

Міністерство  
охорони здоров'я України  
Івано-Франківський  
національний медичний університет

**Засновник та видавець**  
Івано-Франківський  
національний медичний університет  
Свідоцтво про державну реєстрацію  
серія KB №7296  
від 14.05.2003 року

Рекомендовано до друку  
Вченою Радою  
Івано-Франківського  
національного медичного  
університету  
протокол № 12 від 27.10.2015 р.

Адреса редакції:  
Україна,  
76018 м. Івано-Франківськ,  
вул. Галицька, 2  
Івано-Франківський національний  
медичний університет  
Телефон: (0342) 53-79-84  
факс (03422) 2-42-95  
glvisnyk.if.ua  
ojs.ifnmu.edu.ua  
E-mail: glvisnyk@ifnmu.edu.ua

Комп'ютерний набір і  
верстка редакції журналу  
"Галицький лікарський вісник"  
Підписано до друку 28.10.2015 р.  
Формат 60/88 1/2 Обсяг - 16 друк. арк.  
Друк офсетний. Наклад 200  
Тираж здійснено у видавництві  
Івано-Франківського національного  
медичного університету.  
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої  
справи до Державного реєстру видавців,  
виготівників і розповсюджувачів видавничої  
продукції.  
ДК №2361 від 05.12.2005 р.  
76018, м. Івано-Франківськ,  
вул. Галицька, 2.

БІФНМУ



g2391

Робота редакційн

Журнал включен

дисертаційних робіт (і постанови і президії ВАК України від 10.11.2010 року, №1-05/7)

© Видавництво Івано-Франківського національного медичного університету, 2015

© Галицький лікарський вісник, 2015

ISSN 2306-4285 (Ukrainian ed. Print)  
ISSN 2414-1518 (English ed. Online)

# ГАЛИЦЬКИЙ ЛІКАРСЬКИЙ ВІСНИК

Щоквартальний науково-практичний часопис  
Заснований в 1994 році

Журнал включений до міжнародної  
наукометричної бази INDEX COPERNICUS

Індексується в: **BASE** (Bielefeld Academic Search Engine),  
**WorldCat**, **Google Scholar**, **ResearchBib**, **OpenAIRE**



Відомості про журнал розміщені в **Electronic Journals Library**

---

## Том 22 - число 4 - 2015 - частина 2

---

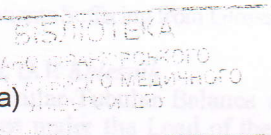
### РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

**Головний редактор - М.М. Рожко**

Вакалюк І.П. (заступник головного редактора)  
Попадинець О.Г. (відповідальний секретар)  
Вишиванюк В.Ю. (секретар), Боцюрко В.І., Вірстюк Н.Г.,  
Волосянко А.Б., Воронич-Семченко Н.М., Геращенко С.Б.,  
Гудз І.М., Ерстенюк А.М., Ємельяненко І.В., Заяць Л.М.,  
Ковальчук Л.Є., Мізюк М.І., Міщук В.Г., Ожоган З.Р.,  
Середюк Н.М., Яцишин Р.І.

### Редакційна рада

Бальцер К. (ФРН)  
Вагнер Р. (США)  
Волков В.І. (Україна)  
Волошин О.І. (Україна)  
Геник С.М. (Україна)  
Енк П. (ФРН)  
Ковальчук І.П. (Канада)  
Ковальчук О.В. (Канада)  
Поворознюк В.В. (Україна)  
Погрібний І.П. (США)  
Скальний А.В. (Росія)  
Швед М.І. (Україна)



і норми та принципи International Committee of Medical Journal Editors

іх видань, в яких можуть публікуватись основні результати

дисертаційних робіт (і постанови і президії ВАК України від 10.11.2010 року, №1-05/7)

**ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ**

**Білоокій О.В., Роговий Ю.Є., Білоокій В.В.**  
Показники імунологічного дослідження крові за інфікованого та неінфікованого жовчного перитоніту  
**Бортник Ю.В.**  
Ефективність корекції метаболічних порушень у щурів із комбінованим дефіцитом йоду та заліза  
**Булбук О.В., Рожко М.М.**  
Удосконалення діагностичного процесу при ураженні коронкової частини фронтальних зубів  
**Вацеба М.О.**  
Порушення електролітного балансу в кардіологічній практиці  
**Вірстюк Н.Г., Никифорук М.М.**  
Зміни ліпідного спектру крові у хворих на псоріаз на тлі метаболічного синдрому  
**Вірстюк Н.Г., Черкашина О.Є.**  
Вплив глутаргіну на функціональний стан печінки у хворих з хронічною серцевою недостатністю  
**Макян С.В., Гаргаун В.А., Майданник В.Г.**  
Клінічні особливості перебігу рецидивного та хронічного бронхіту у дітей (частина 1)  
**Михайленко Т.М.**  
Ефективність нового комплексу професійної та індивідуальної гігієни ротової порожнини в осіб, що користуються знімними конструкціями зубних протезів на основі біохімічних та фізико-хімічних показників ротової рідини  
**Мішалов В.Г., Заводовський Є.С., Гойда С.М., Маркулан Л.Ю., Кучма І.Л.**  
Результати диференційованого лікування інфекції місця виходу/тунельної інфекції катетера tenckhoff при проведенні перитонеального діалізу у хворих з термінальними стадіями хронічної хвороби нирок  
**Мокія-Сербина С.А., Бузоверя А.Н.**  
Комплексна етапна реабілітація дітей с порушеннями опорно-двигательного апарата  
**Нефьодов О.О., Мамчур В.Й.**  
Фармакологічна корекція неврологічних розладів при розсіяному склерозі  
**Олійник І.Ю., Марценяк І.В., Цигикало О.В.**  
Топографоанатомічні особливості структур щічної ділянки у плодів людини  
**Пахаренко Л.В.**  
Досвід диференційованого підходу до лікування різних форм передменструального синдрому  
**Пенішкевич Я.І.**  
Вплив простагландинів та інгібіторів їх синтезу на протеолітичний лізис високомолекулярних білків у волозі передньої камери ока кроликів при проникному пораненні вільчастого тіла  
**Петрина В.О.**  
Вивчення ролі маркерів активності запального процесу при неспецифічному виразковому коліті  
**Рибалов О.В., Короленко І.А.**  
Лікування хворих глосалгією, що поєднується з ксеростомією  
**Роговий Ю.Є., Колеснік О.В.**  
Стан клубочково-канальцевого та канальцево-канальцевого балансу за навантаження водою від'ємного окисно-відновного потенціалу  
**Рожко М.М., Годованець О.І.**  
Лікування хронічного катарального гінгівіту в дітей із дифузним нетоксичним зобом  
**Ромаш І.Р.**  
Динаміка антропометричних показників, показників вуглеводного, ліпідного та ферментного обміну у пацієнтів із параноїдною шизофренією при лікуванні

**ORIGINAL RESEARCH**

- 6 - **O.V. Bilookiy, Yu. Ye. Rohovyy, V.V. Bilookiy**  
Immunological Blood Parameters in Infected and Noninfected Biliary Peritonitis

- 10 - **Yu.V. Bortnyk**  
Effectiveness of Correction of Metabolic Disturbances in Rats with Combined Iodine and Iron Deficiencies

- 14 - **O.V. Bulbuk, M.M. Rozhko**  
Improvement of Diagnostic Process in Case of Damage to Coronal Portions of Front Teeth

- 17 - **M.O. Vatsaba**  
Electrolyte Imbalance in Cardiology Practice

- 19 - **N.G. Virstiuk, M.M. Nykyforuk**  
Changes in Blood Lipid Profile in Patients with Psoriasis Secondary to Metabolic Syndrome

- 21 - **N.G. Virstiuk, O. Ye. Cherkashyna**  
Influence of Glutargin on Functional State of the Liver in Patients with Chronic Heart Failure

- 23 - **M.V. Makian, V.A. Harhaun, V.H. Majdannuk**  
Clinical Peculiarities of Recurrent and Chronic Bronchitis in Children (Part 1)

- 26 - **T.M. Mykhailenko**  
The Effectiveness of the New Complex of Professional and Personal Oral Hygiene in People using Removable Dentures Based on Biochemical and Physicochemical Indicators of Oral Fluid

