

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР  
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
ІМ. П.Л. ШУПИКА  
ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ УКРАЇНИ  
УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

## **ПОГАНИЙ ЗАПАХ З РОТА**

**Клінічна настанова, заснована на доказах**

**Склад мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання клінічної настанови**

Матюха Лариса Федорівна	завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина»;
Ліщишина Олена Михайлівна	директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.м.н., ст.н.с.;
Василевська Ірина Василівна	доцент кафедри сімейної медицини Факультету післядипломної освіти Державного закладу «Дніпропетровська медична академія України», к.м.н., доцент;
Круть Анатолій Григорович	доцент кафедри ортодонції Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.м.н.;
Пучкова Надія Володимирівна	лікар-статистик комунального закладу «Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики» Дніпропетровської обласної ради», головний позаштатний спеціаліст з загальної практики-сімейної медицини Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації;
Фастовець Олена Олександрівна	завідувач кафедри ортопедичної стоматології Державного закладу «Дніпропетровська медична академія України», д.м.н., доцент;
Хандюк Едуард Володимирович	завідувач Почино-Софієвської амбулаторії загальної практики-сімейної медицини Магдалинівського району Дніпропетровської області;
Чухрієнко Неонілла Дмитрівна	професор кафедри сімейної медицини Факультету післядипломної освіти Державного закладу «Дніпропетровська медична академія України», д.м.н., професор.

**Методологічний супровід та інформаційне забезпечення**

Горох Євгеній Леонідович	начальник відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.т.н.;
Мельник Євгенія Олександрівна	начальник відділу доказової медицини Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»;
Мігель Олександр Володимирович	завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»;

Шилкіна Олена  
Олександрівна

начальник відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

**Державний експертний центр МОЗ України є членом**

**Guidelines International Network  
(Міжнародна мережа настанов)**



**Рецензенти:**

Данилюк Світлана  
Володимирівна

доцент кафедри сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, к.м.н.;

Пасієшвілі Людмила  
Михайлівна

завідувач кафедри загальної практики-сімейної медицини та внутрішніх хвороб Харківського національного медичного університету, д.м.н., професор.

**Перегляд клінічної настанови заплановано на 2019 рік**

## ЗМІСТ

Список скорочень .....	5
Передмова робочої групи.....	5
1. Поганий запах з рота (халітоз) – резюме.....	7
2. Наскільки ця тема актуальна? .....	8
3. Як оновлювалася ця тема? .....	8
3.1. Зміни .....	8
3.2. Оновлення.....	8
3.2.1. Нові докази .....	8
3.2.2. Нова політика .....	9
3.2.3. Нові попередження з техніки безпеки .....	9
3.2.4. Зміни в доступності продукту .....	9
4. Мета та заходи для досягнення результату.....	9
5. Довідкова інформація.....	9
5.1. Визначення .....	9
5.2. Причини халітозу.....	9
5.3. Поширеність халітозу.....	11
6. Діагноз і оцінка халітозу .....	11
6.1. Діагностика.....	11
6.2. Оцінка .....	12
7. Ведення пацієнтів з халітозом .....	15
7.1. Ведення пацієнтів з халітозом.....	15
7.2. Порада щодо особистої гігієни порожнини рота.....	17
7.3. Направлення .....	19
8. Докази .....	20
8.1. Підтверджуючі докази.....	20
8.1.1. Рідини для полоскання ротової порожнини.....	20
8.1.2. Очищення язика .....	21
8.1.3. Зубні пасти .....	22
8.1.4. Допоміжні засоби для чищення міжзубних проміжків.....	23
8.1.5. Жувальна гумка .....	23
8.1.6. Спреї для ротової порожнини.....	23
8.1.7. Ерадикація <i>H. pylori</i> .....	24
8.2. Стратегія пошуку .....	24
9. Список літератури .....	26

## СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

КН	Клінічна настанова
МКХ-10	Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
РКД	Рандомізоване контрольоване дослідження
ШКТ	Шлунково-кишковий тракт
CKS	Електронний ресурс «Резюме клінічних знань» від NICE (англ. Clinical Knowledge Summaries)
NICE	Національний інститут клінічної досконалості (англ. National Institute for Health and Care Excellence)
ЛСС	Леткі сполуки сірки
MeSH	Медичні предметні рубрики (англ. Medical Subject Headings)
ABPI	Асоціація фармацевтичної промисловості Великої Британії (англ. Association of the British Pharmaceutical Industry)
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України

## ПЕРЕДМОВА РОБОЧОЇ ГРУПИ

*Процес діагностики захворювань лікарем загальної практики суттєво відрізняється від аналогічного процесу в системі спеціалізованої медичної допомоги.*

*На відміну від стаціонару лікарні амбулаторна сфера зосереджується на хворобах пацієнта, що мають (навіть при однаковому діагнозі) більш легкі форми перебігу із сприятливим прогнозом. Ті пацієнти, у яких перебіг хвороби більш тяжкий або є проблеми зі встановленням діагнозу, найчастіше направляються на вторинну медичну допомогу. Істотну частину показань до лікування на первинній медичній допомозі становить більшість легких хвороб або проблем з області соціально залежної патології. Внаслідок цього між лікарнею і амбулаторією, поряд з виразними відмінностями у можливостях діагностичного спектру, існує також виразне розмежування в рамках одного діагнозу.*

*При організації процесів первинної медичної допомоги застосовуються спеціальні методи і підходи, засновані на знанні особливостей окремих пацієнтів та їх родин, соціального оточення, що формується на основі довгострокових контактів. Ключовим елементом у цьому є клінічна епідеміологія. Поширення хвороб досліджують з різних точок зору. Наприклад, соціальний шар, місце проживання, вік, стать та ін. Знання з клінічної епідеміології дозволяють лікарю загальної практики зосереджувати свою діяльність на найбільш поширених хворобах територіальної громади у якій він живе і працює.*

*Також лікар первинної медичної допомоги стикається з необхідністю приймати важливі клінічні рішення в умовах недостатньої інформації, отриманої при клінічному і лабораторно-інструментальному обстеженні. Симптоми не завжди проявляються на ранніх стадіях у певного пацієнта, або виявляються занадто неспецифічними та властивими широкому колу хвороб. Тому найважливіше значення при прийнятті клінічних рішень у сімейній медицині відіграє поняття контрольованого ризику.*

*Контрольований ризик передбачає «використання часу як інструменту» для ведення пацієнтів із хворобами на ранніх стадіях. Якщо найбільш тяжку патологію вдалося виключити, ухвалення клінічного рішення до одержання додаткової інформації можна відкласти. Тому в межах окремої консультації лікар первинної медичної допомоги не завжди встановлює остаточний клінічний діагноз.*

*У деяких випадках на основі синдрому, який він виявив, лікар може поставити попередній діагноз і визначити діагностично-лікувальний маршрут пацієнта, користуючись відповідними наказами МОЗ України.*

*Лікар первинної медичної допомоги працює в ситуаціях коли невизначена межа між здоров'ям ат патологією. При цьому в прийнятті рішень він повинен поєднувати гуманістичні, етичні та соціальні аспекти із клінічними (медичними) аспектами. Такий*

комплексний інтегрований підхід є однією із ключових характеристик первинної медичної допомоги. Однак в Україні такий підхід ще не набув достатнього поширення і лікарі (навіть первинної ланки) дотримуються біомедичної моделі, більш характерної для спеціалізованої медичної допомоги. Звичайні та поширені в Україні діагностичні класифікації враховують тільки медичні аспекти нездоров'я. Наразі лікарі первинної медичної допомоги кодують діагнози за МКХ-10, в тому числі на ранніх, недиференційованих (і часто оборотних) стадіях хвороби. Такі підходи можуть призводити до численних діагностичних помилок.

Звичайні діагностичні критерії погано передають як багатовимірність, так і різноманітність показань до лікування в загальній медицині. Це стосується і хвороб, які можуть саморозрішуватися і без активного медичного втручання. З 20-ти найбільш частих діагнозів у загальній медицині (первинна медична допомога) в кращому випадку тільки половина мають показання до лікування. Зовсім по-іншому виглядає це у лікарів інших спеціальностей.

Іноді на первинній медичній допомозі біомедичну причину хвороби виявити не вдається, а іноді такої причини і не існує взагалі. Іноді лікарю первинної медичної допомоги доводиться проводити значну кількість консультацій тільки для того, щоб переконати клінічно здорового, але недовірливого пацієнта у відсутності у нього хвороби. Наявність у пацієнтів первинної медичної допомоги великої кількості проблем, що не відповідають стандартним біомедичним діагнозам, робить зрозумілою проблематику прив'язки показань до лікування в загальній медицині (первинній медичній допомозі): часто постановка діагнозу тут навряд чи можлива.

Діагнози, які орієнтовані на клінічну медицину, часто не повинні лікуватися на первинній медичній допомозі. А в якості показань до лікування поряд з класичними діагнозами часто наводяться симптоми і синдроми. Найбільш адекватним підходом у таких випадках є застосування синдромального підходу і запровадженні власної класифікації для первинної медичної допомоги.

#### **Практичний підхід до поганого запаху з рота (халітозу)**

Ці рекомендації розроблені для лікарів первинної медичної допомоги. На цьому рівні клінічні настанови (КН) повинні ґрунтуватися на мінімальній кількості клінічних ознак і симптомів для визначення правильного алгоритму дій: направлення пацієнтів з поганим запахом з рота (далі – халітоз) для подальшого обстеження або додаткових обстежень з метою діагностики або зміни їх лікування; проведення амбулаторного лікування з урахуванням рекомендацій консультантів щодо конкретизації лікування або допоміжних заходів.

Заклади первинної медичної допомоги є сполучною ланкою між системою охорони здоров'я та громадами і успіх системи охорони здоров'я багато в чому залежить від їх взаємодії.

Вимоги до надання послуг медичними працівниками базуються на необхідності комплексного підходу, маючи на увазі, що важливі рішення щодо проведення амбулаторного або стаціонарного лікування для пацієнтів приймаються в умовах обмежених діагностичних можливостей. Коли медичні працівники мають обмежений діагностичний лабораторно-інструментальний арсенал, їх рішення щодо різних хвороб мають бути засновані на синдромному підході.

Халітоз – проблема, що зустрічається нерідко і може бути проявом деяких загрозливих хвороб. Практично у той чи інший час усі стикаються з проблемою халітозу, а чверть населення страждає від цього регулярно.

У більшості випадків це являє собою психологічну проблему, якщо не для самої особи, то для її оточення, зменшує можливості спілкування. КН необхідна тому, що є потреба стандартизувати ведення пацієнтів з халітозом на рівні первинної медичної допомоги. Прості правила ведення таких пацієнтів і алгоритми необхідні для швидкого розподілу

пацієнтів, прийняття відповідних рішень та ефективної координації між різними видами медичної допомоги.

Сподіваємося, що викладені в КН рекомендації, покращать результати роботи спеціалістів в амбулаторних умовах.

Розроблена КН:

- описує стандартизовані підходи до ведення випадків пацієнтів з халітозом;
- дозволяє диференційовано підходити до цієї категорії пацієнтів, визначати ситуації, які можуть свідчити про серйозні системні хвороби: хвороби ЛОР-органів (ніс, приносіві пазухи, глотка, лімфоглоткове кільце), шлунково-кишкового тракту, патологія щитовидної залози, патологія бронхо-легеневої системи тощо;
- визначає, стани які загрожують здоров'ю; які є проявами шкідливих звичок і можуть служити важелем для відмови від них.

КН розкриває суб'єктивні умови сприйняття запаху, дає рекомендації лікарю як навчати пацієнтів визначати у себе наявність халітозу і користування засобами боротьби з цією проблемою.

