

ДИНАМІКА КИСЛОТНО-ЛУЖНОЇ РІВНОВАГИ В ПОРОЖНИНІ РОТА У ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА, ПОЄДНАНИМИ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

В. М. Кулигіна, А. В. Капиця

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Резюме

Изучены динамика секреции слюны и состояние кислотно-щелочного равновесия в 51 больного основной группы с сочетанным поражением слизистой оболочки полости рта и ревматоидным артритом в возрасте от 34 до 62 лет в процессе проведения разработанных лечебно-профилактических мероприятий по сравнению с традиционными в 49 пациентов с идентичной патологией. 25 молодых здоровых лиц без поражений слизистой оболочки полости рта и сопутствующих заболеваний служили контролем. Установленные нормализация рН среды, характер слюноотделения и стабилизация кислотно-щелочного равновесия подтвердили высокую эффективность разработанного лечебно-профилактического метода при заболеваниях слизистой оболочки полости рта с сопутствующим ревматоидным артритом.

Ключевые слова: заболевания слизистой оболочки полости рта, ревматоидный артрит, скорость слюноотделения, кислотно-щелочное равновесие, лечение, профилактика.

Summary

Dynamics of saliva secretion and acid-base balance state in 51 patients of the basic group who have diseases of oral cavity associated with rheumatoid arthritis and aged from 34 to 62 years were investigated in the process of developed treatment and preventive measures in 49 patients with identical pathology. 25 young healthy people without oral problems and accompanying diseases were also investigated. The

established normalization of pH and salivation character, as well as acid-base balance stabilization confirmed high effectiveness of developed treatment and preventive measures with diseases of oral cavity associated with rheumatoid arthritis.

Key words: diseases of oral mucosa, rheumatoid arthritis, salivation rate, acid-base balance, treatment and prevention.

Література

1. Банченко Г.В. Язык – «зеркало» организма: [клин. рук-во для врачей]] / Г.В. Банченко, Ю.М. Максимовский, В.М. Гринин. – М.: Б.и., 2000. – 407 с.
2. Белоклицкая Г.Ф. Клинико-иммунологические особенности генерализованного пародонтита, ассоциированного с разными формами ревматоидного артрита / Г.Ф. Белоклицкая, А.М. Воробьева, Н.В. Цецура // Пародонтология. - 2010. - №4. - С. 3-6.
3. Гришкян А.Р. Особенности оказания терапевтической стоматологической помощи больным ревматоидным артритом (без поражения слюнных желез): автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / Гришкян А. Р. – М., 2008. – 128 с.
4. Гулямов С.С. Оценка эффективности воздействия противомикробных средств в полости рта у детей с помощью pH-теста / С.С.Гулямов // Стоматология. – 2009. - №1. – С. 64-65.
5. Джанаев Т. И. Особенности стоматологической заболеваемости больных ревматоидным артритом, сочетающемся с синдромом Шёгрена: автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / Т. И. Джанаев. – М., 2008. – 15 с.
6. Есян Л.К. Роль местного лечения пародонтита в регуляции кислотно-основного равновесия в полости рта при сопутствующем сахарном диабете 2 типа/ Л.К. Есян // Вісник стоматології. – 2009. - №3. – С. 33-39.
7. Заболевания слизистой оболочки полости рта : [учеб. пособие] / [Н.Ф. Данилевский, В.К. Леонтьев, А.Ф. Несин, Ж.И. Рахний]. – М.: ОАО «Стоматология», 2001. – 271 с.