- 30 - **V.H. Mishalov, Ye.S. Zavodovskyi, S.M. Hoida, L. Yu. Markulan, I.L. Kuchma**  
Results of Differential Treatment of Tenckhoff Catheter Exit Site / Tunnel Infection when Performing Peritoneal Dialysis in Patients with End-Stage Chronic Kidney Disease

- 36 - **S.A. Moküia-Serbina, A.N. Buzoveria**  
Complex Stage Rehabilitation of Children with Disorders of the Musculoskeletal System

- 39 - **A.A. Nefedov, V.I. Mamchur**  
Pharmacological Correction of Neurological Disorders in Case of Multiple Sclerosis

- 42 - **I. Yu. Oliinyk, I.V. Marsteniak, O.V. Tsyhykalo**  
The Topographo-Anatomical Peculiarities of the Structures of the Buccal Area in Human Fetuses

- 45 - **L.V. Pakhareenko**  
Experience of Differentiated Approach to Treatment of Various Forms of Premenstrual Syndrome

- 48 - **Ya.I. Penishkevich**  
Influence of Prostaglandins and Their Synthesis Inhibitors on Proteolytic Lysis of High Molecular Weight Protein in Anterior Chamber Humour of Rabbit Eyes in Case of Penetrating Ciliary Body Injury

- 51 - **V.O. Petryna**  
Studying the Role of Markers Inflammatory Activity in Ulcerative Colitis

- 54 - **O.V. Rybalov, I.A. Korolenko**  
Treatment of Patients Suffering from Glossalgia Accompanied by Xerostomia

- 56 - **Yu. Ye. Rohovyi, O.V. Kolesnik**  
State of Glomerular-Tubular Balance and Canalicular-Tubular Balance under the Load of the Negative Redox Potential Water

- 60 - **M.M. Rozhko, O.I. Hodovanets**  
The Treatment of Chronic Catarrhal Gingivitis in Children with Diffuse Nontoxic Goiter

- 62 - **I.R. Romash**  
Dynamics of Anthropomorphic Measurements, Carbohydrate, Lipid or Enzymatic Metabolism Indices in Patients with Paranoid Schizophrenia during Treatment

K  
AL  
al  
Database  
ine),  
IRE  
+  
AIRE  
als Library  
rt 2  
N.M.,  
.M.,  
mal Editors  
shed (The

*Yu. Ye. Rohovyi, O. V. Kolesnik*

**State of Glomerular-Tubular Balance and Canalicular-Tubular Balance under the Load of the Negative Redox Potential Water**

Department of Pathologic Physiology (Head of the department – Prof. Yu. Ye. Rohovyi)

Bukovynian State Medical University, Chernivtsy, Ukraine

**Abstract.** The paper deals with the study in kidneys of glomerular-tubular balance, canalicular-tubular balance under the load of negative redox potential water.

**Materials and research methods:** the 40 albino male rats were the objects of the research and have been used to study the load of the negative redox potential water.

**Results:** the mechanisms of glomerular-tubular balance, canalicular-tubular balance are characterized by the positive correlative connection of the relative reabsorption of water with the glomerular filtration, absolute and proximal reabsorption of sodium ions.

**Conclusion:** there have been found significant changes of glomerular-tubular balance and canalicular-tubular balance under the load of the negative redox potential water.

**Keywords:** kidneys, glomerular-tubular balance, canalicular-tubular balance, negative redox potential water.

Надійшла 07.09.2015 року.

УДК 616.311.2-002.2+616.441-006.5]-031.1-08-035-053.2

*Рошко М.М., Годованець О.І.\**

**Лікування хронічного катарального гінгівіту в дітей із дифузним нетоксичним зобом**

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

\*ДВНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

oksana-godovanets@yandex.ru

**Резюме.** Метою дослідження є обґрунтування доцільності застосування препаратів макро- та мікроелементів, глюкозаміну у комплексі лікування хронічного катарального гінгівіту в дітей, які хворіють дифузним нетоксичним зобом.