### **Синтез настанови**

Дана клінічна настанова адаптована для системи охорони здоров'я України.

Прототипом настанови із ведення дорослих з халітозом стали рекомендації з електронного ресурсу для первинної медичної допомоги Великої Британії – CKS. Ресурс CKS (<http://cks.nice.org.uk>) забезпечує лікарів первинної медичної допомоги резюме найкращих наявних даних для практичного застосування в доступному і зручному для використання форматі.

На сьогоднішній день, сервіс CKS містить клінічні рекомендації з понад 330 тем, що стосуються найбільш поширених і/або найбільш важливих станів (хвороб) в первинній медичній допомозі.

## **1. ПОГАНИЙ ЗАПАХ З РОТА (ХАЛІТОЗ) – РЕЗЮМЕ**

**Halitosis** (халітоз) – поганий запах (неприємний запах) з рота – є загальним терміном для опису неприємного або відчутного запаху при диханні, незалежно від причини запаху.

Халітоз може бути класифікований:

**Непатологічний** – виникає тимчасово після прийому певної їжі і напоїв (наприклад, цибуля, часник, алкоголь).

**Патологічний** – це зазвичай стійкий запах, що є більш інтенсивним та рецидивує. Причини включають хвороби порожнини рота, органічні хвороби шлунково-кишкового тракту, носоглотки.

**Псевдохалітоз**: коли особа вважає, що вона має халітоз, але реально його немає. Це може бути розцінено як екстремальна халітофобія.

У 80–90% людей з постійним халітозом є проблеми з органами ротової порожнини. Загальні проблеми халітозу включають:

Недостатня гігієна порожнини рота (зокрема, нашарування на язичі).

Куріння.

Хвороби тканин пародонта.

Сухий рот (ксеростомія).

Зубні протези і недостатній гігієнічний догляд за ними.

Карієс зубів та його ускладнення.

Інша патологія порожнини рота та зубів.

Усі пацієнти із стоматологічними хворобами або підозрою на злоякісні утворення з локалізацією в порожнині рота, повинні бути направлені до відповідних спеціалістів.

Якщо жодна патологічна причина не ідентифікована, рекомендація має включати:

пропонувати пацієнтам поради щодо гігієни порожнини рота – зуби чистити двічі на день, очищати міжзубний простір за допомогою відповідних засобів, застосування

антибактеріальної рідини та/або пасти для ротової порожнини, рекомендувати чищення язика;

порадити особисто відвідати стоматолога, якщо має місце недостатня гігієна порожнини рота або зубного протеза. Направлення до стоматолога треба розглядати для усіх людей з халітозом;

даючи пораду щодо скорочення факторів ризику щодо халітозу звертають увагу на уникнення продуктів і напоїв, які завідомо викликають короткотривалий халітоз; а також спробу припинення куріння і використання тютюну для жування; лікування сухості слизової оболонки ротової порожнини, збільшуючи кількість рідини, смоктати цукерки або жувати жувальну гумку що не містять цукру, а також розглянути питання щодо використання штучної слини;

звернути увагу, що зубні протези необхідно чистити перед сном та бажано знімати вночі; акцентувати, що потрібна консультація стоматолога, якщо виникають проблеми з зубними протезами;

радити регулярні огляди зубів, зокрема для проведення заходів професійної гігієни порожнини рота.

Емпіричне лікування антибіотиками і ерадикація *H. pylori* шлункі не рекомендовані.

Для людей без виявленого халітозу:

запевнити що халітоз відсутній;

може бути запідозрена можливість псевдохалітозу або халітофобія, якщо особа має хороший стан зубів та порожнини рота;

якщо має місце виражена халітофобія, треба обговорити направлення на консультацію до психолога.

***Коментар робочої групи:** практично всі люди в той чи інший час зіштовхуються з проблемою халітозу, а приблизно чверть населення страждає від неї регулярно. Сама людина не завжди звертає увагу на свій власний запах з рота і тому не знає, що він неприємний. А деякі люди можуть мати перебільшені побоювання з приводу свого дихання.*

## 2. НАСКІЛЬКИ ЦЯ ТЕМА АКТУАЛЬНА?

Інформація актуальна для осіб, віком від 12-ти років та старших.

Ця тема СКС розкриває можливості медичного впливу на халітоз.

Ця тема СКС не розкриває оцінку і управління проблемами порожнини рота (у тому числі халітозом) у людей, які одержують паліативну терапію і догляд. Це розкривається в темі СКС «[Paliative cancer care – oral](#)».

Є окремі теми СКС: «[Candida – oral](#)», «[Dental abscess](#)», «[Gingivitis and periodontitis](#)», «[Head/neck cancer – suspected](#)», та «[Herpes simplex – oral](#)»

Цільовою аудиторією для цієї теми СКС є медичні спеціалісти, які працюють в Національній охороні здоров'я у Великій Британії, а також співробітники, які надають первинну медичну допомогу.

## 3. ЯК ОНОВЛЮВАЛАСЯ ЦЯ ТЕМА?

### 3.1. Зміни

Останній перегляд в січні 2010.

З вересня 2009 до січня 2010 – це нова тема СКС. Доказова база була детально розглянута, рекомендації обґрунтовані на принципах доказової медицини.

### 3.2. Оновлення

#### 3.2.1. Нові докази

Немає настанов, заснованих на доказах з 1 серпня 2009 року.

Немає нових технологій оцінки стану здоров'я з 1 серпня 2009.

Немає нових економічних оцінок, доречних для Англії починаючи з 1 серпня 2009.



Систематичні огляди, опубліковані починаючи з останнього перегляду цієї теми:

Blom, T., Slot, D., Quirynen, M., and Van der Weijden, G. (2012) The effect of mouthrinses on oral malodour: a systematic review. *International Journal of Dental Hygiene* **10**(3), 209-222. [Abstract].

Kuo, Y.W., Yen, M., Fetzer, S., and Lee, J.D. (2013) Toothbrushing versus toothbrushing plus tongue cleaning in reducing halitosis and tongue coating: a systematic review and meta-analysis. *Nursing Research* **62**(6), 422-429. [Abstract].

Liou, J., Chen, C., Chen, M., et al. (2013) Sequential versus triple therapy for the first-line treatment of *Helicobacter pylori*: a multicentre, randomised trial. *Lancet* **381**(9862), 205-213. [Abstract].

Van der Sleen, M., Slot, D., Van Trijffel, E., et al. (2010) Effectiveness of mechanical tongue cleaning on breath odour and tongue coating: a systematic review. *International Journal of Dental Hygiene* **8**(4), 258-268. [Abstract].

Немає нових РКД, опублікованих в провідних журналах з 1 серпня 2009 року.

### 3.2.2. Нова політика

Немає нової національної політики або директив починаючи з 1 серпня 2009.

### 3.2.3. Нові попередження з техніки безпеки

Немає нових попереджень з техніки безпеки починаючи з 1 серпня 2009.

### 3.2.4. Зміни в доступності продукту

Немає змін у доступності продукту починаючи з 1 серпня 2009.

## 4. МЕТА ТА ЗАХОДИ ДЛЯ ДОСЯГНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТУ

### Мета

Для підтвердження діагнозу халітозу.

Для визначення оральних та неоральних причин халітозу.

Консультації щодо гігієни порожнини рота для усунення халітозу.

## 5. ДОВІДКОВА ІНФОРМАЦІЯ

### 5.1. Визначення

Халітоз – загальний термін для опису неприємного запаху при диханні, незалежно від причини запаху.

Халітоз може бути класифікований як:

**Непатологічний або перехідний** – явище тимчасове. Наприклад, після вживання в їжу певних продуктів харчування і напоїв (наприклад, цибуля, часник, алкоголь).

**Патологічний** – як правило, стійкий, більш інтенсивний запах. Причини включають хвороби порожнини рота та системні захворювання ШКТ та ЛОР-органів (ніс, приносні пазухи, глотка, лімфоглоткове кільце).

**Псевдохалітоз** – люди можуть вважати, що вони мають халітоз, не зважаючи на докази того, що говорять їм інші. Крайня форма цього – халітофобія.

[[Messadi and Younai, 2003](#); [Porter and Scully, 2006](#); [van den Broek et al, 2007](#); [Hughes and McNab, 2008](#); [Scully and Greenman, 2008](#); [van den Broek et al, 2008](#)]

### 5.2. Причини халітозу

Широко зустрічається **транзиторний халітоз**; може бути викликаний наступними причинами:

вживання деяких продуктів харчування (часник, цибуля, брюссельська капуста, редис, маринади тощо) та напоїв (наприклад, алкоголь);

тривала перерва у вживанні їжі, голод ([Scully and Greenman, 2008](#));

зниження слиновиділення під час сну.

У 80–90% людей з постійним халітозом є проблеми в ротовій порожнині. Поширені проблеми ротової порожнини, що викликають халітоз, включають: недостатня гігієна порожнини рота (нашарування на зубах та язичі); куріння; захворювання пародонту; сухість у роті (ксеростомія); поганий догляд за зубними протезами; інші хвороби ротової порожнини та зубів.

Причини халітозу, що не пов'язані з ротовою порожниною є менш поширеними та включають в себе: хвороби носа, носових пазух та носоглотки; хвороби дихальних шляхів; хвороби шлунково-кишкового тракту; системні хвороби; застосування лікарських засобів.

#### **Причини халітозу, що пов'язані з ротовою порожниною**

**У 80–90% людей причиною постійного халітозу є проблеми ротової порожнини.**

**Погана гігієна ротової порожнини є поширеною причиною халітозу.**

Халітоз спричиняється розкладанням під впливом бактерій залишків їжі у міжзубних проміжках, слини та інших субстратів (таких як кров, та гнійні виділення з носоглотки), які знаходяться на зубах, яснах та тріщинах поверхні язика (зокрема, в області спинки). Це призводить до утворення хімічних речовин (таких, як ЛСС, діаміни, і короткі жирні кислоти), які спричиняють халітоз [Rosenberg, 1996; Messadi and Younai, 2003; Porter and Scully, 2006].

**Інші причини халітозу, пов'язані з патологією ротової порожнини [Messadi and Younai, 2003; Verran, 2005; Porter and Scully, 2006; Scully and Greenman, 2008]:**

Куріння.

Сухість у роті (ксеростомія) – порушення очисних механізмів ротової порожнини, що викликане зменшенням слиновиділення. Причини сухості ротової порожнини різноманітні та включають зневоднення і прийом лікарських засобів (наприклад тих, які мають антимускаринові ефекти, трициклічних антидепресантів), системні хвороби (синдром Шегрена), та як наслідок променевої терапії голови і шийного відділу. [Scully and Felix, 2005b].

Зубні протези та недостатня гігієна зубних протезів (наприклад, якщо зубні протези не знімаються наніч).

Захворювання зубів та ротової порожнини, у тому числі: Періодонтит та гінгівіт — найбільш поширені причини хвороб ротоглотки, що асоційовані з халітозом. Гострий некротизуючий виразковий гінгівіт представляє собою незвичайно гостру форму хвороби періодонту; має тенденцію продукувати дуже виражений смердючий чи гнильний запах; перікороніт, альвеолярний остейт; зубний абсцес (флюс); карієс зубів – через недотримання гігієни ротової порожнини; оральні інфекції – такі, як кандидоз порожнини рота (солодкий, фруктовий запах) та герпетичний гінгівостоматит; ороантральний свищ; рак ротової порожнини – через вторинні інфекції, некротизовані тканини, харчові провокації [Messadi and Younai, 2003; Verran, 2005; Porter and Scully, 2006; Scully and Greenman, 2008].