8. Зиньковская Е.П. Оценка на основании показаний рН-метрии эффективности очищения межзубного промежутка от зубного налета деревянной зубочисткой / Е.П. Зиньковская, А.Ж. Петрикас, В.А. Румянцев // Стоматология. – 2007. - №3. – С. 36-38.
9. Комплексная оценка действия жевательных резинок и конфет в полости рта / В.А.Румянцев, И.В. Наместникова, В.И. Митрофанов [и др.] // Стоматология. – 2005. - №2. – С. 29-35.
10. Кулигіна В.М. Стан кислотно-лужної рівноваги та характер слиновиділення у пацієнтів із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота, поєднаними з ревматоїдним артритом / В. М. Кулигіна, А. В. Капиця // Український стоматологічний альманах. – 2013. - № 3. – С. 20-23.
11. Особенности состояния кислотно-основного равновесия в полости рта у больных с патологией пищеварительного тракта / В.А.Румянцев, Л.К. Есяян, О.О.Толстова [и др.] // Стоматология. – 2009. - №5. – С. 27-30.
12. Румянцев В.А. Закономерности кислотно - основных процессов в полости рта и межзубных промежутках: автореф. дисс. на соискание уч. степени доктора мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / В.А. Румянцев. – М., 1999. – 23 с.
13. Румянцев В.А. Кривые рН после стимуляции протеолитической микрофлоры полости рта мочевиной (карбамидом) / В.А.Румянцев // Новое в стоматологии. – 1998. - №2. – С. 29-34.
14. Сравнительная оценка с помощью рН-тестов эффективности применения противомикробных средств в полости рта / В.А. Румянцев, М.В. Юсуфова, Н.В. Хютти [и др.] // Стоматология. – 2005. - №4. – С. 4-7.
15. Терапевтична стоматологія: [підруч. для студ. стом. ф-тів вищ. мед. закл. ІV рівня акред. -У 2-х т.; за ред. проф. А. К. Ніколішина. – Т.ІІ. – Полтава: Дивосвіт, 2007. – 280 с.

16. Щербаков А.С. Динамика кислотно-основного равновесия в полости рта у пациентов с ортопедическими конструкциями /А.С.Щербаков, В.А.Румянцев, И.С.Стойнова //Стоматология. – 2004. - №2. – С. 7-10.

Вступ

Існує певний стійкий зв'язок між станом слизової оболонки порожнини рота й аутоімунними захворюваннями сполучної тканини, серед яких найпоширеніший ревматоїдний артрит [1, 2, 3, 5, 7]. Проте нині недостатня увага приділяється вивченню впливу місцевих ушкоджувальних факторів на розвиток захворювань слизової оболонки порожнини рота із супутнім ревматоїдним артритом.

Сталість внутрішнього середовища організму - необхідна умова здійснення нормальних життєвих функцій людини. Однак порожнина рота є складною екосистемою, що підлягає шкідливій дії екзо- й ендогенних факторів [12]. Найчутливіша до їхньої дії головна складова місцевого гомеостазу - кислотно-основна рівновага, від стабільності якої залежить стан органів і тканин порожнини рота [11].

Усі зміни кислотно-лужної рівноваги в порожнині рота можуть бути з переважанням ацидозу або алкалозу [9, 12, 14, 16]. При цьому відбуваються патологічні зміни, які виходять за межі гомеостазу і призводять до суттєвих порушень структури і функції тканин та зумовлені життєдіяльністю ротової мікрофлори [6, 13].

Найбільш інформативним показником кислотно-лужного стану порожнини рота є рН ротової рідини. Розроблені ацидотичні й алкалотичні зсуви кислотно-основної рівноваги Стефаном і Румянцевим В.А. [4, 11, 13] за допомогою рН-тестів дають можливість оцінити її стан і стан регуляторних систем під дією різних лікувальних і профілактичних засобів. Разом із тим, у спеціальній медичній літературі відсутні дослідження характеру дестабілізації системи кислотно-лужної рівноваги в порожнині рота і методу її корекції в пацієнтів із

захворюваннями слизової оболонки порожнини рота, поєднаними з ревматоїдним артритом.

Мета дослідження: вивчення динаміки швидкості слиновиділення і кислотно-лужної рівноваги в порожнині рота в процесі лікування пацієнтів з ураженнями слизової оболонки порожнини рота, поєднаними з ревматоїдним артритом, за допомогою сахарозного та карбамідного рН-тестів.

