

ротової жидкості лиц, польовуючихся сьемними конструкціями зубних протезов и значеннями інтегрального показателя гігієни полости рта ($r = 0,53$, $r = 0,72$) можемо утверждати о существовании механізмів інгібування процесов камнеобразования в полости рта. При одновременном соотношении $Ca/Mg \geq 11$, $Ca/P \geq 0,5$ и $Ca/P/Mg \geq 11/19/1$ в ротовой жидкости лиц, польовуючихся сьемними конструкціями зубных протезов существует высокая вероятность образования твердых отложений как на зубах, что есть в полости рта, так и на базисах сьемных протезов.

Ключевые слова: кальций, фосфор, магний, цинк, интегральный показатель гигиены полости рта.

T.N. Mikhaylenko, H.M. Ersteniuk, M. M. Rozhko

Prognostic Value of Some Chemical Elements in the Oral Fluid of People Who Use Removable Dentures in the Process of Stone Formation

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

Abstract. This work confirms a multifactorial effect on stone formation processes in the oral cavity of persons who use removable dentures, including an important role of macro- and micronutrients, namely, calcium, phosphorus, magnesium and zinc. The study of these

elements was conducted in oral fluid and dental deposits and removable denture bases. Correlations between the level of oral hygiene and contents of chemical elements in oral fluid of people with removable dentures were found. With the increase in Ca / Mg , Ca / P , $Ca / P / Mg$ ratios, the risk of stone formation was still observed in patients with "good" and "satisfactory" integral index of oral hygiene. The tendency to the formation of dental deposits is caused by the redistribution of calcium, phosphorus, magnesium and their correlations, as well as zinc ions content in the different environments of the oral cavity in people with removable dentures. On the basis of correlation connection between the concentration of magnesium and zinc ions in oral fluid in people who use removable dentures constructions, and values of integral index of oral hygiene ($r = 0.53$, $r = 0.72$), we can claim the existence of inhibition mechanisms in stone formation processes in the mouth. With the simultaneous correlation of $Ca/Mg \geq 11$, $Ca/P \geq 0.5$ and $Ca/P/Mg \geq 11/19/1$ in oral fluid in people who use removable dentures constructions, a high probability of deposits formation both on the teeth in the mouth and on the bases of removable dentures exists.

Key words: calcium, phosphorus, magnesium, zinc, integral index of oral hygiene.

Надійшла 09.02.2015 року.

УДК 616-036.1+616.832-004.2

Негрнч Т.І.¹, Орнчак Л.Б.²

Особливості перебігу розсіяного склерозу у жінок

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

² Івано-Франківська обласна клінічна лікарня, Україна

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

lidiasened@gmail.com

Резюме. Мета дослідження – вивчити особливості дебюту РС по відношенню до вагітності та пологів, а також, ймовірність розвитку загострення цього захворювання під час вагітності та у післяпологовий період.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 207 жінок, хворих на РС, жителів м. Івано-Франківська та Івано-Франківської області із достовірно підтвердженим діагнозом РС. У даних пацієнтів було зібрано анамнез життя та захворювання, а також детально вивчено перебіг вагітностей та народження дітей, проведено клініко-неврологічне обстеження. Середній вік пацієнтів становив $37,91 \pm 0,72$ років, середній ступінь важкості за шкалою Expanded Disability Status Scale (EDSS) був – $4,09 \pm 0,10$ бали. Група контролю у в рамках цього дослідження не була передбачена.

Результати. Середня тривалість захворювання на час народження дитини у жінок, хворих на РС – $5,90 \pm 0,51$ років. У найменшій кількості хворих початок РС спостерігався під час вагітності та протягом 4-12 місяців після народження дітей. Ймовірність виникнення РС зростала у перші три місяці та через рік після пологів. У найбільшій частині жінок перші прояви РС виникали через 5,5 років після пологів і більше.

Частина оглянутих хворих народжували дітей після дебюту РС. Виявили, що під час вірогідно більшої частини вагітностей не було загострень РС, порівняно з кількістю вагітностей, під час яких були рецидиви. Загострення демієлінізуючого процесу зустрічалися тільки у 1-му та 2-му триместрах вагітності. У перші 3 місяці після пологів не спостерігали підвищеної ймовірності виникнення рецидиву РС. Розвиток загострень РС у перші 3 місяці після пологів достовірно не залежить від тривалості хвороби на час пологів, наявності рецидивів під час вагітності та від грудного вигодовування.

Висновки. Отже, згідно з нашими даними вагітність не несе у собі підвищеної ймовірності розвитку рецидиву. Тривалість захворювання, наявність загострень РС під час вагітності та грудне вигодовування не впливає на ймовірність виникнення ретику у

перші 3 місяці після пологів.

Ключові слова: розсіяний склероз, дебют, загострення, пологи.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Розсіяний склероз (РС) – це хронічне прогресуюче, інвалідизуюче захворювання центральної нервової системи (ЦНС), на яке хворіють близько 2,5 млн людей у світі [3, 4, 5]. Хворіють переважно особи молодого працездатного віку (у 50% випадків 20-40 років). Дебют РС виявляють у <1% хворих віком молодше 10 років, у 10–15% молодше 20 років, у 20% хворих віком – 40 - 50 років. Початок захворювання після 50 років зустрічається вкрай рідко. Жінки хворіють у 2-4 рази частіше [3, 5, 10]. Саме тому для жінок, хворих на РС, проблеми, що пов'язані з плануванням сім'ї та народженням дитини є особливо актуальними [1, 3, 14].