#### **Причини халітозу, що не пов'язані з патологією ротової порожнини**

Непероральні причини халітозу є менш поширеними, ніж оральні причин і включають в себе [Porter and Scully, 2006; Scully and Greenman, 2008]:

*Хвороби носа або носової порожнини*, такі як: хронічний синусит; поліпи; сторонні тіла, які були вставлені випадково в ніс і залишаються там деякий час, викликаючи запалення і вторинну інфекцію.

*Хвороби ротоглотки*, такі як [Messadi and Younai, 2003; Porter and Scully, 2006]: інфекції глотки (наприклад, кандидоз ротової порожнини та глотки), виразка і рак; тонзиліт; сторонні тіла в ротоглотці, які сприяють розвитку інфекції і утворенню гній.

*Хвороби дихальних шляхів*, такі як [Messadi and Younai, 2003; Porter and Scully, 2006]: хвороби легень, наприклад анаеробні абсцеси легень, туберкульоз, пневмонія, некротична емпієма, рак легень та бронхоектази; сторонні тіла, що випадково потрапили до дихальних шляхів, викликаючи розвиток інфекції та утворення гною.

*Хвороби шлунково-кишкового тракту*, в тому числі шлунково-стравохідного рефлюксу та інші причини, які послаблюють або порушують закриття стравоходу (наприклад, грижа стравохідного отвору діафрагми).

Запах у загальних рисах нагадує запах їжі, що була з'їдена останньою [[Messadi and Younai, 2003](#)].

Існує невелика кількість доказів на підтримку ролі *H. Pylori* у виникненні халітозу [[Scully and Felix, 2005a](#)].

*Системні хвороби*, хоча це незвичайна причина халітозу [[Loesche and Kazor, 2002](#); [Messadi and Younai, 2003](#); [Porter and Scully, 2006](#)].

Цироз і печінкова недостатність: запах тухлого яйця або запах сірки.

Ниркова недостатність (уремія): запах аміака або рибний запах.

Діабетичний кетоацидоз: запах ацетону.

Триметиламінурия (порушення обміну речовин): рибний запах.

Лейкемія: запах гниючої крові.

*Лікарські засоби*, хоча це буває рідко [[Scully and Greenman, 2008](#)].

Лікарські засоби за інформацією, що повідомляються виробниками, мають здатність викликати халітоз включають дисульфірам, мелатонін, нікотин пастилки, мофетіл натрію і ін'єкції азтреонаму.

Інші препарати, що можуть спричиняти халітоз, включають: зловживання розчинниками, амілові нітроти, нітрати, фенотіазин, амфетамін і деякі цитотоксичні препарати [[Porter and Scully, 2006](#)].

### 5.3. Поширеність халітозу

#### Як часто це зустрічається?

CKS не ідентифікував ніяких надійних даних щодо поширеності постійного (патологічного) халітозу у Великій Британії; вважається, що це є загальною проблемою в усіх вікових групах [[Porter and Scully, 2006](#)].

Є дані небританських досліджень (використання різних методів), які дали оцінки поширеності халітозу: близько 30% населення зустрічається з цією проблемою. [[van den Broek et al, 2007](#); [Hughes and McNab, 2008](#); [Bornstein et al, 2009](#)].

Вираженість халітозу може бути недооцінена, тому що люди часто не відчують свого власного запаху (хоча деякі люди можуть мати перебільшені побоювання з приводу свого дихання) [[Rosenberg, 1996](#)].

## 6. ДІАГНОЗ І ОЦІНКА ХАЛІТОЗУ

### 6.1. Діагностика

#### Чи є це проблемою лікаря первинної медичної допомоги?

Переконайтеся, що халітоз присутній у запаху видихуваного вашим пацієнтом повітря.

Пам'ятайте, що: власна оцінка особи є найменш надійною; запах може змінюватися з плином часу і під впливом інших факторів, таких як дієта, голод та недостатня гігієна порожнини рота.

Запропонуйте повторний огляд через 2–3 дні, якщо халітоз не виявлено при первинному обстеженні.

Розгляньте встановлення зворотнього зв'язку з партнерами або членами сім'ї даної особи.

#### Основа для рекомендацій

Ці рекомендації засновані на опублікованих описових оглядах халітозу [[Rosenberg, 1996](#); [Coventry et al, 2000](#); [Yaegaki and Coil, 2000](#); [Morita and Wang, 2001](#); [Messadi and Younai, 2003](#); [Scully and Felix, 2005a](#); [Porter and Scully, 2006](#); [Lee et al, 2007](#); [Hughes and McNab, 2008](#); [Scully and Greenman, 2008](#)].

При розмові з особою треба оцінити халітоз та виключити або підтвердити псевдохалітоз або халітофобію. Індивідуальна оцінка – недостатній доказ для підтвердження халітозу [[Hughes and McNab, 2008](#); [Scully and Greenman, 2008](#)].

Через недостовірність оцінки свого власного дихання, деякі люди, можуть перебільшувати занепокоєння щодо власного дихання [[Rosenberg, 1996](#); [Eli et al, 2001](#)].

У дослідженні за участю 2 000 осіб, які відвідували Голландську клініку, 15,7% не мали жодних об'єктивних ознак халітозу і їм був поставлений діагноз псевдохалітозу або халітофобії. [[Quirynen et al, 2009](#)].

Суб'єктивна (органолептична) оцінка розглядається як найбільш простий, надійний та практичний метод для оцінки тяжкості халітозу [[Yaegaki and Coil, 2000](#); [Porter and Scully, 2006](#); [Scully and Greenman, 2008](#); [Vandekerckhove et al, 2009](#)].

Такі методи, як газова хроматографія або вимірювання ЛСС, є більш об'єктивним та широко використовуються у дослідженнях. Тим не менше, ці методи рідко застосовуються на практиці, є дорогими та недоступні на рівні первинної медичної допомоги. Обмеженість вимірювання ЛСС обговорюється в підтверджуючих доказах.

## 6.2. Оцінка

### Як оцінити пацієнта з халітозом?

**Запитати** про:

Важливе власне сприйняття даною особою цієї проблеми – у тому числі її вплив на якість життя (освіту, працю, і громадську діяльність).

Треба визначити тяжкість, час виникнення та тривалість халітозу. Наприклад, поява запаху після пробудження вранці є природним і зникає після чищення зубів.

Можливі тригерні фактори – наприклад, вживання деяких харчових продуктів і напоїв (включаючи алкоголь, часник, цибули, маринади) та куріння може сприяти виникненню таких запахів.

Лікування направлене на усунення халітозу, у тому числі використання оральних гігієнічних заходів.

**Огляньте ротovu порожнину** для виявлення причини халітозу:

Інфекції ротової порожнини – наприклад, кандидоз порожнини рота і герпетичний гінгівостоматит (див. теми СКС [Candida – oral](#) та [Herpes simplex – oral](#)).

Стоматологічні захворювання і захворювання зубів та ясен – наприклад, абсцес зуба (флюс) або розпад м'яких тканин ротової порожнини, періодонтит та гострий некротичний виразковий гінгівіт (див. СКС теми [Dental abscess](#) та [Gingivitis and periodontitis](#)).

Підозра на рак – див. [Referral](#).

Сухість ротової порожнини – що може призвести до/чи супроводжуватися зниженням смакових відчуттів та труднощами при ковтанні.

Проблеми з зубними протезами – включаючи гігієну зубних протезів.

Нашарування на язиці.

**Коментар робочої групи:** сухість у роті зростає і під впливом вірусної інфекції; її підсилюють багато медичних препаратів. Варто пам'ятати, що виділення слини пригнічують препарати наступних груп – протиалергічні, сечогінні, транквілізатори, гіпотензивні, а також ті, що містять сірку.

Сухість у роті можуть підсилювати деякі варіанти дієти.

Часто це результат діяльності бактеріальної флори порожнини рота, захворювань верхнього відділу шлунково-кишкового тракту (стравоходу, шлунку, печінки, жовчного міхура).

**Огляд заходів щодо гігієни ротової порожнини** – недостатня гігієна порожнини рота є загальною причиною халітозу. Запитайте про:

Використання методів: зубна щітка, зубна нитка для міжзубних проміжків, ополіскувачі для ротової порожнини.

Частота чищення зубів та міжзубних проміжків (наприклад, флосом).

Гігієна зубних протезів – чи знімає пацієнт зубні протези вночі та чистить свої зубні протези регулярно.

Регулярність відвідування стоматолога.

**Розгляньте нашарування на язиці, як джерело халітозу** – особливо у людей зі здоровими зубами та хорошою гігієною порожниною рота:

Корінь язика є головним джерелом, пов'язаним з оральними причинами халітозу.

Розглядайте акуратне (делікатне) але ретельне очищення області язика (наприклад, чистою пластмасовою ложкою або спеціальним скребком чи щіткою для язика). Запах цих нашарувань (часто жовтого кольору), як правило, схожий із запахом з рота.

**Проаналізуйте анамнез захворювання** і розгляньте причини халітозу, що не пов'язані з ротовою порожниною. За певних умов утворюються певні запахи.

Попросіть пацієнта дихати ротом (затискаючи ніс), а потім видихнути носом (із закритим ротом). Оцінка цього тесту:

оральний або глотковий за походженням – якщо запах з'являється при розмові або диханні лише ротом;

пов'язаний з хворобами носа, у тому числі носових пазух – якщо запах відчутний при видиханні повітря носом але не ротом;

пов'язаний з захворюваннями інших органів та систем – якщо запах з носа і рота однаково інтенсивний.

Оцініть медикаментозний анамнез щодо відомих або імовірних ліків, які можуть спричиняти або посилювати халітоз.

Ці рекомендації екстрапольовані з опублікованих описових оглядів за темою «Поганий запах з рота» [[Rosenberg, 1996](#); [Coventry et al, 2000](#); [Messadi and Younai, 2003](#); [Scully and Felix, 2005a](#); [Porter and Scully, 2006](#); [Lee et al, 2007](#); [Hughes and McNab, 2008](#); [Scully and Greenman, 2008](#)].

#### **Огляд ротової порожнини і оцінка гігієни рота**

Рекомендовано оглянути ротову порожнину для виявлення хвороб порожнини рота і зубів, та оцінки гігієни ротової порожнини відповідно до думки спеціалістів (опублікованих даних), які констатують факт, що 80–90% осіб з постійним халітозом мають проблеми ротової порожнини.

У дослідженні брало участь 2 000 обстежених осіб, які відвідували Голландську клініку, на основі мультидисциплінарного підходу до діагностики халітозу. При диханні проблеми з гігієною ротової порожнини, як провідні, були знайдені у 76% осіб. Основними причинами цього запаху були: нашарування на язичку (43%); гінгівіт/пародонтит (11%); комбінація обох причин (18%) [[Quirynen et al, 2009](#)]. Ксеростомія була причиною халітозу у 2,5% випадків. Лише близько у 2% осіб причина запаху була поза ротовою порожниною; ніякої причини не виявлено у 0,8% та 16% були класифіковані як псевдохалітоз, тобто халітофобія.

Рекомендації щодо оцінки нашарувань язика, заснована на думці експертів [[Rosenberg, 1996](#); [Messadi and Younai, 2003](#)].

#### **Оцінка неоральних причин халітозу**

Рекомендації щодо оцінки повітря, що видихається окремо носом та ротом засновані на опублікованих оглядах [[Rosenberg, 1996](#); [Messadi and Younai, 2003](#); [Porter and Scully, 2006](#); [Lee et al, 2007](#); [Scully and Greenman, 2008](#)].

