванням серцево-судинної системи належить одне з провідних місць [4–6]. Захворюваність на інфекційні міокардити дітей і підлітків наразі зростає. Гострий інфекційний міокардит (ГІМ) характеризується поліморфізмом клінічних симптомів і даних лабораторно-інструментального обстеження. Труднощі в діагностиці та відсутність досконалих діагностичних критеріїв є при-

чиною діагностичних помилок, коли міокардит залишається не виявленим. Зміна характеру перебігу захворювання утруднює своєчасну діагностику ГІМ, а неадекватна попередня терапія та тяжкий клінічний перебіг захворювання здатні спричинити хронізацію запального процесу в міокарді, формувати органічні ураження серцево-судинної системи, порушення серцевого ритму, інвалідизацію хворих. Саме тому оптимізація лікування, реабілітації та профілактики цього захворювання залишається однією з найбільш актуальних проблем сучасної педіатрії [7–10].

Метою дослідження було вивчення динаміки клініко-параклінічних показників дітей із гострим інфекційним міокардитом при різних схемах лікування.

В обстежувану когорту входило 89 дітей віком від 3 до 16 ро-

ків із ГІМ. Діти були розподілені на чотири групи, залежно від отриманої терапії:

— контрольна група — діти з ГІМ (n=21), які отримували стандартну терапію;

— перша група — діти, хворі на ГІМ (n=23), які отримували стандартну терапію в комплексі з препаратом антигіпоксичної дії;

— друга група — діти з ГІМ (n=22), які разом із базисною терапією отримували препарат антиоксидантної дії;

— третя група — діти з ГІМ (n=23), які отримували стандартну терапію в комплексі з препаратами антигіпоксичної й антиоксидантної дії.

Проводили порівняльний аналіз динаміки клініко-параклінічних показників у чотирьох групах дітей з ГІМ, які отримували різні схеми терапії.

**Динаміка основних скарг дітей
із гострим інфекційним міокардитом,
які отримували різні схеми терапії, М±m**

Скарги	Хворі діти, n=89			
	Контрольна група, n=21	I група, n=23	II група, n=22	III група, n=23
Поганий апетит	5,80±0,55	3,21±0,40*	3,36±0,40*	3,04±0,31*
М'язовий біль	3,52±0,60	2,13±0,41	2,09±0,43	1,91±0,34*
Слабкість	6,52±0,73	4,30±0,55*	4,18±0,56*	4,00±0,47*
Задишка	4,71±0,58	2,30±0,43*	2,36±0,44*	1,91±0,43*
Кашель	10,00±1,55	7,21±1,17*	7,22±1,22*	5,82±1,09**§
Втомлюваність	6,04±0,58	4,00±0,52*	4,09±0,53*	3,86±0,53*
Головний біль	5,52±0,60	3,00±0,47*	3,04±0,49*	2,91±0,42*
Підвищення температури	8,52±1,04	6,60±0,94	6,90±0,93	5,00±0,61*
Тяжкість у ділянці серця	6,14±0,45	5,82±0,38	5,77±0,41	5,21±0,41
Біль у серці	8,52±0,40	5,13±0,67*	5,54±0,68*	4,69±0,52*
Серцебиття і перебої	10,61±1,27	11,13±1,15	11,36±1,15	8,30±0,73**§

Примітка. У табл. 1, 2: * — відмінність із показниками контрольної групи $p < 0,05$; # — відмінність із показниками I групи $p < 0,05$; § — відмінність із показниками II групи $p < 0,05$.

Клінічний аналіз скарг, що висувалися хворими, показав вірогідно швидшу динаміку таких скарг, як поганий апетит, м'язовий біль, загальна слабкість, задишка, кашель, втомлюваність, головний біль, температурна реакція, біль у ділянці серця, серцебиття та перебої в ділянці серця в I, II і III групах пацієнтів порівняно з контрольною групою. При порівнянні хворих на ГІМ у I, II і III групах між собою за зворотною динамікою скарг на перебої в ділянці серця та серцебиття встановлено, що вона була вірогідно інтенсивнішою у III групі обстежуваних дітей ($p < 0,05$). Статистично значущі відмінності інших показників не були виявлені (табл. 1).