Тривалий час вважали, що вагітність чинить негативний вплив на перебіг РС (Gowers W. R. 1983). Велика кількість публікацій, які це підтверджують, переважали у літературі до кінця 70-х років ХХ ст. Разом з цим, вже в 50-х роках минулого століття були розпочаті наукові дослідження, які повністю змінили уяву про негативні наслідки вагітності [1].

Існує думка, що ризик розвитку РС у жінок, які не народжували, вищий, ніж у жінок, що народили хоча б двох дітей [1]. На даний момент вважають, що під час вагітності у жінок, хворих на РС, не тільки покращується перебіг хвороби, але також і якість життя, загальний стан здоров'я, рухова діяльність, сексуальне життя, зменшується відчуття втоми [2]. Припускають, що вагітність призводить до зменшення частоти рецидивів під час вагітності та зменшення неврологічних симптомів, особливо в третьому триместрі (до 70%

зниження в порівнянні з попереднім роком вагітності) [1, 2, 8, 11, 13], але після пологів можливе збільшення частоти рецидивів РС [Confavreux et al. 1998, Finkelsztejn et al. 2011] [7, 11]. Вплив вагітності на частоту загострень перевищує ефект всі відомих на сьогодні імуномодуючих препаратів [1, 20].

Вагітність може включати стан імуносупресії, який плід чинить на материнський організм, щоб запобігти відторгненню плоду, який має батьківські чужорідні антигени [11]. Локальна Th1-імуносупресія під час вагітності з фізіологічної позиції є абсолютно необхідною пристосувальною реакцією, яка запобігає відторгненню плоду організмом матері [1]. Цілком ймовірно, що високі рівні естрогену, пов'язані з вагітністю, сприяють цьому [1]. Механізм імуносупресії при вагітності пов'язаний з плацентарними, фетальними і материнськими факторами. В цей період у крові жінки зростають рівні естріолу, 17-бета-естрадіолу, прогестерону і пролактину, що призводить до зниження активності імунної відповіді. Рівень естріолу поступово підвищується під час вагітності, досягаючи максимуму в III-му триместрі, що співпадає з клінічним покращенням і знижується після пологів. Ймовірно, саме цей гормональний фактор має найбільше значення. Доведено, що естрогени впливають на імунну систему через стромальні клітини, фібробласти і макрофаги. Естрогени і прогестерон інгібують окис азоту і гальмують продукцію фактору некрозу пухлин-альфа клітинами мікроглії. Після пологів рівень цих гормонів швидко повертається до норми, а імунна активність знову зростає. Крім того, існує зв'язок між частотою загострень під час вагітності і рівнем кальціотриолу-білка, асоційованого з вагітністю [6]. В той же час, не всі імунні реакції при вагітності повинні бути пригнічені, зокрема, гуморальні імунні реакції Th2-типу необхідні для пасивного транспорту антигенів з організму матері до плоду. Таким чином, виживання плоду потребує зниження активності Th1-відповіді і посилення Th2-реакцій [1]. Зміни співвідношень T-імунних реакцій при вагітності мають не тільки локальний характер (в ділянці матки), але й системний. Внаслідок зміни активності імунної системи при вагітності змінюється клінічний перебіг багатьох аутоімунних захворювань, таких як ревматоїдний артрит, склеродермія, міастенія, системний червоний вовчак, тиреоїдит [1, 13]. Оскільки, РС – аутоімунне захворювання, патогенез якого тісно пов'язаний з патологічною лімфоцитарною агресією, зміни характеру його перебігу при вагітності стають повністю зрозумілими.

У дослідженні PRIMS (Pregnancy in multiple sclerosis - вагітність і розсіяний склероз) виявили, що в період виношування плоду частота загострень не тільки не підвищується, а, навпаки, знижується, а самі загострення перебігають легше. Показник середнього числа загострень до вагітності складав $0,7 \pm 0,9$ балів у рік, а у III триместрі вагітності понижувався до $0,2 \pm 1,0$ [1, 18]. У перші три місяці після пологів частота загострень, зазвичай, зростає (за даними дослідження PRIMS показник середнього приросту в цей період – $1,2 \pm 2,0$) та понижується в наступні 6-9 місяців [1, 10, 18]. Ризик післяпологового рецидиву складає 28% [18].

Загострення РС, які настають у перші три місяці після пологів, можуть бути спровоковані не тільки гормональною перебудовою, але також і стресогенним впливом самих пологів, а також фізичним навантаженням, яке значно зростає після них [6]. Вважають, що на прогнозування частоти рецидивів в післяпологовому періоді можуть впливати наступні фактори: кількість рецидивів у рік до вагітності, під час вагітності, тривалість захворювання, ступінь інвалідності на початку вагітності [9, 11, 17, 18, 19].