**Коментар робочої групи:** причин появи халітозу може бути безліч. Приміром, свіжість подиху багато в чому залежить від часу доби. Ранком неприємний запах переслідує усіх, оскільки вночі зменшується кількість слини в роті. Таким чином, одна із самих банальних причин – сухість у роті. Слина від природи є чудовим антисептиком, через її недостатність зростає кількість бактерій, що виділяють газу.

Увага лікаря повинна бути насамперед сконцентрована на найбільш поширених причинах халітозу:

1. Недостатня гігієна порожнини рота;
2. Хвороби зубів;
3. Хвороби ЛОР-органів (ніс, приносіві пазухи, глотка, лімфоглоткове кільце);
4. Хвороби шлунково-кишкового тракту;

5. Хвороби бронхо-легеневої системи;
6. Куріння і вживання алкоголю;
7. Хвороби нервової системи і психічні розлади;
8. Порушення менструальної функції у жінок;
9. Венеричні хвороби та статеві спотворення;
10. Вживання окремих видів продуктів харчування і медикаментів.

**Таблиця 1. Причини халітозу**

<b>Проблема</b>	<b>Можлива причина</b>
Запах після дотримання дієти, сну, довгої розмови, занять спортом	Сухість у роті, недостатня кількість слини
Запах з рота під час лікування	Прийом ліків: протиалергічних, сечогінних, транквілізаторів, гіпотензивних, а також із вмістом сірки
Кровоточивість ясен і халітоз	Ураження тканин пародонта, недотримання гігієни порожнини рота
Поява на язиці невеликих білих утворень з неприємним запахом	Запалення піднебінних мигдаликів
Різкий халітоз у маленьких дітей	Початок глоткової інфекції
Неприємний запах з носа	Синусит, поліпи, сухість слизової оболонки носа, стороннє тіло
Уявний запах з рота	Психогенні фактори, перевтома, дратівливість, пригніченість

Затримці харчових залишків сприяють: недостатнє пережовування їжі, слабкість жувальних м'язів, зміни кількісного і якісного складу слини, особливо гіпосалівація і згущення слини за рахунок підвищення вмісту в ній муцину, різні аномалії прикусу – глибоке різцеве перекриття, надкомплектні зуби, порушення цілісності зубного ряду у випадку часткової чи повної адентії, зміна положення чи зсув зубів, скупченість зубів. Також появі халітозу сприяють: перевага в раціоні термічно обробленої, легко засвоюваної, з вираженими адгезивними властивостями (борошняні, кондитерські вироби, солодоці і т. д.) їжі. Утворення зубних нашарувань і зубних бляшок, що містять харчові залишки і величезну кількість мікроорганізмів, пов'язують з відсутністю чи незначним обсягом у раціоні продуктів, що сприяють самоочищенню (овочі, фрукти, багаті клітковиною тощо).

Найчастіше халітоз зустрічається у пацієнтів, які працюють у так званому «розмовному» жанрі – політиків, лекторів, адвокатів, ведучих радіопередач і т.д. Відбувається це в силу того, що під час розмови слизова оболонка порожнини рота «висихає», а активні рухи язика сприяють «витягу» неприємного запаху із найпотраємніших і найглибших місць скупчення мікробів.

Гінгівіт, періодонтит, альвеоліт, карієс зубів – показання до направлення до стоматолога.

Халітоз може бути викликаний наявністю запалення кишені в ділянці зуба «мудрості» при утрудненому прорізуванні, супроводжуватися кровотечею, серозним геморагічним чи гнійним виділенням, у яких містяться некротизовані епітеліальні клітини, лейкоцити, бактерії і фібрин. Як правило, утруднене прорізування виникає через дефіцит місця у нижній щелепі. Затримка в прорізуванні створює умови для розвитку запального процесу, що переростає з місцевого вогнища у розлитий процес, загрожуючий тяжкими наслідками. Процес досить швидко поширюється на оточуючі м'які тканини, у тому числі і на жувальні м'язи. Захворювання, як правило, супроводжується загальним нездужанням. Оскільки необхідно попередити можливість поширення процесу на прилеглу кісткову тканину і клітковину з розвитком гострого запалення кісткового мозку (остеомиєліту) чи м'яких

тканин (флегмони) – дуже важливо, не розраховуючи на домашні засоби, направити пацієнта до хірурга-стоматолога.

Стоматит – захворювання слизової оболонки порожнини рота запального характеру різної етіології. Причини можуть бути місцевими і загальними. Місцеві причини обумовлені дією механічної травми; хімічного, термічного, променевого впливу безпосередньо на слизову оболонку з наступним почервонінням, виникненням міхурців, ерозій, виразок. Екссудат, що виділяється з ділянки ушкодженої слизової оболонки, і приєднана мікрофлора є джерелом появи халітозу. Грибковий стоматит найчастіше викликають гриби роду *Candida albicans* у немовлят, літніх чи в осіб, які тривалий час приймають антибіотики. Гострий псевдомембранозний кандидоз (чи пліснявка) супроводжується появою білих «пінистих» нашарувань, що легко знімається в перші дні захворювання. При переході гострого перебігу в хронічний кількість нашарувань зменшується, а їх зняття викликає біль, супроводжується кровоточивістю, ділянки білуватих виразок. Перебіг грибкового стоматиту супроводжується халітозом. При ураженні слизової оболонки порожнини рота гонококами розвивається гонорейний стоматит, що супроводжується появою на яснах, м'якому піднебінні, під язиком рясного брудно-сірого фібринозного нальоту. Ерозовані ділянки слизової болісні, кровоточать. Кандидоз слизової оболонки порожнини рота при СНІДі має наступні форми: псевдомембранозну, що нагадує зсіле молоко; гіперпластичну, що нагадує лейкоплакію; атрофічну. Фузоспірилярний симбіоз на тлі зниженої реактивності при СНІДі може призводити до розвитку гострого виразково-некротичного гінгівіту. Стоматит при туберкульозі виявляється у вигляді двох форм: туберкульозного вовчака і міліарно-виразкового туберкульозу. Сифілітичний стоматит з'являється у вторинному періоді (розеольозно-пустульозний сифілід) і проявляється халітозом. У несанованій ротовій порожнині, внаслідок приєднання вторинної інфекції, можуть відкриватися виразки і папули, виразкові сифіліди – глибокі болючі виразки, вкриті некротизованими тканинами на фоні гіперемії і набряку оточуючої слизової. Для язика характерні ділянки з атрофованими ниткоподібними сосочками, так званий симптом «скошеного луку». За добу до виникнення висипки на шкірі при скарлатині на слизовій оболонці порожнини рота відмічається сухість, гіперемія і набряк. Язик з 4-го дня стає малиновим, спостерігається гіпертрофія грибоподібних сосочків, з'являються ділянки десквамації, що слугує причиною халітозу. Змиви порожнини рота при дифтерії характеризуються сіруватими плівками, що поширюються на піднебінні дужки і м'яке піднебіння. Спостерігається виражена кровоточивість ясен. Нашарування легко видаляються при зіскаблюванні. Прояву дифтерії в порожнині рота супроводжує різкий халітоз.

Халітоз може спостерігатися при злоякісних новоутвореннях, які супроводжуються виразкуванням та розпадом пухлини на губі та на слизовій оболонці щік, альвеолярному відростку, м'якому та твердому піднебінні і язиці. Рак язика частіше виникає на бічних поверхнях та на кінчику. Першим проявом пухлинного процесу є розростання епітелію язика. Лікарі нерідко розглядають це як папілому – доброякісну пухлину. Пухлина поширюється на дно порожнини рота, щелепу. Наявність рясної мікрофлори викликає запальні явища, внаслідок чого посилюється халітоз. Таких пацієнтів необхідно терміново направити до спеціаліста: хірурга-стоматолога, онколога.

## **7. ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХАЛІТОЗОМ**

Стосується осіб віком від 12-ти років та старше

### **7.1. Ведення пацієнтів з халітозом**

Дії лікаря при зверненні пацієнта з халітозом.

Направляйте усіх осіб з проблемами з зубами та підозрою на рак ротової порожнини до відповідних спеціалістів.

Необхідно лікувати будь-які причини халітозу.

**Коментар робочої групи:** для лікування халітозу лікар насамперед повинен переконати пацієнта в необхідності проведення комплексного обстеження пацієнта з метою виявлення причини появи халітозу і корекції виявлених порушень. Знищити чи заглушити халітоз при справжньому халітозі не можуть ніякі полоскання. У таких випадках потрібне лікування.

**Якщо ідентифікована непатологічна причина халітозу:**

Порадьте більш ретельний догляд та гігієну ротової порожнини та консультацію стоматолога, якщо гігієна ротової порожнини або зубного протезу недостатня.

Розгляньте можливість направлення пацієнта з халітозом (у тому числі і пацієнтів, у кого не виявлено патологічних причин) до стоматолога для повного огляду ротової порожнини, оскільки деякі хвороби ротової порожнини, можливо тяжкі, не можуть бути діагностовані лише візуально.

Дайте пораду щодо скорочення чинників ризику, які ведуть до халітозу.

Уникайте продуктів і напоїв, які завідома викликають халітоз – як наприклад часник, цибуля і алкоголь.

Радьте припинення куріння та його жування табаку (для більш детальної інформації дивись тему СКС «Smoking cessation»).

Не допускайте сухості слизових оболонок ротової порожнини – збільшіть кількість прийому рідини, смокчіть цукерки або жуйте гумки, що не містять цукор. Розгляньте використання штучної слини, якщо ці заходи недостатні.

Радьте знімати зубні протези на ніч та консультацію стоматолога у випадку проблем зі зйомними протезами.

Радьте регулярні консультації стоматолога для забезпечення відповідної гігієни ротової порожнини.

Не рекомендовано емпіричного лікування антибіотиками та проведення ерадикації *H. pylori*.

**Коментар робочої групи:** рекомендуйте регулярне вживання овочів, багатих грубою клітковиною – зокрема, моркви. Важливим компонентом у лікуванні халітозу є здатність переконати пацієнта відмовитися від куріння.

Спеціальні рекомендації необхідно дати працівникам «розмовного жанру»: традиційний графин чи склянка з мінеральною водою під час читання лекцій чи виступу зменшують прояви халітозу.

Розчин штучної слини може бути виготовлений в аптеці за рецептом: натрій хлористий – 2,5 г, калій хлористий – 1 г, амоній фосфорно-кислий – 0,5 мг, сечовина – 0,9 мг на 1 л. [Фастовець О.О. Особливості стирання зубів при різних рН середовища (експериментальне дослідження) // Вісник наукових досліджень. – 2006. - № 4. – С. 39-41. ; Пат. 22813 Україна, МПК (2006) А 61 С 19/04, А 61 G 13/00. Спосіб моделювання ерозивно-абразивного ураження твердих тканин зубів / Фастовець О.О., Помойницький В.Г. (Україна). - № 200613768; Заявл. 25.12.2006; Опубл. 25.04.2007, Бюл. № 5. – 6 с.]

**Для осіб без виявленого халітозу:**

Запропонуйте запевнення. Надайте докази відсутності халітозу і причин його виникнення.

Запідозріть можливість псевдохалітозу або халітофобії – особливо, якщо зуби і ротова порожнина здорові.

Обговоріть направлення до психолога, якщо халітофобія значна.

**Основа для рекомендації**

Ці рекомендації (у тому числі діагностичний пошук у пацієнтів з підозрою на псевдохалітоз або халітофобію) засновані на опублікованих результатах досліджень халітозу, який виникає при розмові. [Rosenberg, 1996; Coventry et al, 2000; Morita and Wang, 2001; Messadi and Younai, 2003; Scully and Felix, 2005a; Porter and Scully, 2006; Lee et al, 2007; Hughes and McNab, 2008; Scully and Greenman, 2008; van den Broek et al, 2008].