Аналіз регресу клінічних показників дітей із ГІМ виявив таке: у I, II та III групах пацієнтів регресія всіх клінічних симптомів проходила значно швидше порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$) (табл. 2).

При порівнюванні показників щодо порушення ритму серця пацієнтів III групи спостерігалася вірогідно швидша динаміка таких симптомів, як тахікардія, брадикардія, екстрасистоля в III групі дітей порівняно з контрольною, I і II групами, що відображено у табл. 2.

При дослідженні ЕКГ хворих на ГІМ після курсу терапії отримано такі результати: уповільнення проходження електричного імпульсу по лівому шлуночку зберігалася у 3 (37,5 %) із 8 дітей у III групі порівняно з 3 (75,0 %) із 4, 2 (40,0 %) із 5 і 3 (50,0 %) із 6 у контрольній, I і II групах відповідно ($p < 0,05$).

Дифузні зміни міокарда при тяжкому перебігу ГІМ не спостерігались у жодного хворого у III групі порівняно з 4 (80,0 %), 2 (33,3 %) і 3 (50,0 %) у контрольній, I і II групах відповідно ($p < 0,05$).

Реполіризаційні процеси міокарда відновлювалися швидше в III групі дітей із ГІМ. Так, до 5–7-го дня лікування зміщення інтервалу S–T нижче ізолінії спостерігалася у 2 (9,5 %) з 21

дитини в III групі порівняно з 10 (50,0 %) із 20, 5 (26,3 %) із 19 і 5 (27,8 %) із 18 у контрольній, I і II групах відповідно ($p < 0,05$). Інверсія зубця T була відзначена у 1 (5,3 %) із 19 дітей у III групі порівняно з 9 (56,3 %) із 16, 3 (15,0 %) із 20 і 6 (33,3 %) із 18 у контрольній, I і II групах відповідно ($p < 0,05$). Показники частоти тахікардії, брадикардії й екстрасистоїї були вірогідно нижчими у дітей III групи. Так, на 5–7-й день терапії синусова бра-

дикардія відзначена у 2 (33,3 %) із 6 дітей у III групі порівняно з 5 (83,3 %) із 6, 5 (71,4 %) із 7 і 4 (50,0 %) із 8 у контрольній, I та II групах відповідно ($p < 0,05$); синусова тахікардія — у 8 (47,0 %) із 17 дітей у III групі порівняно з 10 (83,3 %) із 12, 13 (81,3 %) із 16 і 7 (50,0 %) із 14 у контрольній, I і II групах відповідно ($p < 0,05$); екстрасистоля — у 3 (60,0 %) із 5 дітей у III групі порівняно з 6 (100,0 %) із 6, 6 (85,7 %) із 7 і 4 (66,7 %) із 6 у контрольній, I і II групах відповідно ($p < 0,05$).

Таблиця 2

**Динаміка основних клінічних симптомів
дітей із гострим інфекційним міокардитом
у різних групах**

Симптоми	Тривалість, дні			
	Контрольна група, n=21	I група, n=23	II група, n=22	III група, n=23
Блідість шкіри	11,61±1,23	8,21±1,01*	8,45±1,03*	7,91±0,92*
Ціаноз носогубного трикутника	7,14±0,59	5,82±0,50*	6,04±0,50*	5,60±0,46*
Розширення меж серця	12,71±0,82	9,52±0,64*	9,63±0,66*	8,00±0,58**§
Тахікардія	11,66±1,15	10,82±1,06	9,95±1,12**	8,08±0,66**§
Брадикардія	11,14±0,80	10,21±0,76	9,45±0,76**	7,52±0,47**§
Екстрасистоля	13,19±0,77	12,82±0,81	12,90±0,86	9,91±0,48**§
Ослаблення I тону на верхівці серця	10,52±0,84	8,30±0,86*	8,40±0,78*	7,82±0,71*

Оцінка ефективності терапії за динамікою редукування клінічних симптомів при різних схемах лікування гострого інфекційного міокардиту у дітей