Для цього проведено клінічне спостереження за 60 дітьми віком 12 років, хворих дифузним нетоксичним зобом та хронічним катаральним гінгівітом, які були розподілені на групу порівняння, де лікування здійснювалось загальноприйнятним методом, та групу спостереження, де дітям пропонувався удосконалений метод лікування. Останній включав у себе додатково загальне лікування, до складу якого входили вітамінно-мінеральний препарат «Кальцеїн адванс», а також препарат глюкозаміну для усунення дефіциту структурних елементів протеогліканів. «Кальцеїн адванс» застосовувався по 1 таблетці 1 раз на добу під час прийому їжі протягом 1 місяця 2 рази на рік. Для усунення дефіциту глюкозаміну застосовували препарат «Терафлекс» за дозуванням виробника: дітям від 12 років по 1 капсулі 3 рази на день протягом 1 місяця, надалі по 1 капсулі 2 рази на день протягом 1 місяця під час прийому їжі. Курс лікування повторювався 2 рази на рік.

**Висновки.** Застосування препаратів «Кальцеїн адванс» та «Терафлекс» у комплексі лікування хронічного катарального гінгівіту в дітей із дифузним нетоксичним зобом засвідчило скорочення термінів лікування та збільшення строків ремісії захворювання. Одержані результати дають підстави рекомендувати застосування даних препаратів з метою корекції метаболізму сполучнотканинного комплексу при запальних захворюваннях тканин пародонта в дітей, зокрема при дифузному нетоксичному зобі. Враховуючи терміни рецидивів у групах спостереження, рекомендується проводити повторні лікувально-профілактичні курси з частотою 1 раз на півроку.

**Ключові слова:** діти, гінгівіт, дифузний нетоксичний зоб, метод лікування.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.**

На сьогоднішній день проблема патології щитоподібної залози, її впливу на стан здоров'я та інтелектуальний розвиток населення, у першу чергу дитячого, є надзвичайно актуальною [8, 9]. Хронічне порушення тиреоїдного статусу, безумовно, знаходить своє відображення у перебігу основних стоматологічних захворювань, що неможливо не враховувати та етапах діагностики та лікування. Літературні джерела свідчать про ряд клінічних спостережень за пацієнтами, які мають поєднану стоматологічну і тиреоїдну патологію [1]. Однак залишаються проблемними питання повноцінної корекції метаболічних порушень у таких хворих.

Відомо, що для підвищення ефективності лікування хронічного катарального гінгівіту в пацієнтів молодого віку

з дифузним збільшенням щитоподібної залози в комплексі традиційного лікування рекомендується передбачати індивідуальну йодну профілактику [6]. Для гігієни ротової порожнини використовувати йодовмісну зубну пасту «Елам-Дент» [7].

О.В. Павленко із співавторами для підвищення ефективності лікування генералізованого пародонтиту на тлі ендокринно-імунної патології, зумовленої дефіцитом йоду, пропонує в комплексі лікування місцево – йодіс-календулу та внутрішньо – йодіс-концентрат у комбінації з Кальцій Д<sub>3</sub> Нікомедом [4]. Запропоновано спосіб комплексного лікування генералізованого пародонтиту на фоні супутньої патології щитоподібної залози, який включає Кальцій-Д<sub>3</sub> Нікомед та препарат Фітор [2].

**Мета дослідження** - обґрунтувати доцільність застосування препаратів макро- та мікроелементів, глюкозаміну у комплексі лікування хронічного катарального гінгівіту (ХКГ) у дітей, які хворіють дифузним нетоксичним зобом.

**Матеріал і методи дослідження**

Клінічне спостереження проводилось за 60 дітьми віком 12 років із встановленим діагнозом - хронічний катаральний гінгівіт. У всіх дітей була супутня соматична патологія – дифузний нетоксичний зоб. Оцінка стану тканин пародонта вивчалась за даними клінічних індексів і проб: індексу гігієни порожнини рота ОН-S (J.C. Green, J.R. Vermillion, 1964), гінгівального індексу РМА (С. Parma, 1960), пародонтального індексу СРІТН (ВООЗ, 1989), індексу кровоточивості (Н.Р. Muhlemann, S.Son, 1971), проби Шиллера-Писарева.