Виявили (Hellwing et al. 2008), що близько 25% жінок страждають від рецидивів протягом 40 тижнів вагітності, а 30% мають післяпологовий рецидив у перші три місяці [15]. В цілому, рік, який включає вагітність і три місяці після народження дитини, за кількістю загострень схожий на інші

роки хвороби [1]. На другому році після пологів кількість рецидивів залишається такою ж як у рік до вагітності [18]. Прогресування інвалідності після пологів можливе у жінок, які мали високу активність захворювання до і під час вагітності [16], а також мали загострення РС протягом року після народження дитини [9].

Післяпологові рецидиви значно підвищують ризик прогресування інвалідності, що викликає необхідність профілактичної терапії після пологів [9], особливо жінкам з активно перебігаючим РС до вагітності [16]. Незважаючи на підвищений ризик рецидиву в післяпологовому періоді, немає ніяких ознак несприятливого впливу пологів на довгостроковий перебіг РС [8, 12, 14]. За результатами PRIMS, середній приріст показників за шкалою інвалідизації EDSS впродовж 45-ти місячного періоду спостереження за жінками, які народжували, складав 0,9 балів і наблизився до такого як у жінок, які не народжували [18].

Мета дослідження – дослідити особливості дебюту РС по відношенню до вагітності та пологів, а також, ймовірність розвитку загострення цього захворювання під час вагітності та у післяпологовий період.

Матеріал і методи дослідження

У період з грудня 2012 року по липень 2014 року на базі неврологічного відділення Івано-Франківської ОКЛ було обстежено 207 жінок, хворих на РС, жителів м. Івано-Франківська та Івано-Франківської області, із достовірно підтвердженим діагнозом РС. Усі хворі були оглянуті у стадії ремісії. У даних пацієнтів було зібрано анамнез життя, захворювання та детально вивчено перебіг вагітностей та народження дітей, а також проведено клініко-неврологічне обстеження. Середній вік пацієнтів становив – $37,91 \pm 0,72$ років, середній ступінь важкості за шкалою Expanded Disability Status Scale (EDSS) – $4,09 \pm 0,10$ бали. Середній вік початку РС у всіх оглянутих жінок склав – $27,44 \pm 0,66$ років. Для діагностики РС використовували критерії McDonald et al. (2010). Діагноз РС встановлювали на підставі ретельного виявлення і вивчення скарг, анамнезу захворювання та параклінічних (МРТ) методів обстеження хворих. Група контролю у рамках цього дослідження не була передбачена.

Статистичне опрацювання отриманих результатів здійснювали за допомогою пакета прикладних програм Statistica 6.0. Розраховували середнє арифметичне і стандартну похибку. Ступінь вірогідності визначали за допомогою t-критерію Стьюдента. Достовірними вважали зміни показників за умови $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Проаналізували кількість жінок, хворих на РС з різним часом початку захворювання по відношенню до вагітності та пологів (табл. 1). Середня тривалість захворювання на час народження дитини у жінок, хворих на РС – $5,90 \pm 0,51$ років.

Як видно з табл. 1, кількість жінок з дебютом РС через 5,5 років після пологів і більше була достовірно більшою, порівняно з жінками, у яких початок РС відбувся під час вагітності ($51,54 \pm 4,38$ проти $5,38 \pm 1,98$; відповідно $t=9,60$, $p<0,01$), протягом 1-3 місяців після пологів ($51,54 \pm 4,38$ проти $13,08 \pm 2,96$; відповідно $t=7,27$, $p<0,01$), протягом 4-12 місяців після пологів ($51,54 \pm 4,38$ проти $6,15 \pm 2,11$; відповідно $t=9,33$, $p<0,01$) та особами з початком РС протягом 1-5 років після пологів ($51,54 \pm 4,38$ проти $24,62 \pm 3,78$; відповідно $t=4,65$, $p<0,01$). Частка жінок з початком РС протягом 1-5 років після пологів була вірогідно вищою порівняно з кількістю осіб з дебютом захворювання під час вагітності ($24,62 \pm 3,78$ проти $5,38 \pm 1,98$; відповідно $t=4,51$, $p<0,01$), протягом 1-3 місяців після пологів ($24,62 \pm 3,78$ проти $13,08 \pm 2,96$; відповідно $t=2,41$, $p<0,05$) та жінками з початком патологічного процесу протягом 4-12 місяців після пологів ($24,62 \pm 3,78$ проти $6,15 \pm 2,11$; відповідно $t=4,27$, $p<0,01$). Різниця між хворими з початком РС протягом 1-3 місяців після пологів та під час вагітності виявилася статистично вірогідною ($13,08 \pm 2,96$ проти $5,38 \pm 1,98$; відповідно $t = 2,16$, $p < 0,05$).