Матеріали і методи дослідження

Для досягнення мети дослідження проведено обстеження 100 хворих із ураженням слизової оболонки порожнини рота і супутнім ревматоїдним артритом віком від 34 до 62 років, які склали основну групу, і 25 практично здорових осіб ідентичного віку, що склали групу контролю. Діагностували захворювання слизової оболонки порожнини рота за класифікацією Рыбакова А. И., Банченко Г. В. (цит. за Ніколішним А.К., 2007) [15], форми глоситів – за Банченко Г. В. и др. (2000) [1]. Розподіл хворих основної групи був такий: у 25 діагностований десквамативний глосит поверхневої форми, у 20 – гіперпластичної, у 36 – хронічний катаральний стоматит, у 19 – атрофічний глосит.

В усіх обстежених основної та контрольної груп визначали швидкість слиновиділення [6, 9] шляхом спльовування в градуйовану пробірку протягом 15 хв. після полоскання порожнини рота дистильованою водою. Швидкість слиновиділення у мл/хв. обчислювали за формулою:

$$Шс = V/T, \text{ де}$$

Шс- швидкість слиновиділення, V- об'єм виділеної слини в мл, T- час забору слини у хв.

Стан кислотно-основної рівноваги в порожнині рота оцінювали за допомогою найбільш інформативного водневого показника (рН) і за результатами сахарозного і карбамідного рН-тесту [8, 11, 16].

рН ротової рідини визначали за допомогою тесту Saliva Check.

Функціональну активність ацидогенної мікрофлори порожнини рота (за показником сахарозного рН-тесту) оцінювали за зміною водневого показника

змішаної слини з використанням тестового полоскання рота 20 мл 50% водного розчину сахарози протягом 30 с. У результаті отримували криву змін рН змішаної слини (криву Стефана), що характеризує метаболічну активність кислотопродукуючої мікрофлори порожнини рота.

Функціональну активність аміакпродукуючої мікрофлори (за показником карбамідного рН-тесту) оцінювали шляхом стимуляції ротової мікрофлори тестовим розчином сечовини (карбамідом): полоскання рота 15 мл 8% водним розчином карбаміду протягом 30 с. Отримували тестову карбамідну криву, що характеризувала метаболічну активність уреазопозитивної мікрофлори порожнини рота [16].

Для достовірного судження про склад ротової мікрофлори та її активність визначали різницю амплітуд тестових ацидотичних і алкалотичних кривих – показник R.

Для порівняння ефективності лікування пацієнтів за допомогою розробленого нами лікувально-профілактичного комплексу і традиційного методу всіх хворих із поєднаним ураженням слизової оболонки порожнини рота і ревматоїдним артритом поділили на дві групи: основну і порівнювальну. Хворі обох груп отримували відповідне системне лікування поєднаної патології: базисний протизапальний антиревматичний препарат «Лефлуномід» (у табл. 20 мг за добу), глюкокортикостероїдний препарат «Метипред» (у табл. 5-20 мг за добу, 2/3 дози вживають зранку, решту - до обіду) і нестероїдний протизапальний препарат «Мелоксикам» (у табл. 7,5-15 мг за добу).

Хворим основної групи (13 – із поверхневою формою десквамативного глоситу, 10 – із гіперпластичною формою, 18 – із хронічним катаральним стоматитом, 10 – з атрофічним глоситом) призначали таке лікування уражень слизової оболонки порожнини рота: зубна паста «Xerostom» фірми «Bioscosmetics Laboratories» (Іспанія); полоскання ротової порожнини препаратом «Октенідол» (розчин 1:5 протягом 30 с 2 рази за день 2 тижні); таблетки для розсмоктування «Декатилен» (по 1 табл. кожні 2 години протягом 8 днів); «Циклоферон» 5% лінімент аплікаційно на місця ураження 1 раз за день по 10-15 хв. протягом 2

тижнів; аплікації 3,44% масляного розчину вітаміну А 2 рази за день по 15-20 хв. протягом місяця; ультрафонофорез гепаринової мазі (по 2 рази за тиждень протягом 1 місяця, тривалість процедури 10 хв. за інтенсивності озвучування 0,4 Вт/см²); полівітамінний комплекс «Алфавіт» (по 1 табл. різного кольору 3 рази за день).