Для вивчення ефективності запропонованого методу лікування були сформовані групи спостереження та порівняння (по 30 чоловік у кожній групі). Діти групи порівняння отримували загальноприйняте лікування, що включало санацію, професійну гігієну ротової порожнини з навчанням гігієнічних навичок, антисептичну та протизапальну терапію. У групі спостереження, окрім вище перерахованих заходів, проводили загальне лікування, що включало в себе комплексний вітамінно-мінеральний препарат, до складу якого входять кальцій та основні есенціальні мікроелементи, а також препарат глюкозаміну для усунення дефіциту структурних елементів протеогліканів. Як вітамінно-мінеральний препарат був застосований «Кальцеїн адванс». Дозування препарату: по 1 таблетці 1 раз на добу під час прийому їжі протягом 1 місяця 2 рази на рік. Для усунення дефіциту глюкозаміну застосовували препарат «Терафлекс» за дозуванням виробника: дітям від 12 років по 1 капсулі 3 рази на день протягом 1 місяця, надалі по 1 капсулі 2 рази на день протягом 1 місяця під час

прийому їжі. Курс лікування повторювався 2 рази на рік.

Для оцінки стану сполучнотканинних елементів тканин пародонта в дітей проводили дослідження ротового секрету. Визначались рівень загального білка за методом Lowry O.H., концентрацію глікопротеїнів за методом Романенко Є.Г. [5], концентрацію гексозамінів за методом Elson L., Morgan W. [3], сіалових кислот за методом Waten L. [3]. Інтенсивність процесів обміну колагену оцінювали за вмістом вільного і зв'язаного оксипроліна по реакції з п-диметиламінобензальдегідом [3].

Статистична обробка даних проведена методом варіаційної статистики з використанням критерію Стьюдента.

### Результати дослідження та їх обговорення

Індексна оцінка стану тканин пародонта представлена в табл. 1 і вказує на однотипність підбору груп спостереження та порівняння за клінічними ознаками.

Результати біохімічного дослідження ротової рідини дітей представлені у таблиці 2. Вміст білка в ротовій рідині дітей обох груп на момент початку лікування був високим. Таку ж тенденцію мали показники концентрації вільного оксипроліну та сіалових кислот. Натомість рівень глікопротеїнів та гексозаміну, навпаки, характеризувався зниженням концентрації даних метаболітів.

Застосування препаратів "Кальцемін адванс" та "Терафлекс" у комплексі лікування ХКГ привело до швидкого зворотнього розвитку клінічної симптоматики. Так, у дітей групи спостереження гіперемія, набряк та кровоточивість піддавались регресії починаючи з 3-4 доби лікування, а тривалість корекції складала  $6,2 \pm 0,21$  днів проти  $9,3 \pm 0,51$  днів при стандартному методі лікування.

Клінічний огляд дітей після проведеного курсу терапії (14 доба) встановив повну ліквідацію патологічного процесу в яснах при удосконаленому нами методі лікування. На відміну від цього у групах порівняння ознаки запалення зберегались у 75% дітей. Стан тканин пародонта за даними індексів РМА, СРІТН, кровоточивості, зубного каменю та проби Шиллера-Писарева в динаміці лікування наведені в табл. 1.

Підтвердженням встановлених клінічних змін стали результати параклінічного дослідження ротової рідини дітей на момент закінчення лікування (табл. 2). Виявлена різниця між показниками в групах дослідження до та після проведення терапевтичної корекції. Показники стану сполучної тканини в дітей групи спостереження наприкінці лікування були ідентичні контрольним, у той час, як у дітей групи порівняння були значно гіршими і відрізнялись від контрольних даних. Це вказує на неповне відновлення нормального функціонування сполучнотканинного комплексу при загальноприйнятому методі лікування та свідчить на користь запропонованого методу комплексної терапії.

Проведені клінічні огляди дітей груп дослідження через 1 місяць показали такі результати. У дітей, які отримували комплексну терапію, рецидиви захворювання у формі початкових запальних явищ без ознак кровоточивості спостерігалися приблизно у 30%. У групі порівняння рецидиви ХКГ відмічались у 100% обстежених.

