

Отже, β 1-селективні ББ можуть розглядатися як препарати вибору для лікування АГ в поєднанні із респіраторними інфекціями та їх наслідками з боку дихальної системи, зокрема із гострим захворюванням COVID-19 та пост-ковідним синдромом (Talasaz et al., 2020).

Висновки. Застосування кардіоселективних ББ є перспективною терапевтичною стратегією при лікуванні пацієнтів із COVID-19 та постковідним синдромом, який супроводжується підвищенням АТ і ЧСС. З огляду на високу поширеність гіпертонії в усьому світі більш глибоке розуміння ризиків, пов'язаних з гіпертонією, та визначення стратегій зниження ризику на індивідуальному та популяційному рівнях матимуть важливе значення для переходу COVID-19 з пандемії до ендемії. Біологічний механізм, що лежить в основі зв'язку між гіпертонією та перебігом постковідного синдрому, залишається недостатньо вивченим і потребує більш детального дослідження.

ОЦІНКА ГІГІЄНИЧНОГО СТАНУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ЗА НАЯВНОСТІ НЕЗНІМНИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ

Рошук О.І., Постой Д.В.

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
roshchuk@bsmu.edu.ua*

Актуальність. У пацієнтів із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки (ДПК), особливо при наявності її ускладнених форм, часто зустрічаються захворювання тканин пародонта (ЗТП), які характеризуються тяжким перебігом (Бурда Х.Б., 2022). Відомо, що характер та тяжкість перебігу основних стоматологічних захворювань залежить від гігієнічної складової, однак стан гігієни ротової порожнини (РП) у пацієнтів із виразковою хворобою ДПК при наявності незнімних зубних протезів висвітлений у джерелах літератури мало.

Мета дослідження: оцінити гігієнічний стан ротової порожнини у хворих на виразкову хворобу ДПК за наявності незнімних зубних протезів.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 177 хворих на виразкову хворобу ДПК, віком від 35 до 55 років, яких поділено на 4 групи залежно від наявності та конструкційного матеріалу незнімних зубних протезів: 1-а група – 43 хворих без зубних протезів, 2-а група – 65 осіб, які мали незнімні металеві зубні протези, 3-я група – 42 особи із метало-керамічними конструкціями, та 4-а група – 27 осіб із керамічними зубними протезами. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку. У всіх пацієнтів вивчали гігієнічний стан РП за допомогою індексу Грін-Вермільйона (ОНІ-S), а також проводили анкетування за допомогою розробленого опитувальника. Статистична обробка матеріалу проводилась за допомогою програми Microsoft Excel (США).

Результати. У результаті опитування встановлено, що більше половини (51,0 %) пацієнтів відвідували стоматолога лише за потреби (виникнення неприємних відчуттів, болу, випадіння пломби), і лише 20,2 % осіб – регулярно, двічі на рік. Решта 28,8 % опитаних відвідували стоматолога регулярно, однак рідше. Двічі на день чистить зуби більша половина опитаних пацієнтів (54,9%, з яких більше половини – жінки), 39,2 % осіб чистить зуби щодня не менше одного разу на день (переважно зранку після нічного сну). 3,9 % опитаних чистили зуби частіше двох разів на день (після кожного прийому їжі), а в 2,2 % гігієна РП здійснювалася нерегулярно. Треба зазначити, що тільки 37,0 % опитаних пацієнтів навчені і використовують стандартний метод чищення зубів (змішані рухи, з переважанням підмітаючих від ясен до краю зубів), який є найбільш раціональним, 40,8 % – не навчені жодному з методів (використовують безсистемні рухи), а 22,2 % осіб – використовують переважно горизонтальні рухи зубної щітки (метод трьох дуг, McDonald), що, на нашу думку, негативно впливає як на тканини пародонта, так і тверді тканини зубів. Язик чистили лише 10,6 % респондентів.

Для визначення рівня гігієни РП у хворих на виразкову хворобу ДПК ми провели оцінку за допомогою індексу Грін-Вермільйона – ОНІ-S. У більшості обстежених хворих переважав незадовільний або поганий гігієнічний стан, зокрема нами виявлено незадовільний рівень гігієни РП у всіх обстежуваних групах: у 55,8 % 1-ї групи, у 61,6 % 2-ї групи, у 59,5 % 3-ї групи та у 59,2 % 4-ї групи, що перевищило показник у групі ПЗО на 55,2 %, 59,4 %, 58,0 % та 57,8 % відповідно ($p < 0,05$), при чому показники у 3-й та 4-й групах вірогідно не відрізнялися ($p > 0,05$). Показники індексу ОНІ-S вище 2,6 бала виявлено у 7,1 % осіб 1-ї групи, у 30,7 % – 2-ї групи, 14,3 % – 3-ї групи та 7,5 % – 4-ї групи, у той час, як у групі контролю таких значень індексу не виявлено, що свідчить про поганий стан гігієни РП у даної категорії пацієнтів, зокрема за рахунок збільшення другої складової ОНІ-S – індексу зубного каменю (СІ-S).