Таблиця 1. Розподіл хворих на РС жінок залежно від виникнення у них цього захворювання по відношенню до вагітності і пологів

Дебют РС у жінок	Кількість обстежених у групі (n)	Частка (%) осіб у загальній структурі та їх стандартна похибка (P±m)	Коефіцієнт Стьюдента (t), порівняно з групою жінок, які мали дебют РС під час вагітності	Достовірність різниці, порівняно з групою жінок, які мали дебют РС під час вагітності (p)	Коефіцієнт Стьюдента (t), порівняно з групою жінок, які мали дебют РС протягом 1-3 місяців після пологів	Достовірність різниці, порівняно з групою жінок, які мали дебют РС протягом 1-3 місяців після пологів (p)	Коефіцієнт Стьюдента (t), порівняно з групою жінок, які мали дебют РС протягом 4-12 місяців після пологів	Достовірність різниці, порівняно з групою жінок, які мали дебют РС протягом 4-12 місяців після пологів (p)	Коефіцієнт Стьюдента (t), порівняно з групою жінок, які мали дебют РС протягом 1-5 років після пологів	Достовірність різниці, порівняно з групою жінок, які мали дебют РС протягом 1-5 років після пологів (p)
Під час вагітності	7	5,38±1,98	-	-	-	-	-	-	-	-
1-3 місяці після пологів	17	13,08±2,96	2,16	< 0,05*	-	-	-	-	-	-
4-12 місяців після пологів	8	6,15±2,11	0,27	> 0,05	1,91	> 0,05	-	-	-	-
1-5 років після пологів	32	24,62±3,78	4,51	< 0,01*	2,41	< 0,05*	4,27	< 0,01*	-	-
Більше 5,5 років після пологів	67	51,54±4,38	9,60	< 0,01*	7,27	< 0,01*	9,33	< 0,01*	4,65	< 0,01*

Примітка: * – статистично достовірна відмінність

Таблиця 2. Розподіл хворих на РС жінок з різним дебютом РС залежно від шкали інвалідизації EDSS

Дебют РС у жінок	Кількість обстежених у групі (n)	Середні значення досліджуваного показника та їх стандартні похибки (M±m)	Коефіцієнт Стьюдента (t), порівняно з групою жінок, які мали дебют РС під час вагітності	Достовірність різниці, порівняно з групою жінок, які мали дебют РС під час вагітності (p)	Коефіцієнт Стьюдента (t), порівняно з групою жінок, які мали дебют РС протягом 1-3 місяців після пологів	Достовірність різниці, порівняно з групою жінок, які мали дебют РС протягом 1-3 місяців після пологів (p)	Коефіцієнт Стьюдента (t), порівняно з групою жінок, які мали дебют РС протягом 4-12 місяців після пологів	Достовірність різниці, порівняно з групою жінок, які мали дебют РС протягом 4-12 місяців після пологів (p)	Коефіцієнт Стьюдента (t), порівняно з групою жінок, які мали дебют РС протягом 1-5 років після пологів	Достовірність різниці, порівняно з групою жінок, які мали дебют РС протягом 1-5 років після пологів (p)
Під час вагітності	7	3,93±0,37	-	-	-	-	-	-	-	-
1-3 місяці після пологів	17	4,06±0,43	0,23	> 0,05	-	-	-	-	-	-
4-12 місяців після пологів	8	3,75±0,51	0,28	> 0,05	0,46	> 0,05	-	-	-	-
1-5 років після пологів	32	4,30±0,27	1,00	> 0,05	0,65	> 0,05	1,11	> 0,05	-	-
Більше 5,5 років після пологів	67	4,34±0,16	1,01	> 0,05	0,60	> 0,05	1,10	> 0,05	0,17	> 0,05

Таблиця 3. Розподіл кількості загострень РС у різні триместри вагітності

Термін вагітності	Кількість обстежених у групі (n)	Частка (%) загострень у загальній структурі та її стандартна похибка (P±m)	Коефіцієнт Стьюдента (t), порівняно з вагітностями, під час яких були загострення у 1-му триместрі	Достовірність різниці, порівняно з вагітностями, під час яких були загострення у 1-му триместрі (p)	Коефіцієнт Стьюдента (t), порівняно з вагітностями, під час яких були загострення у 2-му триместрі	Достовірність різниці, порівняно з вагітностями, під час яких були загострення у 2-му триместрі (p)
1 триместр	9	47,37±11,45	-	-	-	-
2 триместр	10	52,36±11,45	0,32	> 0,05	-	-
3 триместр	0	0,00±0,00	4,14	< 0,01*	4,59	< 0,01*

Примітка: * – статистично достовірна різниця

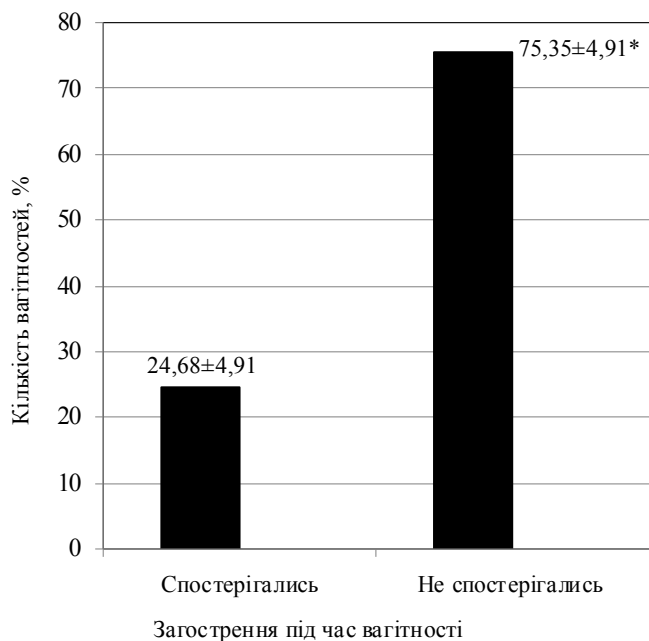


Рис. 1. Порівняння кількості вагітностей із загостреннями РС та без них, які були у жінок, хворих на це захворювання
* – $p < 0,01$ порівняно з кількістю вагітностей, під час яких було зареєстровано загострення РС