Огляд дітей через півроку показав рецидивування ХКГ у всіх дітей груп дослідження. Однак ступінь ураження тканин пародонта в дітей груп спостереження та порівняння був різним. Наявність рецидивів захворювання, особливо в дітей групи порівняння, на нашу думку, пов'язана з продовженням дії основного захворювання в організмі дитини. Проте при використанні в комплексі лікування ХКГ запропонованих препаратів терміни ремісії значно збільшились, що вказує на їх патогенетичну дію.

Таблиця 1. Індексна оцінка стану тканин пародонта дітей груп дослідження,  $M \pm m$

Показники	Групи дітей	До	Після	Через	Через
		лікування	лікування	6 місяців	12 місяців
Гігієнічний індекс, ОНІ-S	Спостереження	$1,87 \pm 0,14$	$0,42 \pm 0,05^*$	$0,98 \pm 0,09$	$0,85 \pm 0,06$
	Порівняння	$1,75 \pm 0,12$	$0,43 \pm 0,05^*$	$0,93 \pm 0,07$	$0,84 \pm 0,05$
Індекс РМА, %	Спостереження	$41,13 \pm 1,79$	$1,08 \pm 0,39^*$	$8,86 \pm 0,99$	$5,21 \pm 0,75$
	Порівняння	$44,97 \pm 1,59$	$5,22 \pm 0,75^{**}$	$27,77 \pm 1,91^*$	$24,99 \pm 1,66^*$
Проба Шиллера-Писарева, бали	Спостереження	$1,51 \pm 0,07$	$0,12 \pm 0,04^*$	$0,50 \pm 0,07$	$0,39 \pm 0,04$
	Порівняння	$1,67 \pm 0,07$	$0,38 \pm 0,05^{**}$	$1,21 \pm 0,06^*$	$1,15 \pm 0,06^*$
Індекс кровоточивості бали	Спостереження	$1,34 \pm 0,10$	$0^*$	$0,39 \pm 0,05$	$0,29 \pm 0,05$
	Порівняння	$1,44 \pm 0,08$	$0,29 \pm 0,05^{**}$	$1,13 \pm 0,07^*$	$1,04 \pm 0,06^*$

Примітки: 1. \* - вірогідна відмінність показників між групами спостереження та порівняння,  $p < 0,05$ ; 2. \*\* - вірогідна відмінність показників у групах до та після лікування,  $p < 0,05$

### Висновки

Застосування препаратів "Кальцемін адванс" та "Терафлекс" у комплексі лікування ХКГ у дітей із дифузним нетоксичним зобом дало скорочення термінів лікування та збільшення строків ремісії захворювання. Одержані результати дають підстави рекомендувати застосування даних препаратів з метою корекції метаболізму сполучнотканинного комплексу при запальних захворюваннях пародонта в дітей, зокрема при дифузному нетоксичному зобі. Враховуючи терміни рецидивів у групах спостереження, рекомендується проводити повторні лікувально-профілактичні курси з частотою 1 раз на півроку.

### Перспективи подальших досліджень

Планується вивчення впливу препаратів макро- та мікроелементів, глікозаміну для нормалізації обмінних процесів у тканинах пародонта при тиреопатології у дітей різних вікових категорій.

### Література

- Горзов І.П. Екологічні аспекти карієсу зубів та хвороб пародонту / І.П. Горзов, А.М. Потапчук.-Ужгород:ВАТ «Патент», 1998. – 225с.
- Мельник Н.С. Спосіб лікування захворювань пародонта при дисфункціях щитовидної залози за допомогою препарату „Фітор” / Н.С. Мельник, І.П. Мазур // Архів клінічної медицини. – 2006. – № 2. – С. 97-98.
- Орехович В.Н. Современные методы в биохимии / В.Н. Орехович.-М.: Медицина, 1977.-392с.
- Павленко А.В. Влияние Йодис-концентрата на состояние тканей пародонта в послеоперационном периоде / А.В. Павленко, Г.Б. Бернадская, М.Л. Шмелько // Стоматолог. - 2014. - №3(14). - С.8-14.
- Романенко Е.Г. Способ определения общих гликопротеинов

Таблиця 2. Біохімічні показники ротової рідини дітей груп дослідження,  $M \pm m$