Хороший рівень гігієни РП встановлено у 4,5 % осіб 1-ї групи, що у 7,8 рази менше ($p < 0,05$), ніж у пацієнтів групи контролю. У групах запротезованих пацієнтів рівень, що відповідає хорошій гігієні РП, не виявлений. Оцінка ОНІ-S 0,7 – 1,6 балів, що характеризує задовільний рівень гігієни, встановлена найбільше у групі ПЗО – у 40,0 % осіб. У 1-й та 4-й групах дані поширеності цієї оцінки вірогідно не відрізнялися – 32,6 % та 33,3 % ($p > 0,05$) та незначно перевищували показник контрольної групи – у 1,23 та 1,2 рази відповідно ($p < 0,05$). Значення у 2-й та 3-й групах порівняння були вірогідно нижчі за групу контролю: у 5,2 та 1,5 рази відповідно ($p < 0,05$).

Середнє значення індексу Грін-Вермільйона в осіб 1-ї групи перевищувало показник в ПЗО на 54,3 % ($p < 0,05$), у 3-й групі – на 59,7 % ($p < 0,05$), а в 4-й групі – на 56,1 % ($p < 0,05$), і свідчило про незадовільну гігієну РП. Індекс ОНІ-S 2-ї групи ($2,58 \pm 0,07$) відповідав поганий гігієні РП та перевищував показники контрольної групи у 3,4 рази ($p < 0,05$). У групі ПЗО

середнє значення індексу було вірогідно нижчим, ніж показники пацієнтів із виразковою хворобою, але розцінювалося як задовільний рівень гігієни РП.

Висновок. У пацієнтів із виразковою хворобою ДПК визначається незадовільний рівень гігієни ротової порожнини, особливо за наявності металевих зубних протезів, що може обтяжувати перебіг або сприяти розвитку захворювань тканин пародонта. Також виявлено низький рівень санітарно-гігієнічних знань пацієнтів та низькою мотивацією хворих до проведення професійної гігієни РП.

КО-ІНФЕКЦІЯ ТУБЕРКУЛЬОЗ/ВІЛ

¹Піскур З.І., ²Піскур А.В.

*¹Львівський національний медичний університет імені Д. Галицького,
м. Львів, zorjanapiskur@gmail.com*

²Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів

На початку ХХІ століття спостерігається значне поширення ко-інфекції туберкульозу/ВІЛ-інфекції (ТБ/ВІЛ) у багатьох країнах світу і в Україні, що часто уражають одні й ті ж групи населення.

Поєднання ТБ та ВІЛ-інфекції, що визначається як «ко-інфекція ТБ/ВІЛ» – це активний легеневий або позалегенеий ТБ, який розвивається у ВІЛ-інфікованих і хворих на синдром набутого імунodefіциту (СНІД). Зростання кількості випадків захворювання на ТБ серед ВІЛ-інфікованих збільшує ризик розповсюдження ТБ серед населення в цілому, незалежно від впливу ВІЛ-інфекції. Чим вищий рівень імунodefіциту, при якому у ВІЛ-інфікованих звичайно розвивається ТБ, тим вищою є вірогідність летального наслідку. Понад 30% ВІЛ-інфікованих хворіє на ТБ і близько 40% із них помирає від нього. ВІЛ-інфекція - один із найнебезпечніших чинників, що сприяє збільшенню ризику прогресування ТБ процесу. Для осіб з подвійною ТБ/ВІЛ-інфекцією ризик розвитку ТБ протягом життя зростає до 50%, а у раніше вилікуваних від ТБ, інфікування ВІЛ різко підвищує ризик рецидиву.

ТБ у хворих на ВІЛ-інфекцію може розвинути внаслідок первинного інфікування *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ) і реактивації ендогенної інфекції, але в обох випадках він має ознаки первинної ТБ інфекції у вигляді ураження лімфатичних вузлів (л/в) середостіння і гематогенної дисемінації. Розвиток ТБ при ВІЛ-інфекції зумовлений зниженням імунного захисту проти МБТ, дефіцитом імунних Т-лімфоцитів внаслідок руйнування Т-хелперів і порушенням співвідношення хелпери-супресори. При імунологічному обстеженні пацієнтів виявляється характерне для ВІЛ-інфекції зрушення співвідношення Т-хелперів і Т-супресорів до 1:1 і менше (норма 2:1). У пацієнтів порушується активуючий вплив Т-лімфоцитів на макрофаги завдяки супресії інтерлейкінів. У зв'язку зі зниженням кількості CD4+ клітин і функціональної активності макрофагів не утворюється казеозний некроз, гігантські клітини Пирогова–Лангханса, епітеліоїдні клітини. В гранульомі