Пацієнти групи порівняння (відповідно – 12 осіб із поверхневою формою десквамативного глоситу, 10 – з гіперпластичною формою, 18 – із хронічним катаральним стоматитом, 9 – з атрофічним глоситом) отримували традиційне лікування: застосування зубної пасти «Sensodyne Total Care», призначення полівітамінного препарату «Дуовіт» (по 1 драже різного кольору 2 рази за день), полоскання порожнини рота препаратом «Орасепт» (3 рази за день протягом 2 тижнів) і використання кератопластичного препарату «Солкосерил» у вигляді аплікацій (1 раз за день протягом 2 тижнів).

Ефективність лікування хворих основної та порівнювальної груп оцінювали на основі визначення швидкості саливації, рН ротової рідини і показників амплітуд сахарозної та карбамідної кривих і їхньої різниці (коефіцієнт R) через 1 місяць після проведення лікувального комплексу.

Статистичну обробку отриманих результатів здійснювали за допомогою програм «Statgraphic 2.3» і «Microsoft Excel 2010», оцінюючи достовірність за критерієм t Ст'юдента.

Результати дослідження

Отримані попередні результати [10] спонукали до вивчення можливості використання стимульованих розчинами сахарози і карбаміду тестових змін рН змішаної слини для оцінки ефективності лікування пацієнтів із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота, поєднаними з ревматоїдним артритом.

Результати дослідження швидкості слиновиділення, рН ротової рідини і стану кислотно-лужної рівноваги за показниками сахарозної і карбамідної рН-тесту після лікування хворих основної і порівнювальної груп наведені в таблицях 1, 2, 3,4, 5.

З наведених у таблицях даних видно, що до лікування всі досліджувані показники основної групи хворих і групи порівняння були ідентичні та достовірно не відрізнялися між собою ($p > 0,05$). Проте після лікування середньостатистичні значення більшості показників дослідної групи були достовірно кращими порівняно з вихідним рівнем.

Результати обстеження хворих на десквамативний глосит поверхневої форми (табл.1) свідчили про позитивну динаміку показника сіалометрії відносно початкового рівня як у основній, так й порівнювальній групі. Так, після лікування пацієнтів основної групи швидкість слиновиділення склала $0,59 \pm 0,033$ мл/хв. (проти $0,25 \pm 0,02$ мл/хв. до лікування), в порівнювальній – $0,37 \pm 0,03$ мл/хв. (проти $0,26 \pm 0,037$ мл/хв.) із розбіжністю середньостатистичних значень 95-99,9%. Як видно з табл. 1, цей показник у хворих основної групи досягнув рівня здорових осіб групи контролю та достовірно не відрізнявся від останнього ($p_3 > 0,05$). Разом із тим, незважаючи на покращення, досліджуваний показник у групі порівняння був на 41,3% нижче такої групи контролю ($p_4 < 0,001$), що свідчило про невисоку ефективність традиційного методу лікування.

Аналіз результатів основного показника гомеостазу ротової порожнини – рН виявив, що конструкція іонів водню в ротовій рідині основної та порівнювальної груп у процесі лікування майже не змінилась і реакція змішаної слини залишилася слабколужною.

Між тим, у процесі лікування суттєво покращилися показники кислотно-лужної рівноваги, особливо амплітуда карбамідної тестової. Більш значним був показник амплітуди карбамідної кривої рН у основній групі хворих. У середньому він підвищився на 16,4% у основній групі ($p_1 < 0,01$) і лише на 1,6% - у порівнювальній ($p_2 > 0,05$). За використання декатилену й октенідолу також спостерігали пригнічення кислотопродукуючої мікрофлори, про що свідчили зміни амплітуд тестової сахарозної кривої рН у досліджуваних групах. Однак розбіжність значень показників після лікування відносно вихідного рівня як у основній, так і порівнювальній групі були статистично недостовірними (p_1 і $p_2 > 0,05$).