Таким чином, у найменшій кількості жінок дебют РС спостерігався під час вагітності та протягом 4-12 місяців після народження дітей. Ймовірність розвитку РС зростала у перші три місяці та через рік після пологів. У найбільшій частині жінок перші прояви РС виникали через 5,5 років після пологів і більше.

Проаналізували середній бал за шкалою інвалідності EDSS у виділених групах оглянутих жінок (табл. 2).

Як видно з табл. 2, не виявили статистично вірогідної різниці при порівнянні середнього балу за шкалою інвалідації EDSS між досліджуваними групами ($p > 0,05$).

Частина оглянутих хворих народжували дітей після дебюту РС (у однієї жінки могло бути декілька вагітностей). Порівняли кількість вагітностей у жінок, хворих на РС, під час яких були загострення цього захворювання. Під час вірогідно більшої частини вагітностей не було загострень РС, порівняно з кількістю вагітностей, під час яких були рецидиви (75,35±4,91 проти 24,68±4,91; відповідно $t=7,29$, $p<0,01$) (Рис. 1). Отримані результати узгоджуються з даними літератури про те, що під час вагітності зменшується ймовірність виникнення загострень РС [18].

Розглянули частоту загострень РС у різні триместри вагітності (табл. 3).

Як видно з табл. 3, загострення демієлінізуючого процесу у жінок, хворих на РС, зустрічалися тільки у 1-му та 2-му триместрах вагітності і були майже у однакової кількості осіб (47,37 ± 11,45 проти 52,36 ± 11,45; відповідно $t = 0,32$, $P>0,05$). У 3-му триместрі вагітності не було виявлено загострень РС. Отримані результати узгоджуються із даними

Таблиця 5. Кореляція між ймовірністю розвитку рецидиву у перші 3 місяці після пологів та тривалістю РС на час народження дитини, загостренням під час вагітності та наявністю грудного вигодовування

Клінічні характеристики перебігу РС	Рецидиви РС у перші 3 місяці після пологів
Тривалість захворювання на час пологів матері	$r = -0,13$
Загострення під час вагітності	$r = 0,05$
Наявність грудного вигодовування	$r = 0,12$

Таблиця 4. Розподіл загострень РС у жінок у перші 3 міс після пологів

Поява загострень РС у перші 3 міс після пологів	Кількість обстежених у групі (n)	Частка (%) загострень у загальній структурі та їх стандартна похибка (P±m)	Коефіцієнт Стьюдента (t), порівняно з пологами, після яких були загострення РС	Достовірність різниці, порівняно з пологами, після яких були загострення РС (p)
Спостерігались	10	12,99±3,83	-	-
Не спостерігались	67	87,01±3,83	13,66	< 0,01*

Примітка: * – статистично вірогідна різниця

інших досліджень [7] про те, що у 3-му триместрі вагітності значно знижується ймовірність виникнення рецидиву РС.

Дані літературного пошуку показують, що після пологів зростає ризик виникнення рецидиву РС, особливо у перші 3 місяці [19]. Саме тому проаналізували ймовірність розвитку загострень демієлінізуючого процесу у цей період в оглянутих нами жінок (табл. 4).

Як видно з табл. 4, вірогідно більша частина післяпологового періоду в оглянутих жінок не супроводжувалася появою загострень РС протягом перших 3-х місяців (87,01±3,83 проти 12,99±3,83; відповідно $t=13,66$, $p<0,01$).

У 4-х (7,55%) жінок загострення РС були під час вагітності і повторно у перші 3 міс. після пологів.

Дослідили клінічні предиктори післяпологових рецидивів, а саме, визначили кореляційні співвідношення між ймовірністю розвитку рецидиву у перші 3 місяці після пологів та такими показниками, як тривалість захворювання на час народження дитини, загострення під час вагітності та наявність грудного вигодовування (табл. 5).

Аналізуючи наведені у табл. 5 дані, можна зробити висновки, що ймовірність розвитку загострень РС у перші 3 місяці після пологів достовірно не залежить від тривалості хвороби на час пологів ($r=-0,13$, $p>0,05$), наявності рецидивів під час вагітності ($r=0,05$, $p>0,05$) та від грудного вигодовування ($r=0,12$, $p>0,05$). Отримані дані узгоджуються з висновками інших дослідників, що тривалість хвороби на час пологів та грудне вигодовування не впливають на ймовірність розвитку РС [13, 19] та суперечать результатам інших досліджень про те, що ймовірність післяпологових загострень РС зростає у жінок із наявністю рецидивів під час вагітності [16].