**Коментар робочої групи:** людина часто не відчув власний запах, а якщо усвідомлює наявність халітозу, то нерідко з цієї причини у неї формується комплекс неповноцінності, різного роду психічні розлади тощо.

*Переконатися самому у наявності халітозу можна, якщо:*

- за допомогою невощеного білого флосу провести у міжзубних проміжках. Чи стала нитка рудою чи брунатною? Почекайте 45 секунд, а потім понюхайте;

- узявши ватяну кульку (чи шматочок марлі, чисту білу тканину) і потерти корінь язика (але не доводити при цьому себе до блювотного рефлексу!) два–три рази. Знову почекайте 45 секунд і понюхайте;

- просто лизнути власне зап'ястя. Почекайте і понюхайте.

### **Заходи щодо гігієни ротової порожнини**

Рекомендація щодо заходів гігієни ротової порожнини заснована на думці експертів і має на меті зменшення кількості бактерій у ротовій порожнині.

### **Направлення до стоматолога людей з халітозом**

Рекомендація розглянути поводження пацієнтів з халітозом (у тому числі осіб без патологічних причин) заснована на зворотньому зв'язку деяких експертних оцінок СКС. Це тому, що деякі хвороби ротової порожнини (наприклад, періодонтит) можуть бути достатньо тяжкими для діагностики тільки візуальним оглядом.

### **Лікування, яке не рекомендоване при халітозі**

#### **Емпіричне лікування антибіотиками**

За відсутністю видимої інфекції ротової порожнини, емпіричне лікування антибіотиками (як, наприклад, метронідазолом 200 міліграмів тричі на день протягом 7-ми днів) може бути призначене лише спеціалістом; антибіотики, можливо, використані для випадків халітозу, які не піддаються лікуванню, для виключення нерозпізнаної анаеробної інфекції. [[Coventry et al, 2000](#); [Scully and Greenman, 2008](#)].

#### **Ерадикація *H. pylori***

*H. pylori* розглядається як причина виникнення халітозу, але докази щодо цього розходяться [[Scully and Felix, 2005a](#)].

Хоча результати двох дуже невеликих досліджень повідомили про зменшення халітозу після ерадикації *H. pylori* у людей з диспепсією, ці результати треба інтерпретувати з обережністю [[van den Broek et al, 2008](#)], враховуючи наступне: ці дослідження загалом не дослідили учасників з оральними причинами халітозу; зменшення або зникнення халітозу після терапії могло бути спричинене завдяки одночасному пригніченню бактерій у ротовій порожнині.

## **7.2. Порада щодо особистої гігієни порожнини рота**

Цей розділ стосується порад щодо догляду за ротовою порожниною, коли з'являється халітоз.

### **Необхідно пояснити пацієнту:**

Халітоз, який виникає при пробудженні (вранішнє дихання), зникає після прийому їжі чи пиття, після чищення зубів або полосканні водою ротової порожнини.

Стійкий халітоз, зазвичай, обумовлений накопиченням залишків їжі та бактеріального нальоту на зубах і язичці.

### **Надайте поради щодо загальних заходів гігієни ротової порожнини.**

Зуби чистити двічі на день (особливо на ніч).

Чистить міжзубні проміжки, використовуючи відповідні засоби (флос, стрічки, палочки або однопучкові щітки).

Зменшіть кількість та частоту споживання солодкої їжі і напоїв. Харчуватись треба регулярно не більш чотирьох разів на день.

Порадьте пацієнту консультацію стоматолога, якщо у нього є проблеми з підтриманням гігієни порожнини рота (наприклад, за допомогою щітки або застосування засобів для міжзубного простору).

Заохочуйте регулярні огляди у стоматолога, що гарантує забезпечення гігієни рота.

**Рекомендуйте застосування антибактеріальної рідини для полоскання порожнини рота і/або зубну пасту, якщо вище зазначені заходи є недостатніми.**

Зменшення або зникнення запаху буде вказувати на усунення причини.

**Розгляньте необхідність чищення язика** – людям з халітозом, особливо тим хто має здорові зуби та підтримує задовільну гігієну порожнини рота.

Це може бути зроблено шляхом обережного чищення поверхні язика (особливо кореня) м'якою зубною щіткою під час чищення зубів (з пастою). Скребок для язика може розглядатися, хоча немає переконливих доказів його переваги.

Надмірного очищення треба уникати, оскільки це може пошкодити язик та викликати кровотечу.

Слід проявляти обережність для уникнення блювотного рефлексу.

Поясніть, що такі антибактеріальні речовини (як наприклад м'ята, ароматизовані спреї/ополіскувачі для рота та жувальні гумки) лише забезпечують короточасне маскування халітозу. Вони не можуть бути заміною для достатньої гігієни порожнини рота.

**Коментар робочої групи:** *стоматологи рекомендують користатися зубними нитками раз на день. Пацієнт підбирає для себе такі флоси, що легко сковзають між зубами і не застряють. В Україні доступні спеціальні пристрої, для використання зубних ниток (флосів).*

*Чищення зубною щіткою і флосами видаляє бактеріальні забруднення з зубів і ясен, однак при цьому мікроорганізми на поверхні язика зберігаються.*

#### **Додаткова інформація**

##### **Антибактеріальні зубні пасти та рідини для полоскання рота**

Ці препарати широко доступні в супермаркетах і аптеках.

Антибактеріальні засоби включають цетилпіридину хлорид, хлоргексидин, гексетидин, перекис водню і триклозан.

З огляду на відсутність переконливих доказів на підтримку цих продуктів, вибір препарату буде залежати від індивідуальних переваг і переносимості продукту.

З ополіскувачів в первинної медичної допомоги для полоскання рота найчастіше призначають ополіскувач з 0,2% хлоргексидином глюконатом. Тим не менш, деякі люди можуть вважати, що його важко використовувати довгостроково, тому що [[Porter and Scully, 2006](#)]: засоби на основі хлоргексидину (стоматологічний гель, рідина для полоскання рота і спрей) можуть викликати втрату природнього забарвлення язика і зубів (відновлюється після припинення лікування) [[ABPI Medicines Compendium, 2007](#); [ABPI Medicines Compendium, 2009a](#); [ABPI Medicines Compendium, 2009b](#)]. Забарвлення зубів може бути зведене до мінімуму за рахунок скорочення споживання чаю, кави або червоного вина і чистки зубів перед використанням засобів на основі хлоргексидину. Забарвлення зубних протезів може бути зменшено шляхом звичайного очищення зубних протезів.

Засоби на основі хлоргексидину можуть викликати короточасне порушення смаку і печіння язика (особливо, якщо використовується занадто часто). Ці ефекти можуть виникати на початку і, зазвичай, зменшуються при продовженні застосування [[ABPI Medicines Compendium, 2007](#); [ABPI Medicines Compendium, 2009a](#); [ABPI Medicines Compendium, 2009b](#)].

Деякі експерти не рекомендують використовувати ополіскувачі для рота з високим вмістом алкоголю, оскільки це може викликати ефект підсушування в роті [[Morita and Wang, 2001](#)]. Доступні безалкогольні ополіскувачі для рота.

#### **Основа для рекомендації**

Ці рекомендації в основному базуються на думці експертів, опублікованій в описових оглядах халітозу або неприємного запаху з рота [[Rosenberg, 1996](#); [Coventry et al, 2000](#); [Loesche and Kazor, 2002](#); [Messadi and Younai, 2003](#); [Scully and Felix, 2005a](#); [Porter and Scully, 2006](#); [Lee et al, 2007](#); [Hughes and McNab, 2008](#); [Scully and Greenman, 2008](#); [van den Broek et al, 2008](#)]. Не

вистачає доказів для лікування халітозу (наприклад, полоскання порожнини рота, очищення язика, зубні пасти і засоби для міжзубного простору).

#### **Загальні санітарно-гігієнічні заходи**

Ці загальні заходи засновані на керівних вказівках Британської асоціації з вивчення стоматологічної спільноти та Департаменту охорони здоров'я щодо профілактики карієсу, хвороб пародонту і раку ротової порожнини [[DH and British Association for the Study of Community Dentistry, 2009](#)].

#### **Антибактеріальні зубні пасти та рідини для полоскання рота**

Рекомендації з застосування антибактеріальної рідини для полоскання рота і/або зубних паст ґрунтуються на думці експертів [[Messadi and Younai, 2003](#); [Porter and Scully, 2006](#); [Scully and Greenman, 2008](#)].

Визнаючи той факт, що деякі рідини для полоскання рота зменшують рівень бактерій, що викликають халітоз (наприклад, ополіскувачі з хлоргексидином хлоридом або з цетилпіридину хлоридом), Кокранівський систематичний огляд показав недостатню кількість доказів на підтримку їх використання [[Fedorowicz et al, 2008](#)].

CKS виявив відсутність переконливих доказів для різних типів зубних паст (антибактеріальних і не-антибактеріальних) щодо усунення халітозу.

Отже, CKS не може рекомендувати конкретну рідину для полоскання ротової порожнини або зубну пасту для усунення халітозу.

#### **Чищення язика**

Кокранівський систематичний огляд не має достатніх і надійних доказів на підтримку використання чищення язика для усунення халітозу [[Outhouse et al, 2006](#)].

Беручи до уваги, що корінь язика розглядається в якості основного джерела халітозу, рекомендація розглянути чищення язика заснована на думці експертів – особливо у людей з халітозом, які дотримуються гігієни порожнини рота [[Rosenberg, 1996](#); [Messadi and Younai, 2003](#); [Quirynen, 2003](#); [Porter and Scully, 2006](#)].

За умови, що це робиться обережно і регулярно, чищення язика розглядається як не шкідливе, і може забезпечувати нетривалий ефект в усуненні халітозу [[Porter and Scully, 2006](#)].

### **7.3. Направлення**

#### **Коли потрібно звернутися до лікаря?**

##### **Негайно звернутися до відповідного спеціаліста повинна будь-яка людина якщо:**

Виявлено гострий некротичний виразковий гінгівіт. Дивіться розділ щодо гострого некротичного виразкового гінгівіту у темі CKS «Gingivitis and periodontitis».

Нез'ясована рухливість зубів протягом більш 3-ох тижнів.

Незрозуміла виразка слизової оболонки порожнини рота, що не зникає протягом 3-ох тижнів та більше.

Незрозумілі червоні та білі плями (у тому числі при підозрі на червоний плоский лишай) слизової оболонки порожнини рота, які є болючими, набряклими або кровоточать.

Незрозумілий або атиповий набряк ясен (може свідчити про лейкемію).

##### **Не термінове направлення до стоматолога вимагається для пацієнтів з:**

Клінічно-очевидним гінгівітом, який не відповідає на стандартні заходам гігієни ротової порожнини.

Парадонтитом.

Незрозумілими червоними і білими плямами (у тому числі при підозрі на червоний плоский лишай) на слизовій оболонці порожнини рота, які не болючі, не набрякли і не кровоточать.

Погано припасованими зубними протезами.

Недостатньою гігієною порожнини рота або зубного протезу.

Деякі експерти рекомендують направляти усіх осіб з халітозом (у тому числі і без патологічних причин) до стоматолога для повного огляду ротової порожнини, оскільки деякі хвороби (наприклад, періодонтит) неможливо діагностувати лише візуальним оглядом.

**Терміново направити до оториноларинголога** за умови виключення оральних причин халітозу пацієнтів з підозрою на:

Рецидивуючий тонзиліт (тема CKS «Sore throat – acute»).

Синоназальні хвороби, такі як викривлення носової перетинки, а також часті періодичні синусити (тема CKS «Sinusitis»).