Привертає увагу різниця амплітуд тестових ацидотичних і алколітичних кривих у хворих основної групи з поверхневою формою десквамативного глоситу, поєднаною з ревматоїдним артритом, яка склала в середньому $+0,014$ (діапазон значень від $-0,16$ до $+0,2$), що, за даними В.А. Румянцева [13], свідчить про нормалізацію кислотно-лужної рівноваги в порожнині рота, на відміну від пацієнтів групи порівняння, в яких аналогічний показник склав $+0,12$ (діапазон значень від $+0,01$ до $+0,19$).

З урахуванням значень активності слинних залоз та характеру секреції слини в підтриманні гомеостазу ротової рідини [7] вивчено динаміку швидкості слиновиділення в процесі лікування хворих із гіперпластичною формою десквамативного глоситу, поєднаною з ревматоїдним артритом (табл.2). Аналіз величин швидкості саливації після лікування хворих основної та порівнювальної груп показав достовірне підвищення секреції слини (з $0,23 \pm 0,013$ до $0,58 \pm 0,035$ мл/хв., $p_1 < 0,001$) у пацієнтів основної групи і недостовірне (з $0,21 \pm 0,02$ до $0,24 \pm 0,034$ мл/хв., $p_2 > 0,05$) – у групі порівняння. Істотне покращення характеру слиновиділення у хворих дослідної групи супроводжувалось ідентичними змінами рН ротового середовища відносно вихідного рівня: $6,55 \pm 0,056$ - на початку лікування, $6,92 \pm 0,041$ – після лікування, при $p_1 < 0,001$. Це вказувало на нормалізацію процесу слиновиділення і пов'язаної з ним рН ротової рідини в цієї категорії та було свідченням позитивного впливу зубної пасти «Xerostom» і таблеток для розсмоктування «Декатилен». На відміну від даної групи, у хворих групи порівняння розбіжність значень цього показника мала нижчий ступінь достовірності ($p_2 < 0,05$) і статистично значиму різницю порівняно з практично здоровими особами ($p_4 < 0,001$).

При постановці сахарозного рН-тесту найвищий ступінь пригнічення як кислотопродукції ротовою мікрофлорою продемонструвало використання препарату «Октенідол». При цьому середньостатистична величина амплітуди тестової сахарозної рН кривої в основній групі після лікування зменшилася в 1,4 раза. Це сприяло достовірному росту амонійпродукуючої мікрофлори і, відповідно, нормалізації кислотно-лужної рівноваги, що наочно видно з

результату показника R, який склав +0,04, із діапазоном значень від +0,02 до +0,1. Натомість у хворих групи порівняння в процесі лікувально-профілактичних заходів зниження показника тестової сахарозної рН кривої і підвищення карбамідної склало, відповідно, 12% ($p_2 > 0,05$) і 16,3% ($p_2 < 0,05$). Незважаючи на вміст антисептичного засобу «Орасепт» (фенол 1,4%, гліцерин, сахарин натрію) в складі традиційного лікування, його вплив на амплітуди тестових сахарозної та карбамідної кривих був відповідно в 2,5 і 3,3 рази слабше, ніж за використання «Октенідолу» і «Декатилену» в основній групі хворих.

Вивчення швидкості саливації після лікування основної групи хворих на хронічний катаральний стоматит, поєднаний із ревматоїдним артритом (табл. 3), виявило істотне збільшення показника більше ніж удвічі ($p_1 < 0,001$). Натомість у групі порівняння незначне збільшення цього показника (з $0,32 \pm 0,026$ до $0,36 \pm 0,019$ мл/хв.) мало меншу, ніж допустимо в медичних дослідженнях, достовірність різниці ($p_2 > 0,05$).

Позитивними змінами характеризувався і водневий показник ротової рідини як у основній, так і порівнювальній групі обстежених пацієнтів. Так, у хворих основної групи з поєднаним хронічним катаральним стоматитом і ревматоїдним артритом середньостатистичні значення рН ротової рідини збільшилися з $6,6 \pm 0,07$ до $7,0 \pm 0,04$ ($p_1 < 0,001$), порівняльної – з $6,7 \pm 0,08$ до $6,91 \pm 0,061$ ($p_2 < 0,05$) і дорівнювали групі контролю ($7,024 \pm 0,051$) та достовірно не відрізнялися від неї ($p_3, p_4 > 0,05$).