Показники	Групи дітей	До	Після
		лікування	лікування
Загальний білок, мг/мл	Спостереження	$3,43 \pm 0,14$	$2,0 \pm 0,07^*$
	Порівняння	$3,28 \pm 0,21$	$2,63 \pm 0,18^{**}$
Вільний оксипролін, мкг/мл	Спостереження	$0,29 \pm 0,02$	$0,21 \pm 0,01^*$
	Порівняння	$0,31 \pm 0,03$	$0,28 \pm 0,02^{**}$
Оксипролін, зв'язаний з білком, мкг/мл	Спостереження	$0,49 \pm 0,03$	$0,64 \pm 0,05^*$
	Порівняння	$0,48 \pm 0,04$	$0,57 \pm 0,04^{**}$
Глікопротеїни, мг/мл	Спостереження	$0,04 \pm 0,02$	$0,18 \pm 0,01^*$
	Порівняння	$0,03 \pm 0,01$	$0,15 \pm 0,01^{**}$
Гексозаміни, ммоль/л	Спостереження	$0,39 \pm 0,02$	$0,68 \pm 0,05^*$
	Порівняння	$0,41 \pm 0,03$	$0,58 \pm 0,05^{**}$
Сіалові кислоти, ммоль/л	Спостереження	$0,26 \pm 0,02$	$0,14 \pm 0,01^*$
	Порівняння	$0,23 \pm 0,02$	$0,15 \pm 0,01^{**}$

Примітки: 1. \* - вірогідна відмінність показників між групами спостереження та порівняння,  $p < 0,05$ ; 2. \*\* - вірогідна відмінність показників у групах до та після лікування,  $p < 0,05$

в слоне / Е.Г. Романенко, И.А. Кленина // Свет медицины и биологии. - 2012. - №4. - С.91-93.

6. Сарафанова А.Б. Тиреоидный статус молодых лиц с хроническим катаральным гингивитом в условиях природного йодного дефицита / А.Б. Сарафанова, Ю.Л. Писаревский, Ю.Г. Ковальский // Дальневосточный медицинский журнал. - 2010. - №2. - С.94-96.

7. Сутаева Т.Р. Особенности лечения хронического генерализованного пародонтита у больных эндемическим зубом / Т.Р. Сутаева, А.И. Абдурахманов, С.А. Абуусев // Вестник новых медицинских технологий. - 2010. - №1. - С. 121-122.

8. Bost M. Iodine deficiency: Epidemiology and nutritional prevention / M. Bost, A. Martin, J. Orgiazzi // Микроэлементы в медицине. - 2014. - №4. - С.3-7.

9. Zimmermann M.B. Iodine deficiency and thyroid disorders / M.B. Zimmermann, K. Boelaert // Lancet Diabetes Endocrinol. - 2015. - Jan 12. - P.76-79.

Рожко Н.М., Годованец О.И.\*

Лечение хронического катарального гингивита у детей с диффузным нетоксическим зубом

ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет», г. Ивано-Франковск, Украина

\*ГВУЗ «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

oksana.godovanets@yandex.ru

**Резюме.** Целью исследования является обоснование целесообразности применения препаратов макро- и микроэлементов, глюкозамина в комплексе лечения хронического катарального гингивита у детей, страдающих диффузным нетоксическим зубом.

Проведено клиническое наблюдение за 60 детьми в возрасте 12 лет, больных диффузным нетоксическим зубом и хроническим катаральным гингивитом, которые были разделены на группу сравнения, где лечение осуществлялось общепринятым методом, и группу наблюдения, где детям предлагался усовершенствованный метод лечения. Последний включал в себя дополнительно общее лечение, в состав которого входили витаминно-минеральный препарат «Кальцецин адванс», а также препарат глюкозамина для устранения дефицита структурных элементов протеогликанов. «Кальцецин адванс» применялся по 1 таблетке 1 раз в сутки во время еды в течение 1 месяца 2 раза в год. Для устранения дефицита глюкозамина применяли препарат «Терафлекс» за дозировкой производителя: детям от 12 лет по 1 капсуле 3 раза в день в течение 1 месяца, в дальнейшем по 1 капсуле 2 раза в день в течение 1 месяца во время приема пищи. Курс лечения повторялся 2 раза в год.