Існує думка, що післяпологові рецидиви сприяють прогресуванню РС [9]. Проаналізували бал за шкалою EDSS

Таблиця 6. Розподіл хворих на РС жінок з післяпологовими рецидивами та без них, залежно від балу за шкалою інвалідації EDSS

Поява загострень РС у перші 3 місяці після пологів	Кількість обстежених у групі (n)	Середній бал за шкалою EDSS та його стандартні похибки (P±m)	Коефіцієнт Стьюдента (t), порівняно з групою жінок, які мали загострення РС перші 3 місяці після пологів	Достовірність різниці, порівняно з групою жінок, які мали загострення РС перші 3 місяці після пологів (P)
Спостерігались	10	3,55±0,25		
Не спостерігались	43	3,97±0,14	1,44	> 0,05

у обстежених хворих, залежно від наявності загострень патологічного процесу перші 3 місяці після пологів (табл. 6).

Як показують дані табл. 6, бал за шкалою інвалідизації EDSS у жінок, хворих на РС, не залежав від наявності післяпологових рецидивів ($t = 1,44$, $p > 0,05$).

Висновки

Таким чином, результати власних досліджень показали, що дебют РС найчастіше спостерігався у жінок через 1-3 міс., 1-5 років та 5,5 років і більше після пологів. Під час вагітності у жінок, хворих на РС, спостерігається знижена ймовірність розвитку рецидиву цього захворювання. Перші 3 міс після пологів у оглянутих жінок не супроводжувався підвищеною ймовірністю розвитку загострень РС. Виникнення рецидиву РС у перші 3 місяці після пологів не залежить від тривалості хвороби на час пологів, наявності рецидивів під час вагітності та від грудного вигодовування. Разом з тим, наявність післяпологових рецидивів у жінок, хворих на РС, не впливає на прогресування РС за шкалою інвалідизації EDSS.

Перспективи подальших досліджень

На РС хворіють в основному молоді жінки, і питання планування сім'ї для них є дуже актуальним. Саме тому вивчення впливу вагітності, пологів та народжених дітей на РС допоможе жінкам у прийнятті важливого для них рішення при плануванні вагітності, а лікарям — у консультуванні таких пацієнтів.

Література

- Белова А. Н. Рассеянный склероз и беременность / А. Н. Белова, Т. С. Качалина, В. Н. Крупин // Неврологический журнал. — №6. — 2010. — ст. 4-10.
- Кичерова О.А. Рассеянный склероз / О.А. Кичерова, Л.И. Рейхарт, С.М. Быченко // Тюмень Сити-пресс. — 2007. — ст. 152.
- Особливості перебігу розсіяного склерозу в жінок у період вагітності та вплив патогенетичного лікування на стан плода й новонародженого / Т. І. Негрич, М. С. Шоробура, Н. О. Негрич [та ін.] // Міжнародний неврологічний журнал. — 2013. — N 1. — С. 11-16.
- Розсіяний склероз: актуальність проблеми в Україні, сучасні аспекти імунопатогенезу, клініки, діагностики та лікування / Н.П. Волошина, Н.М. Грицид, І.М. Дикан [та ін.] // Здоров'я України 2007. — 4. — Ст. 52-56.
- Сучасні підходи до лікування при загостренні розсіяного склерозу з позицій доказової медицини / В.М. Школьник, О.М. Бараненко, О.В. Погорелов [та ін.] // Український медичний часопис. — 2014. — 4(102). — ст. 108-111.
- Шмидт Т.Е. Рассеянный склероз / Т.Е. Шмидт, Н.Н. Яхно // Москва "Медпресс-информ". — 2010. — ст. 234-237.
- Confavreux C., Hutchinson M., Hours M. M. Rate of pregnancy-related relapse in multiple sclerosis. // N Engl J Med. — 1998. — 339(5). — P. 285-291.
- D'hooghe M.B. Female gender and reproductive factors affecting risk, relapses and progression in multiple sclerosis / M.B. D'hooghe, T. D'Hooghe, J. De Keyser // Gynecol Obstet Invest. — 2013. — 75(2). — P. 73-84.
- Epidural analgesia and cesarean delivery in multiple sclerosis post-partum relapses: the Italian cohort study / L. Pastr, E. Portaccio, A. Ghezzi [et al.] // BMC Neurol. —2012. — 31:12. — P. 165.
- Expert recommendations to personalization of medical approaches in treatment of multiple sclerosis: an overview of family planning and pregnancy / N. Borisow, A. Düring, C. Pfueller [et al.] // The EPMA Journal. — 2012. — 3:9. — P 1-10.
- Harbo H. F. Sex and gender issues in multiple sclerosis / H. F. Harbo, R. Gold, M. Tintorij // Ther Adv Neurol Disord. — 2013. — 6(4). —P. 237-248.
- Houtchens M. K. Pregnancy and multiple sclerosis / M. K. Houtchens // Semin. Neurol. — 2007. — Vol. 27, N 5. — P. 434-441.
- Lorenzi A.R. Multiple sclerosis and pregnancy / A.R. Lorenzi, H.L. Ford // Postgrad Med J. — 2002. — 78. — P. 460-464.
- McCombe P. A. Female reproductive issues in multiple sclerosis / P. A. McCombe, J. M. Greer // Mult Scler. — 2013. —19. — P. 4392-402.