Водночас характер регуляції кислотно-лужної рівноваги за показниками повільно і швидко реагуючих компонентів ротової рідини в обох групах хворих був різним. При цьому, в пацієнтів основної групи із запальними захворюваннями слизової оболонки порожнини рота використання розробленого лікувально-профілактичного комплексу сприяло пригніченню амонійпродукуючої мікрофлори за вірогідного підвищення кислотоутворюючої. Отож, різниця в пропорції ацидотичної й алколітичної ротової мікрофлори в цій групі хворих склала +0,05 (діапазон значень від -0,16 до +0,13) та свідчила про високу ефективність розробленого методу. Натомість досліджуваний показник R

у групі порівняння склав +0,22 при діапазоні розбіжностей значень від +0,09 до +0,41, що вказувало на невисоку ефективність використання традиційних методів лікування.

Згідно з поданими даними визначення кислотно-лужної рівноваги і швидкості саливації після лікування хворих з атрофічним глоситом, поєднаним з ревматоїдним артритом (табл. 4), значимої різниці показників відносно початкового рівня як у основній, так і порівнювальній групі, майже не встановлено. Лише швидкість виділення слини після лікування хворих основної групи підвищена в 2,5 раза порівняно з вихідним рівнем ($p_1 < 0,001$). В інших дослідженнях незначні коливання були недостовірними ($p_1, p_2 > 0,05$), а співвідношення значень алкогенної й ацидогенної тестових кривих склали в середньому +0,07 і +0,06 (відповідно в основній і порівнювальній групі хворих). Однак, слід зазначити, що, незважаючи на ідентичний характер змін досліджуваних показників, середньостатистичні значення після лікування хворих групи порівняння були гірші, ніж у основній групі, та в переважній більшості з високим ступенем розбіжності різниці (95 – 99,9%) відрізнялися від групи здорових осіб контрольної групи.

Висновки

1. Порівняльна оцінка показників сіалометрії, концентрації H^+ у ротовій рідині, амплітуд тестових ацидотичних і алколітичних кривих та їх різниці виявила, що на фоні нормалізації рН середовища і слиновиділення відбувається стабілізація систем регуляції кислотно-лужної рівноваги, що підтверджувало високу ефективність розробленого методу лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота із супутнім ревматоїдним артритом.

2. Методика визначення амплітуд сахарозної та карбамідної кривих і розрахунок їх співвідношення дає можливість здійснювати індивідуальний підбір засобів, що впливають на мікрофлору порожнини рота, і контролювати їхню ефективність.

3. Використання препаратів «Октенідол», «Декатилен», «Циклоферон» та гігієнічних засобів (зубної пасти «Xerostom») дозволило виявити їхній

сприятливий вплив на швидкість слиновиділення, показники концентрації іонів водню й амплітуд у сахарозної та карбамідної кривих у пацієнтів із поєднаними ураженнями слизової оболонки порожнини рота і ревматоїдним артритом.

4. Дані засоби в комплексі лікувально-профілактичних заходів при захворюваннях слизової оболонки порожнини рота із супутнім ревматоїдним артритом найактивніше пригнічують кислотопродукуючу мікрофлору у хворих із високим рівнем КПВ (при гіперпластичній формі десквамативного глоситу) і уреазопродукуючу – в пацієнтів із запальними ураженнями слизової оболонки порожнини рота (при хронічному катаральному стоматиті).

5. Достатньо сильний вибірковий вплив на кислото- й уреазопродукуючу мікрофлору ротової порожнини цих засобів дозволяє їх віднести до групи переважного використання в лікуванні зазначеної групи хворих.

Перспективою подальших досліджень є розробка і впровадження в практичну діяльність методу лікування і профілактики захворювань слизової оболонки порожнини рота, поєднаних із ревматоїдним артритом, та оцінка його ефективності за відповідними показниками.