Пацієнтів з іншими стійкими симптомами або ознаками (які пов'язані з ротовою порожниною), у яких остаточний діагноз доброякісного ураження не може бути виставлено, направляють або спостерігають до того часу, поки симптоми та ознаки не зникнуть. Якщо симптоми і ознаки не зникли через 6 тижнів, потрібна термінова консультація.

#### **Основа для рекомендації**

Ці рекомендації засновані на настанові NICE щодо підозри на рак [[NICE, 2005](#)]; висновок експерта опублікований у літературному огляді [[Porter and Scully, 2006](#)], а рецензія – від експертів CKS.

#### **Направлення до стоматолога для людей з халітозом**

Рекомендація розглядати питання про направлення всіх людей з халітозом (в тому числі людей без патологічних причин) до стоматолога заснована на думці деяких експертів з оглядів (CKS). Це відбувається тому, що деякі хвороби порожнини рота (наприклад, періодонтит) може бути важко діагностувати шляхом виключно візуального огляду.

## **8. ДОКАЗИ**

### **8.1. Підтверджуючі докази**

**CKS відзначають відсутність хорошого якісного свідчення відносно лікування халітозу.**

На основі двох систематичних оглядів Cochrane стосовно ефективності полоскання рота і очищення язика (не має достатньої підтверджуючої інформації), відсутності будь-яких систематичних оглядів або метаналізів були визначені інші методи лікування, як, наприклад, зубні пасти, допоміжні засоби для чищення міжзубних проміжків (флоси), жувальні гумки та спреї для рота.

Більшість досліджень були невеликими за обсягом (менш 40-а учасників) та дуже короткотривалими (впродовж 1–2 днів) [[Loesche and Kazor, 2002](#); [Quirynen et al, 2002b](#)]. Декілька досліджень були подвійно засліпленими. Більшість з них спонсорувала промисловість.

Окрім того, оцінка результатів ґрунтувалась на вторинних результатах.

У більшості досліджень використовувалися портативні апарати, які моніторували наявність сульфідів (такі як Halimeter®), для вимірювання рівня летких сполук сірки (ЛСС), що викликають халітоз.

З огляду на те, що інші суміші також відповідальні за халітоз, дослідження ЛСС лише відмічає некоректну оцінку і недостатнє визначення джерела та інтенсивності запаху. [[Messadi and Younai, 2003](#); [Porter and Scully, 2006](#); [Hughes and McNab, 2008](#); [Scully and Greenman, 2008](#); [Van den Velde et al, 2009](#)]. Окрім того, це пояснює чому халітоз іноді виявляється самим досліджуваним (суб'єктивна органолептична оцінка), але рівні ЛСС знаходяться у низькому діапазоні [[Loesche and Kazor, 2002](#)].

Інші методи (хроматографічна оцінка) вважається більш точними але, зазвичай, не використовуються у дослідженнях.

#### **8.1.1. Рідини для полоскання ротової порожнини**

**Інформація щодо рідин для полоскання рота які впливають на халітоз**

**Обмежені дані систематичних оглядів Cochrane передбачають, що рідини для полоскання рота є більш ефективними, ніж плацебо в усуненні халітозу, але ці результати треба інтерпретувати з обережністю.**

Фактичні дані щодо рідин для полоскання ротової порожнини в усуненні халітозу було досліджено в системному огляді Cochrane (до серпня 2008) [[Fedorowicz et al, 2008](#)]. РКД

розглядалися тільки в тому випадку, коли дослідження проводилось більше 1-го тижня. П'ять РКД (за участю 293 пацієнтів) відповідали критеріям включення. Проте, не вдалося об'єднати ці дослідження через істотні неоднорідності. Жодне з досліджень, пов'язаних з використанням ополіскувачів ротової порожнини, що містили триклозан, не відповідали критеріям включення.

На основі органолептичної оцінки і/або вимірюванні летких сполук сірки (ЛСС), усі п'ять досліджень повідомили, що досліджувані тестові рідини для полоскання ротової порожнини (при використанні двічі на день впродовж 2–6 тижнів) ефективніші у зменшенні халітозу, порівняно з плацебо або контролем:

Запатентована рідина для полоскання рота, що містить цетилпіридин плюс діоксид хлору і цинку (використання 4 тижні, 99 учасників). Вона була також більш ефективною, ніж дві інші запатентовані рідини для полоскання рота, що містять ефірні масла або двоокис хлору плюс цинк [[Borden et al, 2002](#)].

Досліджувана рідина для полоскання рота містила хлорид цинку та натрію (4 тижні використання, 48 учасників). Вона була також більш ефективною, ніж рідина лише з хлоридом цинку для полоскання рота [[Codipilly et al, 2004](#)].

Двофазна водно-масляна рідина (емульсія) для полоскання рота, що містить 0,05% цетилпіридинію хлориду (6 тижнів використання, 50 пацієнтів). Вона була більш ефективною, ніж запатентована рідина хлориду цинку на масляній основі для полоскання рота. [[Kozlovsky et al, 1996](#)].

Рідина для полоскання рота на трав'яній основі, що містить екстракт мангостану (*Garcinia mangostana L*) (використання 15 днів, 60 пацієнтів) [[Rassameemasmaung et al, 2007](#)].

Рідина для полоскання рота містила хлоргексидин (0,05%), цетилпіридиній хлорид (0,05%) та лактат цинку (0,14%) (використання 2 тижнів, 40 пацієнтів) [[Winkel et al, 2003](#)].

Грунтуючись на цих результатах, автори систематичного огляду Cochrane визнали, що антибактеріальні продукти (такі як хлоргексидин та цетилпіридину хлорид) «можуть зіграти важливу роль у зниженні рівня халітозу у випадках, коли це пов'язано з колонізацією бактерій на язиці», а полоскання для рота, що містять діоксид хлору або цинк, «можуть бути ефективними при нейтралізації запаху сполук сірки».

Однак, з огляду на те, що було неповне повідомлення щодо результатів трьох досліджень, поодиноким використанням портативних сульфід-моніторів (наприклад, Halimeter®) для оцінки рівнів ЛСС (результатів), в двох інших дослідженнях, автори систематичного огляду Cochrane наголосили, що ці результати слід інтерпретувати з обережністю.

Інші обмеження стосуються:

Усі дослідження були з малими вибірками: лише 16–30 учасниками у кожній групі.

В цілому, якість досліджень була незадовільною, тільки одне РКД, де брало участь 60 осіб [[Rassameemasmaung et al, 2007](#)] мало адекватну рандомізацію та низький ризик систематичної помилки.

Важко оцінити і порівняти клінічну значимість цих результатів, беручи до уваги різноманітність вихідних характеристик учасників і методів, використаних для оцінки результатів.

**Коментар робочої групи:** за даними Державного реєстру медичної техніки та виробів медичного призначення станом на 08 листопада 2016 року сульфід-моніторів в Україні не зареєстровано.

### 8.1.2. Очищення язика

**Доказові дані очищення язика для усунення халітозу**

**CKS підтвердив відсутність переконливих доказів для очищення язика, як засобу для усунення халітозу.**

Систематичний огляд (дати пошуку: до вересня 2005) Cochrane свідчить, що засоби для очищення язика були слабкою і ненадійною допомогою. [[Outhouse et al, 2006](#)].

### **Різні механічні методи очищення язика**

Два дуже маленькі перехресні дослідження (40 дорослих) повідомили про незначне, але статистично значуще, зниження рівня ЛСС у повітрі – різниця 10–30% – коли запатентовані очищувачі язика і скребки були порівняні з регулярним використанням зубної щітки [[Seemann et al, 2001](#); [Pedrazzi et al, 2004](#)].

Проте, ефект був несподіваний, оскільки одне дослідження (30 учасників) не виявлено відмінностей у рівнях ЛСС через 30 хвилин після використання очищувача для язика, скребка для язика або регулярного застосування зубної щітки [[Seemann et al, 2001](#)].

Надійність цих результатів сумнівна тому, що обидва дослідження не представили жодних вимірів халітозу шляхом самооцінки (розцінено як результат найдоречніший для особи) або будь-які інші дані впродовж 4-х тижнів або більше.

### **Очищення язика порівняно з іншими втручаннями**

Ніяких інших досліджень, що порівнюють інші втручання (наприклад, використання рідини для полоскання рота або лише очищення язика), не знайдено.

Після цього систематичного огляду Cochrane, SKS ідентифікував два інші невеликі дослідження з суперечливими результатами. Неможливо зробити будь-який висновок з цих досліджень, оскільки вони дуже незначні та методологічно слабкі.

### **Зубна паста, що містить триклозан, з або без чищення язика порівняно з лише використанням зубної пасти без триклозана**

За результатами одного малого засліпленого перехресного дослідження (29 учасників з халітозом вранці), метод використання досліджуваної зубної пасти (з триклозаном) з/без чищення язика був ефективнішим ніж контрольна зубна паста без триклозану у зменшенні рівня ЛСС [[Farrell et al, 2006](#)]. Проте, це було надзвичайно короткотривале дослідження з лікуванням, що виконувалося чотири рази впродовж 27-ми годин, з 2-денною перервою між лікуваннями.

### **Очищення язика порівняно з відсутністю чищення язика**

Одне сліпе перехресне дослідження не знайшло ніякої статистичної різниці у рівнях ЛСС між періодами використання і невикористання очищення язика (використано протягом 4-х днів) [[Haas et al, 2007](#)]. Проте, це було дуже маленьким дослідженням, що включало тільки 10 учасників.

### **8.1.3. Зубні пасти**

#### **Доказові дані щодо зубних паст для усунення халітозу**

**SKS не знайшов хорошого дослідження з використання зубної пасти (антибактеріальної чи не антибактеріальної) для усунення (лікування) халітозу.**

SKS не ідентифікував ніякого систематичного огляду або метааналізу, що досліджує різні види зубних паст для усунення халітозу.

Вісімнадцять досліджень було ідентифіковано, включаючи використання антибактеріальних зубних паст (наприклад, зубна паста з триклозаном) або звичайних зубних паст (наприклад, зубну пасту до складу якої входить гідрокарбонат натрію або цинк). Більшість досліджень включали запатентовані зубні пасти, а спонсорувалися промисловістю.

Проте, ряд цих досліджень були виключені, оскільки зубні пасти використовувалися менш ніж 7 днів (наприклад, як одноразове лікування або лише протягом 1–2 днів) [[Grigor and Roberts, 1992](#); [Brunette et al, 1998](#); [Gerlach et al, 1998](#); [Sharma et al, 1999](#); [Olshan et al, 2000](#); [Sharma et al, 2002](#); [Farrell et al, 2006](#); [Farrell et al, 2007](#); [Sharma et al, 2007](#); [Farrell et al, 2008](#); [Hu et al, 2008](#); [Newby et al, 2008](#)].

Це відповідало критеріям включення, встановлених систематичним оглядом Cochrane, для рідин для полоскання рота. Розглядалися дослідження, лише якщо втручання використовувалося впродовж 1-го тижня або більше [[Fedorowicz et al, 2008](#)].

Клінічна значимість решти шести досліджень, що залишилися (де лікування було використане протягом 7-ми днів або довше) не є переконливою.

Чотири дослідження були дуже маленькими за розміром. Два дослідження включили 16 і 25 студентів-стоматологів [[Quirynen et al, 2002a](#); [Peruzzo et al, 2008](#)] у той яас інше дослідження включило тільки 19 учасників [[Niles et al, 1999](#)].

Одне дослідження залучило менше 30-ти учасників до кожної групи (16–27 учасників, порівнюючи три різні засоби для лікування: цинкову сіль, лимонну кислоту та зубну пасту з триклозаном [[Raven, 1996](#)].