15. Multiple sclerosis and pregnancy: experience from a nationwide database in Germany / K. Hellwig, A. Haghikia, M. Rockhoff [et al.] // Therapeutic Advances in Neurological Disorders. Original Research. — 2012. — 5(5). — P. 247-253.

16. Postpartum relapses increase the risk of disability progression in multiple sclerosis: the role of disease modifying drugs / E. Portaccio, A. Ghezzi, B. Hakiki [et al.] // Neurol Neurosurg Psychiatry. — 2014. — 85(8). — P. 845-50.

17. Predictors and dynamics of postpartum relapses in women with multiple sclerosis / S.E. Hughes, T. Spelman, O.M. [et al.] // Mult Scler. — 2014. —20(6). — P. 739-46.

18. Pregnancy and multiple sclerosis (the PRIMIS study): clinical predictors of post-partum relapse / Vukusic S., Hutchinson M., Hours M. [et al.] // Brain. — 2004. —127. — P. 1353-1360.

19. Pregnancy in multiple sclerosis: clinical and self-report scales / R. F. Neuteboom, A. C. J. W. Janssens, T. A. Siepman [et al.] // J Neurol. — 2012. — 259. — P. 311-317.

20. What can we really tell women with multiple sclerosis regarding pregnancy? A systematic review and meta-analysis of the literature / A. Finkelsztein, J.B. Brooks, F.M. Paschoal [et al.] // BJOG. — 2011. —118. — P. 790-797.

Негрич Т.І., Оринчак Л.Б.

Особенности течения рассеянного склероза у женщин

¹ Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Украина

² Ивано-Франковская областная клиническая больница, Украина

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, Украина

Резюме. Цель исследования – изучить особенности дебюта РС по отношению к беременности и родам, а также вероятность развития обострения этого заболевания во время беременности и в послеродовой период.

Материалы и методы исследования. Обследовано 207 женщин, больных РС, жителей г. Ивано-Франковска и Ивано-Франковской области с достоверно подтвержденным диагнозом РС. У данных пациентов были собраны анамнез жизни и заболевания, а также детально изучено течение беременностей и рождения детей, проведено клиничко-неврологическое обследование. Средний возраст пациентов составлял $37,91 \pm 0,72$ лет, средняя степень тяжести по шкале Expanded Disability Status Scale (EDSS) был $4,09 \pm 0,10$ балла. Группа контроля в рамках этого исследования не была предусмотрена.

Результаты. Средняя продолжительность заболевания при рождении ребенка у женщин, больных РС – $5,90 \pm 0,51$ лет. У наименьшего количества больных начало РС наблюдалось во время беременности и в течение 4-12 месяцев после рождения детей. Вероятность возникновения РС росла в первые три месяца и через год после родов. У наибольшей части женщин первые проявления РС возникали через 5,5 лет после родов и более.

Часть осмотренных больных рожали детей после дебюта РС. Обнаружили, что во время достоверно большей части беременностей не было обострений РС по сравнению с количеством беременностей, при которых были рецидивы. Обострение демиелинизирующего процесса встречались только в 1-м и 2-м триместрах беременности. В первые 3 месяца после родов не наблюдали повышенной вероятности возникновения рецидива РС. Развитие обострений РС в первые 3 месяца после родов достоверно не зависит от продолжительности болезни на время родов, наличия рецидивов во время беременности и от грудного вскармливания.

Выводы. Итак, согласно нашим данным беременность не несет повышенной вероятности развития рецидива. Длительность заболевания, наличие обострений РС во время беременности и грудное вскармливание не влияет на вероятность возникновения рецидивов в первые 3-и месяца после родов.

Ключевые слова: *рассеянный склероз, дебют, обострение, роды.*

T.I. Nehrych, L.B. Orynychak

The Peculiarities of Multiple Sclerosis Course in Women

Ivan Franko National University of Lviv, Lviv, Ukraine
Ivano-Frankivsk Regional Clinical Hospital, Ivano-Frankivsk, Ukraine

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

Abstract. The objective of the research was to study the

peculiarities of the MS onset in relation to pregnancy and childbirth, as well as the probability of exacerbations of the disease during pregnancy and in postpartum period.

Materials and methods of study. 207 women with firm diagnosis of multiple sclerosis living in Ivano-Frankivsk and Ivano-Frankivsk oblast were examined. Patients' life history and medical history were taken. The course of pregnancy and childbirth were studied in detail; clinical and neurological examination was conducted. The average age of patients was 37.91 ± 0.72 years; the average severity degree according to the Expanded Disability Status Scale (EDSS) was 4.09 ± 0.10 points. The research did not presuppose the control group.

Results. The average duration of disease at the time of childbirth in women suffering from MS was 5.90 ± 0.51 years.

The MS onset was in the smallest number of patients during pregnancy and during 4-12 months after childbirth. The probability of MS development increased in the first three months and in a year after childbirth. In the largest part of women the first MS manifestations appeared in 5.5 years after childbirth and more.