Таблиця 1

Показники кислотно-основної рівноваги і швидкості саливації у хворих десквамативним глоситом, поверхневою формою, поєднаним з ревматоїдним артритом після лікування

Показники кислотно-основної рівноваги і швидкості слиновиділення	Контрольна група (n=25)	Основна група (n=13)		Порівнювальна група (n=12)	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
рН	7,024±0,051	6,92±0,034	6,99±0,026	6,89±0,074	6,92±0,069
		P>0,05			
		P ₁ >0,05	P ₃ >0,05	P ₂ >0,05	P ₄ >0,05
Амплітуда карбамідної тестової кривої	0,57±0,005	0,61±0,035	0,51±0,03	0,62±0,015	0,61±0,012
		P>0,05			
		P ₁ <0,01	P ₃ <0,05	P ₂ >0,05	P ₄ <0,01
Амплітуда сахарозної тестової кривої	0,54±0,007	0,45±0,04	0,5±0,02	0,48±0,039	0,49±0,02
		P >0,05			
		P ₁ >0,05	P ₃ >0,05	P ₂ >0,05	P ₄ <0,05
Швидкість слиновиділення, мл/хв	0,63±0,034	0,25±0,02	0,59±0,033	0,26±0,037	0,37±0,03
		P >0,05			
		P ₁ <0,001	P ₃ >0,05	P ₂ <0,05	P ₄ <0,001

Примітки:

P – достовірність різниці показників основної і порівнювальної групи до лікування.

P₁ - достовірність різниці показників основної групи до і після лікування.

P₂ - достовірність різниці показників порівнювальної групи до і після лікування.

P₃ – достовірність різниці показників основної групи після лікування з групою контролю.

P₄ – достовірність різниці показників порівнювальної групи після лікування з групою контролю.

Таблиця 2

Показники кислотно-основної рівноваги і швидкості саливації у хворих на десквамативний глосит гіперпластичної форми, поєднаний із ревматоїдним артритом, після лікування

Показники кислотно-основної рівноваги і швидкості слиновиділення	Контрольна група (n=25)	Основна група (n=10)		Порівнювальна група (n=10)	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
рН	7,024±0,051	6,55±0,056	6,92±0,041	6,55±0,048	6,7±0,045
		P>0,05			
		P ₁ < 0,001	P ₃ >0,05	P ₂ < 0,05	P ₄ < 0,001
Амплітуда карбамідної тестової кривої	0,57±0,005	0,34±0,03	0,57±0,02	0,36±0,04	0,43±0,014
		P>0,05			
		P ₁ < 0,001	P ₃ >0,05	P ₂ >0,05	P ₄ < 0,001
Амплітуда сахарозної тестової кривої	0,54±0,007	0,73±0,02	0,53±0,019	0,74±0,03	0,66±0,03
		P>0,05			
		P ₁ < 0,001	P ₃ >0,05	P ₂ <0,05	P ₄ < 0,001
Швидкість слиновиділення, мл/хв	0,63±0,034	0,23±0,013	0,58±0,035	0,21±0,02	0,24±0,034
		P>0,05			
		P ₁ < 0,001	P ₃ >0,05	P ₂ >0,05	P ₄ < 0,001

Примітки:

P – достовірність різниці показників основної і порівнювальної груп до лікування;

P₁ - достовірність різниці показників основної групи до і після лікування;

P₂ - достовірність різниці показників порівнювальної групи до і після лікування;

P₃ – достовірність різниці показників основної групи після лікування з групою контролю;

P₄ – достовірність різниці показників порівнювальної групи після лікування з групою контролю.