**Выводы.** Применение препаратов «Кальцецин адванс» и «Терафлекс» в комплексе лечения хронического катарального гингивита у детей с диффузным нетоксическим зубом показало сокращение сроков лечения и увеличение сроков ремиссии забо-

левания. Полученные результаты дают основания рекомендовать применение данных препаратов с целью коррекции метаболизма соединительнотканного комплекса при воспалительных заболеваниях тканей пародонта у детей, в частности при диффузном нетоксическом зубе. Учитывая сроки рецидивов в группах наблюдения, рекомендуется проводить повторные лечебно-профилактические курсы с частотой 1 раз в полгода.

**Ключевые слова:** дети, гингивит, диффузный нетоксический зуб, метод лечения.

M.M. Rozhko, O.I. Hodovanets\*

The Treatment of Chronic Catarrhal Gingivitis in Children with Diffuse Nontoxic Goiter

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

\* Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

e-mail: oksana.godovanets@yandex.ru

**Abstract.** The objective of the study is substantiation of reasonability to use macro- and trace element-containing medicines, glucosamine in the complex of treatment of chronic catarrhal gingivitis in children afflicted with diffuse nontoxic goiter.

For this purpose clinical follow-up of 60 children aged 12 suffering from diffuse nontoxic goiter and chronic catarrhal gingivitis was conducted. The children were divided into two groups: the comparison group receiving generally accepted method of treatment, and the group of observation with the suggested improved method of treatment. The latter included additional general treatment including vitamin-mineral preparation "Calcemin advance" as well as glucosamine to eliminate deficiency of proteoglycan structural elements. "Calcemin advance" was administered in the dose of 1 tablet once a day while taking meals during 1 month twice a year. To eliminate glucosamine deficiency the medicine "Theraflex" was used according to the dose indicated: for children older than 12 – 1 capsule three times a day during 1 month followed by 1 capsule twice a day during 1 month while taking meals. The course of treatment was repeated twice a year.

**Conclusion.** The use of the medicines "Calcemin advance" and "Theraflex" in the complex of treatment of chronic catarrhal gingivitis in children with diffuse nontoxic goiter was indicative of reduced terms of treatment and increased terms of remission. The results obtained give the reasons to recommend the use of these medicines with the aim to correct metabolism of the connective tissue complex in case of inflammatory diseases of the periodontal tissues in children with diffuse nontoxic goiter in particular. Considering the terms of relapses in the groups observed, repeated therapeutic-preventive courses are recommended with the frequency once in six months.

**Keywords:** children, gingivitis, diffuse nontoxic goiter, method of treatment.

Надійшла 12.10.2015 року.

УДК 615.214.2+ 616.895.8-085

Ромаш І.Р.

Динаміка антропометричних показників, показників вуглеводного, ліпідного та ферментного обміну у пацієнтів із параноїдною шизофренією при лікуванні

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології (зав. каф. - д-р мед.н., проф. Винник М.І.)

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

**Резюме.** У статті представлено зміни показників маси тіла, окружності талії, індексу маси тіла, глікемії, холестерину, ліпопротеїдів, активності ферментів печінки у пацієнтів із параноїдною шизофренією при лікуванні атипovими нейролептиками. Досліджено, що застосування респеридону призводило до збільшення маси тіла до 94,40±3,46 кг. Використання в лікуванні кветирону зумовлювало зростання маси тіла до 84,56±2,30 кг. У хворих, які приймали галоперидол маса тіла практично не змінювалася після лікування і становила 81,51±1,90 кг. Простежується

зростання індексу маси тіла у пацієнтів, які приймали кветирон і респеридон. Їхні показники становили 31,12±1,32 та 31,12±1,32, відповідно. Тривале трьохмісячне застосування атипovих нейролептиків у пацієнтів із параноїдною шизофренією призводить до зростання показників маси тіла, окружності талії та індексу маси тіла, що підтверджує достовірність розвитку абдоминального ожиріння. Прийом респеридону, протягом тривалого періоду сприяє порушенню вуглеводного обміну, що відображається достовірним зростанням рівня глюкози в крові до 5,44±0,23 ммоль/л при порівнянні