Клінічні симптоми	ВШ (95 % ДІ)			
	Контрольна група	I група	II група	III група
Блідість шкіри*	0,15 (0,04–0,57)	0,04 (0,01–0,22)	0,06 (0,01–0,32)	0,04 (0,01–0,20)
Ціаноз носогубного трикутника	0,78 (0,17–3,48)	0,61 (0,13–2,87)	0,45 (0,07–2,48)	0,20 (0,01–2,13)
Розширення меж серця ліворуч	0,56 (0,16–1,93)	0,39 (0,11–1,32)	0,67 (0,19–2,33)	0,47 (0,14–1,56)
Розширення меж серця ліворуч і праворуч	1,00 (0,17–5,71)	1,00 (0,12–7,85)	1,00 (0,17–5,79)	0,58 (0,08–4,03)
Тахікардія*	0,37 (0,10–1,30)	0,40 (0,12–1,33)	0,39 (0,11–1,31)	0,14 (0,03–0,53)
Брадикардія	1,00 (0,21–4,67)	0,58 (0,13–2,44)	0,59 (0,14–2,50)	0,56 (0,11–2,71)
Екстрасистолія	0,53 (0,14–1,94)	0,75 (0,19–2,97)	1,00 (0,21–4,65)	0,47 (0,11–1,95)
Ослаблення тонів*	0,27 (0,06–1,06)	0,33 (0,10–1,13)	0,62 (0,16–2,43)	0,14 (0,03–0,53)
Зниження апетиту	0,60 (0,14–2,56)	0,42 (0,09–1,96)	0,39 (0,11–1,31)	0,20 (0,01–2,13)
Слабкість*	0,60 (0,14–2,56)	0,58 (0,13–2,44)	0,52 (0,10–2,62)	0,08 (0,01–0,78)
Підвищена втомлюваність*	0,29 (0,08–1,06)	0,23 (0,06–0,82)	0,48 (0,11–2,00)	0,05 (0,01–0,27)
Головний біль*	0,45 (0,13–1,58)	0,39 (0,11–1,36)	0,21 (0,06–0,78)	0,14 (0,02–0,79)
Біль у ділянці серця*	0,22 (0,06–0,85)	0,27 (0,08–0,93)	0,36 (0,10–1,30)	0,09 (0,02–0,37)
Задишка	0,60 (0,08–4,21)	1,00 (0,12–7,85)	0,21 (0,05–0,75)	0,20 (0,01–2,13)
Серцебиття і перебої	0,69 (0,13–3,57)	0,72 (0,14–3,72)	0,66 (0,09–4,50)	0,47 (0,14–1,56)

Примітка. * — статистична значущість відмінностей $p < 0,05$.

із 6 у контрольній, I і II групах відповідно ($p < 0,05$).

При вивченні даних ЕхоКГ після курсу запропонованої терапії були отримані такі результати: покращання фракції викиду до 14-го дня лікування спостерігалось у 17 (73,9%) із 23 дітей у III групі порівняно з 8 (44,4%) із 18, 10 (45,5%) із 22 і 9 (45,0%) із 20 в контрольній, I і II групах відповідно ($p < 0,05$).

Таким чином, за результатами інструментального дослідження видно, що динаміка показників ЕКГ та ЕхоКГ вірогідно була швидшою в III групі дітей із ГІМ, які отримували комплексне лікування за допомогою стандартної медикаментозної терапії в поєднанні з антигіпоксантими і антиоксидантним препаратами.

Ефективність проведеної терапії в чотирьох групах хворих оцінювали за результатами рандомізованих контрольованих досліджень, за допомогою показника відношення шансів (ВШ) із визначенням 95% довірчого інтервалу (ДІ). Отримані дані свідчать про те, що відзначається статистично вірогідна позитивна різниця редукування клінічних симптомів у I, II, III групах дітей по-

рівняно з контрольною групою. Так само спостерігається статистично вірогідно швидше редукування клінічних симптомів у III та I, а також III і II групах, тимчасом як показники I та II груп не мали суттєвої різниці (табл. 3).

З метою оцінки значущості відмінності між середніми величинами в порівнюваних групах застосовувався дисперсійний аналіз, при якому відмічалася

значуща відмінність тривалості клінічних симптомів у контрольній групі від інших досліджуваних груп дітей. При порівнянні I, II та III груп дітей між собою була виявлена вірогідна відмінність досліджуваних показників у пацієнтів III групи порівняно з I та II групами, тимчасом як вірогідних відмінностей більшості показників I та II груп дітей із ГІМ виявлено не було (рис. 1).