Таблиця 3

Показники кислотно-основної рівноваги і швидкості саливації у хворих на хронічний катаральний стоматит, поєднаний із ревматоїдним артритом, після лікування

Показники кислотно-основної рівноваги і швидкості слиновиділення	Контрольна група (n=25)	Основна група (n=18)		Порівнювальна група (n=18)	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
рН	7,024±0,051	6,6±0,07	7,0±0,04	6,7±0,08	6,91±0,061
		P>0,05			
		P ₁ <0,001	P ₃ >0,05	P ₂ <0,05	P ₄ >0,05
Амплітуда карбамідної тестової кривої	0,57±0,005	0,69±0,02	0,57±0,027	0,73±0,016	0,66±0,02
		P>0,05			
		P ₁ >0,05	P ₃ >0,05	P ₂ <0,001	P ₄ <0,001
Амплітуда сахарозної тестової кривої	0,54±0,007	0,37±0,02	0,5±0,02	0,38±0,02	0,43±0,016
		P>0,05			
		P ₁ <0,001	P ₃ >0,05	P ₂ >0,05	P ₄ <0,001
Швидкість слиновиділення, мл/хв	0,63±0,034	0,29±0,024	0,59±0,021	0,32±0,026	0,36±0,019
		P>0,05			
		P ₁ <0,001	P ₃ >0,05	P ₂ >0,05	P ₄ <0,001

Примітки:

P – достовірність різниці показників основної і порівнювальної груп до лікування;

P₁ - достовірність різниці показників основної групи до і після лікування;

P₂ - достовірність різниці показників порівнювальної групи до і після лікування;

P₃ – достовірність різниці показників основної групи після лікування з групою контролю;

P₄ – достовірність різниці показників порівнювальної групи після лікування з групою контролю.

Таблиця 4

Показники кислотно-основної рівноваги і швидкості саливації у хворих на атрофічний глосит, поєднаний із ревматоїдним артритом, після лікування

Показники кислотно-основної рівноваги і швидкості слиновиділення	Контрольна група (n=25)	Основна група (n=10)		Порівнювальна група (n=9)	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
рН	7,024±0,051	6,87±0,05	6,9±0,04	6,83±0,08	6,84±0,047
		P>0,05			
		P ₁ >0,05	P ₃ >0,05	P ₂ >0,05	P ₄ < 0,01
Амплітуда карбамідної тестової кривої	0,57±0,005	0,56±0,019	0,58±0,017	0,55±0,018	0,56±0,013
		P>0,05			
		P ₁ >0,05	P ₃ >0,05	P ₂ >0,05	P ₄ >0,05
Амплітуда сахарозної тестової кривої	0,54±0,007	0,49±0,02	0,51±0,02	0,48±0,019	0,5±0,017
		P>0,05			
		P ₁ >0,05	P ₃ >0,05	P ₂ >0,05	P ₄ <0,05
Швидкість слиновиділення, мл/хв	0,63±0,034	0,23±0,02	0,57±0,032	0,25±0,02	0,28±0,034
		P>0,05			
		P ₁ < 0,001	P ₃ >0,05	P ₂ >0,05	P ₄ < 0,001

Примітки:

P – достовірність різниці показників основної і порівнювальної груп до лікування;

P₁ - достовірність різниці показників основної групи до і після лікування;

P₂ - достовірність різниці показників порівнювальної групи до і після лікування;

P₃ – достовірність різниці показників основної групи після лікування з групою контролю;

P_4 – достовірність різниці показників порівнювальної групи після лікування з групою контролю.

Таблиця 5

Показник різниці амплітуд сахарозної та карбамідної тестових кривих у пацієнтів із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота, що поєднані з ревматоїдним артритом

Обстежені хворі	Основна група		Порівняльна група	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Хворі на десквамативний глосит поверхневої форми (n=13, n=12)	0,16 ± 0,05	0,014 ± 0,03	0,14 ± 0,03	0,12 ± 0,02
Хворі на десквамативний глосит гіперпластичної форми (n=10, n=10)	-0,39±0,04	0,04 ± 0,009	-0,38±0,056	-0,22± 0,03
Хворі на хронічний катаральний стоматит (n=18, n=18)	0,32 ± 0,02	0,05 ± 0,018	0,33± 0,014	0,22± 0,02
Хворі на атрофічний глосит (n=10, n=9)	0,08±0,012	0,07±0,011	0,07±0,016	0,06±0,016
Контрольна група (n=25) 0,04 ± 0,009				