Одне подвійно засліплене дослідження (за участю 81 учасника; повідомляється у двох звітах [[Hu et al, 2003](#); [Hu et al, 2005](#)]) знайшло, що запатентована зубна паста з триклозан/сополімер/фторид нарію ефективніша, ніж запатентована фторидна зубна паста у зменшенні халітозу, як за період 12-ти години, так і впродовж 3-х тижнів (засновано на шкалі пунктів від чотирьох досвідчених експертів). Проте, ніякої інформації не надано щодо того, за якими ознаками йшло порівняння; чи запатентована продукція була відповідною на вигляд або аромат.

В одному дослідженні порівнювали зубну пасту, що містить 0,2% сульфату цинку з плацебо (без цинку) після однієї процедури чищення та після 4-х тижнів використання (198 учасників завершили дослідження) [[Navada et al, 2008](#)]. Це дослідження складалося з двох незалежних подвійно засліплених досліджень з загальним дизайном за винятком того, що оцінка запаху проводилася різними методами (органолептичним або з точки зору оцінки ЛСС). Незважаючи на те, статистична різниця методів (з точки зору оцінки ЛСС та за органолептичними показниками), записана через 12 год після останнього чищення зубів, була варіабельною – у межах 16-46%.

#### **8.1.4. Допоміжні засоби для чищення міжзубних проміжків**

Дані щодо допоміжних засобів для чищення міжзубних проміжків для усунення халітозу.

**CKS не знайдено жодних РКД хорошої якості, у яких розглядається можливість використання допоміжних засобів для чищення міжзубних проміжків (такі як флос, стрічка, палички або однопучкові щітки) у людей з халітозом.**

Одне маленьке перехресне дослідження було ідентифіковане, що порівнювало чищення або нечищення язика і/або чищення ниткою міжзубних проміжків [[Faveri et al, 2006](#)]. Проте, це дослідження включало лише 19 учасників з халітозом вранці і було занадто маленьким, щоб бути надійним.

#### **8.1.5. Жувальна гумка**

Дослідження щодо жувальної гумки для усунення халітозу.

**CKS знайшло не дуже хорошої якості РКД щодо використання жувальної гумки у людей з халітозом.**

Три дослідження, що включають використання жувальної гумки, були ідентифіковані.

Два дослідження були занадто малі, щоб вважати їх надійним.

Одне відкрите пошукове дослідження (за участю 12 студентів-стоматологів) порівнювало досліджувану жувальну гумку та несолодку жувальну гумку з відсутністю жувальної гумки [[Reingewirtz et al, 1999](#)].

Одне не рандомізоване дослідження (залучено 11 учасників з халітозом вранці) порівняло ефект застосування розчину з вмістом цинку та жувальної гумки для усунення халітозу з точки зору оцінки ЛСС [[Wåler, 1997](#)].

Третє дослідження було сліпим РКД, яке рандомізувало 123 учасники до одного з наступних шести методів: двох таблеток, що окислюються (різної сили), жувальної гумки (без активних інгредієнтів), два різних м'ятних освіжувачі дихання та ніякого лікування [[Greenstein et al, 1997](#)]. Проте, чисельність учасників у кожній групі була невеликою (близько 20 чоловік), та тривалість лікування була незначною (перед сном та до початку другої половини наступного дня).

#### **8.1.6. Спреї для ротової порожнини**

Дослідження щодо спреїв для порожнини рота для усунення халітозу

CKS не знайдено жодних РКД, що досліджували використання спреїв для порожнини рота (антибактеріальних та не антибактеріальних) для усунення халітозу.

#### 8.1.7. Ерадикація *H. pylori*

Дослідження щодо ерадикації *H. pylori* для усунення халітозу

CKS знайшло дуже недостатньо доказів щодо використання ерадикації *H. pylori* для усунення халітозу.

CKS було ідентифіковано два дослідження, що визначили, що ерадикації *H. pylori* зменшує халітоз у людей, які скаржаться на диспептичні розлади та мають *H. pylori*-позитивний статус [[Ierardi et al, 1998](#); [Katsinelos et al, 2007](#)].

Тим не менш, достовірність цих результатів сумнівна з огляду невеликого розміру цих досліджень.

Одне дослідження включало 30 *H. pylori*-позитивних учасників: 19 отримували подвійну терапію (амоксицилін і омепразол) та хлоргексидин у той час, як інші 11 користувалися лише рідиною з хлоргексидином для полоскання рота [[Ierardi et al, 1998](#)].

До іншого дослідження були включені 18 *H. pylori*-позитивних учасників, які отримували потрібну терапією; контрольної групи не було [[Katsinelos et al, 2007](#)].

Тому усі ці результати слід інтерпретувати з обережністю [[van den Broek et al, 2008](#)]:

Ці дослідження не вивчали учасників з інтраоральними причинами халітозу.

Зменшення або зникнення халітозу після закінчення терапії може бути пов'язано з одночасною ліквідацією бактерій, які є причиною халітозу.

**Коментар робочої групи:** у тих випадках, коли запах зумовлений лише прийомом специфічних страв, лікування не потрібно; усунення халітозу буде полягати в розширенні арсеналу засобів і методів індивідуальної гігієни порожнини рота: збільшенні частоти чищення зубів, використання засобів, що дезодорують (зубних еліксирів, спреїв, ароматизованих жувальних гумок тощо).

Варто звертати увагу, що деякі інгредієнти можуть, навпаки, погіршити ситуацію. Наприклад, сода створює в роті лужне середовище, сприятливе для життєдіяльності деяких мікроорганізмів; спирт висушує порожнину рота, а перекис водню у випадку тривалого використання здатний викликати клітинні зміни.

Робоча група вважає за доцільне рекомендувати для гігієни порожнини рота використання лікарських трав: настої шавлії, розмарину лікарського, м'яти перцевої.

Більшість м'ятних таблеток, аерозолей і рідин для полоскання рота працюють досить слабо – вони просто перекривають запах, не більше ніж на 1–2 години, і борються при цьому не з причиною, а з наслідком. Доцільно використовувати засоби гігієни, що впливають на сполуки сірки, які обумовлюють халітоз (наприклад, диоксида хлору).

У жінок запах може бути пов'язаний з менструальним циклом, який добре заглушається полосканням рота ментоловою водою.

У спортсменів халітоз може відчуватися після тренувань і обумовлений порушенням водного балансу; може усуватися за рахунок прийому мінеральної води чи зеленого чаю.

## 8.2. Стратегія пошуку

### Сфера пошуку

Пошук літератури був проведений серед настанов, систематичних оглядів і РКД з надання первинної медичної допомоги пацієнтам з халітозом, з додатковим пошуком доказів у наступних областях: рідини для полоскання рота, щітка для язика, льодяники, зубні пастки, жувальна гумка, гігієна порожнини рота.

### Часовий проміжок

Дати не обмежується – серпень 2009

### Ключові (пошукові) терміни

Проводилися різні комбінації пошуків. Терміни, перераховані нижче, є основними пошуковими термінами, що були використані для Medline та пізніше були адаптовані для інших баз даних.



Більш детальна інформація доступна за запитом:  
 halitosis/, halitosis.tw, bad breath.tw, oral malodo\$.tw, breath odo\$.tw, malodo\$.tw  
 exp mouthwashes/, mouthwash\$.tw  
 toothpaste/, toothpaste.tw  
 oral hygiene/ oral hygiene.tw  
 tongue/, tongue brush\$.tw, tongue scrap\$.tw  
 chewing gum/, gum.tw, lozenge.tw

**Таблиця 1** Ключі до пошукових термінів.

Пошукова команда	Пояснення
/	включає предметний покажчик MeSH зі всіма обраними рубриками
.tw	включає пошук терміну в назві анотації
exp	вказує на те, що предметний покажчик MeSH був розширеним для включення точних, більш специфічних термінів під ним в дереві MeSH
\$	вказує на те, що елемент пошуку був скорочений (наприклад, «wart\$» буде шукати і «wart» і «warts»)

### **Джерела настанов**

[National Institute for Health and Care Excellence \(NICE\)](#)  
[Scottish Intercollegiate Guidelines Network \(SIGN\)](#)  
[National Guidelines Clearinghouse](#)  
[New Zealand Guidelines Group](#)  
[British Columbia Medical Association](#)  
[Canadian Medical Association](#)  
[Institute for Clinical Systems Improvement](#)  
[Guidelines International Network](#)  
[National Library of Guidelines](#)  
[National Health and Medical Research Council \(Australia\)](#)  
[Alberta Medical Association](#)  
[University of Michigan Medical School](#)  
[Michigan Quality Improvement Consortium](#)  
[Royal College of Nursing](#)  
[Singapore Ministry of Health](#)  
[Health Protection Agency](#)  
[National Resource for Infection Control](#)  
[CREST](#)  
[World Health Organization](#)  
[NHS Scotland National Patient Pathways](#)  
[Agency for Healthcare Research and Quality](#)  
[TRIP database](#)  
[Patient UK Guideline links](#)  
[UK Ambulance Service Clinical Practice Guidelines](#)  
[RefHELP NHS Lothian Referral Guidelines](#)  
[Medline \(with guideline filter\)](#)

**Джерела систематичних оглядів та метааналізів**The Cochrane Library :

Систематичні огляди

Протоколи

База даних абстрактів Оглядів ефектів

Medline (з фільтром для систематичних оглядів)

EMBASE (з фільтром для систематичних оглядів)

**Джерела оцінки медичних технологій та економічних оцінок**NIHR Health Technology Assessment programmeThe Cochrane Library :

NHS Economic Evaluations

Health Technology Assessments

Canadian Agency for Drugs and Technologies in HealthInternational Network of Agencies for Health Technology Assessment**Джерела рандомізованих контрольованих досліджень (РКД)**The Cochrane Library :

Central Register of Controlled Trials

Medline (with randomized controlled trial filter)

EMBASE (with randomized controlled trial filter)

**Джерела оглядів, заснованих на доказах, та узагальнень наявних доказів**VandolierDrug & Therapeutics BulletinMeReCNPCiBMJ Clinical EvidenceDynaMedTRIP databaseCentral Services Agency COMPASS Therapeutic Notes**Джерела національної політики**Department of HealthHealth Management Information Consortium (HMIC)**9. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

ABPI Medicines Compendium (2007k) *Summary of product characteristics for Corsodyl dental gel*. Electronic Medicines Compendium *Datapharm Communications Ltd.* [www.medicines.org.uk](http://www.medicines.org.uk) [Free Full-text]

ABPI Medicines Compendium (2009ax) *Summary of product characteristics for Corsodyl original mouthwash*. Electronic Medicines Compendium *Datapharm Communications Ltd.* [www.medicines.org.uk](http://www.medicines.org.uk) [Free Full-text]

ABPI Medicines Compendium (2009ay) *Summary of product characteristics for Corsodyl (chlorhexadine) spray*. Electronic Medicines Compendium *Datapharm Communications Ltd.* [www.medicines.org.uk](http://www.medicines.org.uk) [Free Full-text]

Borden, L.C., Chaves, E.S., Bowman, J.P. et al. (2002) The effect of four mouthrinses on oral malodor. *Compendium of Continuing Education in Dentistry* **23**(6), 531-536. [Abstract]

Bornstein, M.M., Kislig, K., Hoti, B.B. et al. (2009) Prevalence of halitosis in the population of the city of Bern, Switzerland: a study comparing self-reported and clinical data. *European Journal of Oral Sciences* **117**(3), 261-267. [Abstract]

Brunette, D.M., Proskin, H.M. and Nelson, B.J. (1998) The effects of dentifrice systems on oral malodor. *Journal of Clinical Dentistry* **9**(3), 76-82. [Abstract]