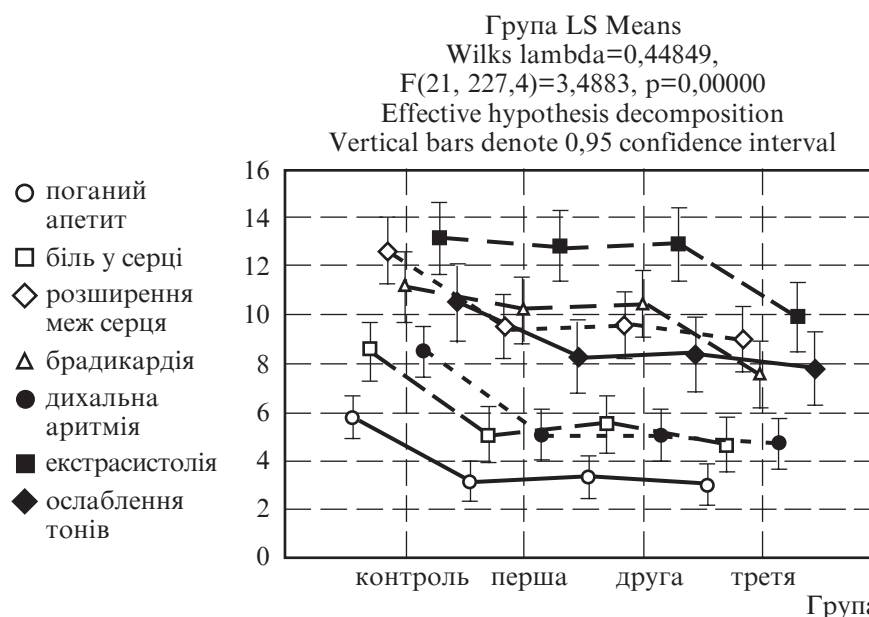


Рис. 1. Результати дисперсійного аналізу тривалості клінічних симптомів у різних групах досліджуваних хворих

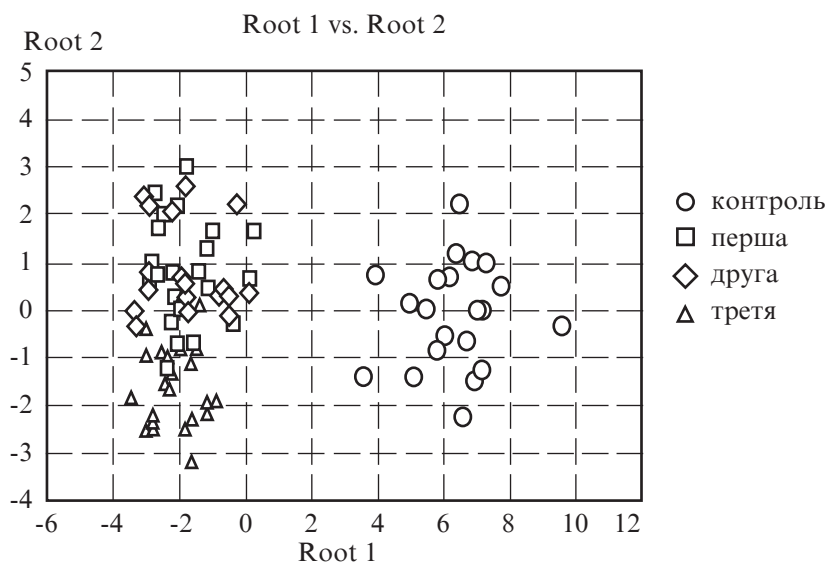


Рис. 2. Результат дискримінантного аналізу клініко-лабораторних показників у різних групах дітей після проведеної терапії в графічному зображенні

За результатами дискримінантного аналізу клініко-лабораторних показників у різних групах дітей після проведеної терапії була виявлена дистанція між I, II, III та контрольною групами, а також між I, II та III групами, тимчасом як між I та II групами її не спостерігалось (рис. 2).