A part of the examined patients gave birth after MS onset. MS

exacerbations were not observed during most of pregnancies in comparison with the number of pregnancies during which relapses happened. Exacerbations of demyelinating process were found only in the 1st and the 2nd trimester of pregnancy. Increased probability of MS relapse was not observed in the first three months after pregnancies. Development of MS exacerbations in the first three months after childbirth does not reliably depend on the duration of disease at the time of childbirth, existence of relapses during pregnancy, and on breastfeeding.

Conclusions

Thus, according to our data pregnancy does not increase the probability of relapse. The duration of disease, the existence of MS exacerbations during pregnancy and breastfeeding do not influence on the probability of relapse appearance in the first three months after childbirth.

Keywords: multiple sclerosis, onset, exacerbation, childbirth.

Надійшла 09.02.2015 року.

Ожоган З.Р., Клим'юк Ю.В.

Віддалені результати ортопедичного лікування хворих незнімними ортопедичними конструкціями залежно від функціонального стану опорних зубів

Івано-Франківський національний медичний університет, м.Івано-Франківськ, Україна

Резюме. Лікування часткової адентії передбачає препарування опорних зубів з подальшим виготовленням незнімних мосто-подібних протезів. Проте слід брати до уваги вітальність опорного зуба та враховувати резервні сили пародонту з метою запобігання функціонального перевантаження. Також необхідно відстежувати протягом лікування та в різні терміни після його проведення гігієнічний стан ротової порожнини.

Використовуючи дані клінічних індексів було встановлено, що збереження вітальних зубів є достовірним критерієм ефективності використання для часткових незнімних протезів, ніж використання депульпованих зубів. Відсутність періапикальної травми у вітальних зубах, яка відбувається в депульпованих зубах внаслідок екстирпації судинно-нервового пучка, демонструє показник індексу Russel, також інші індекси продемонстрували подразнення слизової оболонки та наявність її кровоточивості, що виникла внаслідок використання кофердама через необхідність якісного ендодонтичного лікування.

Вищезазначені дані, що отримані внаслідок проведення комплексу гігієнічних індексів, свідчать про переваги збереження вітальності опорного зуба при виготовленні незнімних мосто-подібних протезів.

Ключові слова: вітальний зуб, депульпований зуб, стоматологічні індекси, пародонт.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Потреба заміщення руйнування коронкової частини зуба та часткових включених дефектів зубних рядів незнімними протезами на сьогоднішній день дозволяє використовувати суцільнолітні естетичні конструкції, що викликає необхідність препарування коронкової частини опорних зубів [1]. Проте виникає питання необхідності у разі наявних на те показань проводити як перепломбування кореневих каналів, так і проведення екстирпації пульпи опорних зубів [2]. У таких випадках лікар-стоматолог може зустрітись з наступними проблемами: неможливістю розпломбування кореневого каналу, що може бути спричинено наявністю зламаного інструмента під час попереднього ендодонтичного лікування, наявністю додаткових кореневих каналів, які інколи складно знайти без застосування спеціальної оптики, що з часом матиме наслідком розвиток інфекції з наступним утво-

ренням періапикальних запальних процесів інфекційного генезу[3,4].

Однак у разі відсутності їх нахилу більше 15 градусів, патологічної стертості та за наявності достатньої товщини твердих тканин зубів є можливість зберегти судинно-нервовий пучок опорних зубів, залишаючи їх вітальними [5].

Оцінити функціональний стан, резервні сили пародонту опорних зубів дозволяють такі методи, як електроодонтодіагностика, дентинометрія та гнатодинамометрія, а про ефективність проведеного лікування з огляду на стан слизової оболонки ясен можна стверджувати, провівши оцінку ротової порожнини із застосуванням гігієнічних індексів у пацієнтів як з вітальними, так із депульпованими опорними зубами [6,7]. Це допоможе обґрунтувати обрання ефективного та раціонального способу лікування.

Мета роботи: проведення оцінки стану гігієни ротової порожнини з використанням стоматологічних індексів у пацієнтів з вітальними та депульпованими зубами з наступним порівнянням ефективності обраних способів лікування в залежності від функціонального стану опорних зубів.

Матеріал і методи дослідження

Проведення індексної оцінки було виконано пацієнтам всіх вікових груп, які були запротезовані пропонуваним нами методом. Всього під час проведення роботи було обстежено 80 пацієнтів основної та 60 пацієнтів контрольної групи трьох вікових груп: 26 пацієнтів віком 30-39 років, 29 пацієнтів – 40-49 років та 28 пацієнтів – 50-59 років відповідно. Пацієнтів контрольної групи обстежували лише один раз. Пацієнтів з основної групи для проведення індексної оцінки було поділено відповідно на дві підгрупи: з вітальними зубами – 33 пацієнти та депульпованими – 47 пацієнтів. Всього в основній групі пацієнтів, де було проведено лікування особам з вітальними та девітальними опорними зубами, складало: 26 пацієнтів віком 30-39 років, 29 пацієнтів – 40-49 років та 28 пацієнтів – 50-59 років відповідно. Всім зазначеним пацієнтам основної групи з вітальними опорними зубами із частковими включеними дефектами зубних рядів та наявністю дефектів коронкової частини було проведено препарування запропонуваним нами методом та виготовлено суцільнолітні металокерамічні незнімні протези.