Таким чином, виконаний поглиблений статистичний аналіз динаміки клініко-параклінічних показників дітей із гострим інфекційним міокардитом при різних схемах лікування пока-

зав статистично вірогідну перевагу комплексу лікування гострого інфекційного міокардиту у дітей із включенням у стандартну терапію препаратів антигіпоксичної й антиоксидантної дії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Волосовець О. П. Вибрані питання дитячої кардіоревматології / О. П. Волосовець, В. М. Саввов, С. П. Кривоустов. – Х. : «ТНЦ», 2006. – 256 с.
2. Волосовець О. П. Дитяча кардіологія України сьогодні і завтра / О. П. Волосовець // Актуальні питання дитячої кардіоревматології : VIII Всеукр.

наук.-практ. конф., Євпаторія, 2009 : матеріали. – Євпаторія, 2009. – С. 1–3.

3. Гиляревский С. Р. Миокардиты : современные подходы к диагностике и лечению / С. Р. Гиляревский. – М., 2008. – 324 с.

4. Дерюгин М. В. Хронические миокардиты / М. В. Дерюгин, С. А. Бойцов. – СПб. : ЭЛБИ-СПб., 2005. – 288 с.

5. Диагностика и лечение инфекционных поражений миокарда у детей / Т. А. Руженцова, А. В. Горелов, Т. В. Смирнова, Л. А. Счастливых // Детская больница. – 2012. – № 2. – С. 62–66.

6. Кардіологія дитячого і підліткового віку : наук.-практ. посіб. / П. С. Мошич, Ю. В. Марушко, С. О. Бабко [та ін.] : за ред. П. С. Мошича, Ю. В. Марушка. – К. : Вища школа, 2006. – 422 с.

7. Лишневская В. Ю. Метаболическая терапия в кардиологии : современные подходы к выбору препаратов / В. Ю. Лешневская, М. С. Папуга, В. А. Ельникова // Практична ангиология. – 2007. – № 4 (09). – С. 61–66.

8. Ранняя диагностика врожденных вад сердца у новорожденных детей / Н. В. Котова, Р. Сутиртва, І. О. Пенгіна, К. С. Ковалевська // Перинатологія та педіатрія. – 2012. – № 2 (50). – С. 57–59.

9. Active bacterial myocarditis : a case report and review of the literature / F. Haddad, G. Berry, R. L. Doyle [et al.] // J. Heart Lung Transplant. – 2007. – Vol. 26, N 7. – P. 745–749.

10. Combes A. Acute myocarditis / A. Combes // Prese Med. – 2012. – Vol. 41, 6 Pt. – P. 621–627.

УДК 616.127-002.1-022.7-053.2-08

ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ СХЕМ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ІНФЕКЦІЙНОГО МІОКАРДИТУ У ДІТЕЙ

У роботі наведено оцінку клінічної ефективності лікування гострого інфекційного міокардиту у 89 хворих дітей віком від 3 до 16 років за допомогою різних схем терапії. При цьому проводився порівняльний аналіз динаміки клініко-параклінічних показників у чотирьох групах дітей. За допомогою клініко-лабораторних, інструментальних і статистичних методів дослідження доведено вірогідну перевагу комплексу лікування гострого інфекційного міокардиту у дітей із включенням у стандартну терапію препаратів антигіпоксичної й антиоксидантної дії.

Ключові слова: діти, гострий інфекційний міокардит, лікування.

UDC 616.127-002.1-022.7-053.2-08

ASSESSMENT OF CLINICAL EFFECTIVENESS OF DIFFERENT TREATMENT REGIMENS OF ACUTE INFECTIOUS MYOCARDITIS IN CHILDREN

This paper provides an assessment of the clinical effectiveness of treatment of acute infectious myocarditis in 89 children aged from 3 to 16 years using different regimens of therapy. It was conducted comparative analysis of clinical and paraclinical parameters in four groups of children. With the clinical-laboratory, instrumental and statistical methods it was proved a true preference of complex of treatment of acute infectious myocarditis in children with inclusion of drugs with antihypoxic and antioxidant action in standard therapy.

Key words: children, acute infectious myocarditis treatment.