Codipilly, D.P., Kaufman, H.W. and Kleinberg, I. (2004) Use of a novel group of oral malodor measurements to evaluate an anti-oral malodor mouthrinse (TriOral™) in humans. *Journal of Clinical Dentistry* **15**(4), 98-104. [[Abstract](#)]

Coventry, J., Griffiths, G., Scully, C. and Tonetti, M. (2000) ABC of oral health: periodontal disease. *British Medical Journal* **321**(7252), 36-39. [erratum appears in *BMJ* (2000) **321**(7260), 526]. [[Free Full-text](#)]

DH and British Association for the Study of Community Dentistry (2009) *Delivering better oral health: an evidence-based toolkit for prevention - second edition*. Department of Health. [www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk) [[Free Full-text](#)]

Eli, I., Baht, R., Koriati, H. and Rosenberg, M. (2001) Self-perception of breath odor. *Journal of the American Dental Association* **132**(5), 621-626. [[Abstract](#)]

Farrell, S., Baker, R.A., Somogyi-Mann, M. et al. (2006) Oral malodor reduction by a combination of chemotherapeutic and mechanical treatments. *Clinical Oral Investigations* **10**(2), 157-163. [[Abstract](#)]

Farrell, S., Barker, M.L. and Gerlach, R.W. (2007) Overnight malodor effect with a 0.454% stabilized stannous fluoride sodium hexametaphosphate dentifrice. *Compendium of Continuing Education in Dentistry* **28**(12), 658-662. [[Abstract](#)]

Farrell, S., Barker, M.L., Walanski, A. and Gerlach, R.W. (2008a) Short-term effects of a combination product night-time therapeutic regimen on breath malodor. *Journal of Contemporary Dental Practice* **9**(6), 1-8. [[Abstract](#)]

Faveri, M., Hayacibara, M.F., Pupio, G.C. et al. (2006) A cross-over study on the effect of various therapeutic approaches to morning breath odor. *Journal of Clinical Periodontology* **33**(8), 555-560. [[Abstract](#)]

Fedorowicz, Z., Aljufairi, H., Nasser, M. et al. (2008) *Mouthrinses for the treatment of halitosis (Cochrane Review)*. The Cochrane Library. Issue 4. John Wiley & Sons, Ltd. [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com) [[Free Full-text](#)]

Gerlach, R.W., Hyde, J.D., Poore, C.L. et al. (1998) Breath effects of three marketed dentifrices: a comparative study evaluating single and cumulative use. *Journal of Clinical Dentistry* **9**(4), 83-88. [[Abstract](#)]

Greenstein, R.B., Goldberg, S., Marku-Cohen, S. et al. (1997) Reduction of oral malodor by oxidizing lozenges. *Journal of Periodontology* **68**(12), 1176-1181. [[Abstract](#)]

Grigor, J. and Roberts, A.J. (1992) Reduction in the levels of oral malodor precursors by hydrogen peroxide: in-vitro and in-vivo assessments. *Journal of Clinical Dentistry* **3**(4), 111-115. [[Abstract](#)]

Haas, A.N., Silveira, E.M. and Rosing, C.K. (2007) Effect of tongue cleansing on morning oral malodour in periodontally healthy individuals. *Oral Health & Preventive Dentistry* **5**(2), 89-94. [[Abstract](#)]

Hu, D., Zhang, Y.P., Petrone, M. et al. (2003) Clinical effectiveness of a triclosan/copolymer/sodium-fluoride dentifrice in controlling oral malodor: a three-week clinical trial. *Compendium of Continuing Education in Dentistry* **24**(9 Suppl), 34-41. [[Abstract](#)]

Hu, D., Zhang, Y.P., Petrone, M. et al. (2005) Clinical effectiveness of a triclosan/copolymer/sodium fluoride dentifrice in controlling oral malodor: a 3-week clinical trial. *Oral Diseases* **11**(Suppl 1), 51-53.

Hu, D., Zhang, Y.P., DeVizio, W. and Proskin, H.M. (2008a) A clinical investigation of the efficacy of two dentifrices for controlling oral malodor and plaque microflora overnight. *Journal of Clinical Dentistry* **19**(3), 106-110. [[Abstract](#)]

Hughes, F.J. and McNab, R. (2008) Oral malodour - a review. *Archives of Oral Biology* **53**(Suppl 1), S1-S7. [[Abstract](#)]

Ierardi, E., Amoroso, A., La Notte, T. et al. (1998) Halitosis and *Helicobacter pylori*: a possible relationship. *Digestive Diseases and Sciences* **43**(12), 2733-2737. [[Abstract](#)]

Katsinelos, P., Tziomalos, K., Chatzimavroudis, G. et al. (2007) Eradication therapy in *Helicobacter pylori*-positive patients with halitosis: long-term outcome. *Medical Principles and Practice* **16**(2), 119-123. [[Abstract](#)]

Kozlovsky, A., Goldberg, S., Natour, I. et al. (1996) Efficacy of a 2-phase oil: water mouthrinse in controlling oral malodor, gingivitis, and plaque. *Journal of Periodontology* **67**(6), 577-582. [[Abstract](#)]

Lee, S.S., Zhang, W. and Li, Y. (2007i) Halitosis update: a review of causes, diagnoses, and treatments. *Journal of the Californian Dental Association* **35**(4), 259-268. [[Abstract](#)]

Loesche, W.J. and Kazor, C. (2002) Microbiology and the treatment of halitosis. *Periodontology 2000* **28**(1), 256-279. [[Abstract](#)]

Messadi, D.V. and Younai, F.S. (2003) Halitosis. *Dermatologic Clinics* **21**(1), 147-155. [[Abstract](#)]

Morita, M. and Wang, H. (2001) Association between oral malodor and adult periodontitis: a review. *Journal of Clinical Periodontology* **28**(9), 813-819. [[Abstract](#)]

Navada, R., Kumari, H., Le, S. and Zhang, J. (2008) Oral malodor reduction from a zinc-containing toothpaste. *Journal of Clinical Dentistry* **19**(2), 69-73. [[Abstract](#)]

Newby, E.E., Hickling, J.M., Hughes, F.J. et al. (2008) Control of oral malodour by dentifrices measured by gas chromatography. *Archives of Oral Biology* **53**(Suppl 1), S19-S25. [[Abstract](#)]

NICE (2005k) *Referral guidelines for suspected cancer (NICE guideline)*. . Clinical guideline 27. *National Institute for Health and Care Excellence*. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk) [[Free Full-text](#)]

Niles, H.P., Vazquez, J., Rustogi, K.N. et al. (1999) The clinical effectiveness of a dentifrice containing triclosan and a copolymer for providing long-term control of breath odor measured chromatographically. *Journal of Clinical Dentistry* **10**(4), 135-138. [[Abstract](#)]

Olshan, A.M., Kohut, B.E., Vincent, J.W. et al. (2000) Clinical effectiveness of essential oil-containing dentifrices in controlling oral malodor. *American Journal of Dentistry* **13**(Spec No), 18C-22C. [[Abstract](#)]

Outhouse, T.L., Al-Alawi, R., Fedorowicz, Z. and Keenan, J.V. (2006) *Tongue scraping for treating halitosis (Cochrane Review)*. The Cochrane Library. Issue 2. *John Wiley & Sons, Ltd.* [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com) [[Free Full-text](#)]

Pedrazzi, V., Sato, S., de Mattos, Mda, G. et al. (2004) Tongue-cleaning methods: a comparative clinical trial employing a toothbrush and a tongue scraper. *Journal of Periodontology* **75**(7), 1009-1012. [[Abstract](#)]

Peruzzo, D.C., Salvador, S.L., Sallum, A.W. and da Noqueira-Filho, G.R. (2008a) Effects of sodium lauryl sulphate (SLS), present in dentifrice, on volatile sulphur compound (VSC) formation in morning bad breath. *Journal of the International Academy of Periodontology* **10**(4), 130-136. [[Abstract](#)]

Porter, S.R. and Scully, C. (2006a) Oral malodour (halitosis). *British Medical Journal* **333**(7569), 632-635. [[Free Full-text](#)]

Quirynen, M. (2003) Management of oral malodour. *Journal of Clinical Periodontology* **30**(Suppl 5.), 17-18. [[Abstract](#)]

Quirynen, M., Avontrodt, P., Soers, C. et al. (2002a) The efficacy of amine fluoride/stannous fluoride in the suppression of morning breath odour. *Journal of Clinical Periodontology* **29**(10), 944-954. [[Abstract](#)]

Quirynen, M., Zhao, H. and van Steenberghe, D. (2002b) Review of the treatment strategies for oral malodour. *Clinical Oral Investigations* **6**(1), 1-10. [[Abstract](#)]

Quirynen, M., Dadmio, J., Van den Velde, S. et al. (2009) Characteristics of 2000 patients who visited a halitosis clinic. *Journal of Clinical Periodontology* **36**(11), 970-975. [[Abstract](#)]

Rassameemasmaung, S., Sirikulsathean, A., Amornchat, C. et al. (2007) Effects of herbal mouthwash containing the pericarp extract of *Garcinia mangostana* L on halitosis, plaque and

papillary bleeding index. *Journal of the International Academy of Periodontology* **9**(1), 19-25. [[Abstract](#)]

Raven, S.J. (1996) The efficacy of a combined zinc and triclosan system in the prevention of oral malodour. In: van Steenberghe, D. and Rosenberg, M. (Eds.) *Bad breath: a multidisciplinary approach*. Leuven: Leuven University Press. 241-254.

Reingewirtz, Y., Girault, O., Reingewirtz, N. et al. (1999) Mechanical effects and volatile sulfur compound-reducing effects of chewing gums: comparison between test and base gums and a control group. *Quintessence International* **30**(5), 319-325. [[Abstract](#)]

Rosenberg, M. (1996) Clinical assessment of bad breath: current concepts. *Journal of the American Dental Association* **127**(4), 475-482. [[Abstract](#)]

Scully, C. and Felix, D.H. (2005a) Oral medicine--update for the dental practitioner: oral malodour. *British Dental Journal* **199**(8), 498-500. [[Abstract](#)] [[Free Full-text](#)]

Scully, C. and Felix, D.H. (2005b) Oral medicine - update for the dental practitioner: dry mouth and disorders of salivation. *British Dental Journal* **199**(7), 423-427. [[Abstract](#)] [[Free Full-text](#)]

Scully, C. and Greenman, J. (2008) Halitosis (breath odor). *Periodontology 2000* **48**(1), 66-75.

Seemann, R., Kison, A., Bizhang, M. and Zimmer, S. (2001) Effectiveness of mechanical tongue cleaning on oral levels of volatile sulfur compounds. *Journal of the American Dental Association* **132**(9), 1263-1318. [[Abstract](#)]

Sharma, N.C., Galustians, H.J., Qaquish, J. et al. (1999a) The clinical effectiveness of a dentifrice containing triclosan and a copolymer for controlling breath odor measured organoleptically twelve hours after toothbrushing. *Journal of Clinical Dentistry* **10**(4), 131-134. [[Abstract](#)]

Sharma, N.C., Galustians, H.J., Qaqish, J. et al. (2002b) The clinical efficacy of Colgate Total Plus Whitening toothpaste containing a special grade of silica and Colgate Total toothpaste for controlling breath odor twelve hours after toothbrushing: a single-use clinical study. *Journal of Clinical Dentistry* **13**(2), 73-76. [[Abstract](#)]

Sharma, N.C., Galustians, H.J., Qaqish, J. et al. (2007b) Clinical effectiveness of a dentifrice containing triclosan and a copolymer for controlling breath odor. *American Journal of Dentistry* **20**(2), 79-82. [[Abstract](#)]

Vandekerckhove, B., Van den Velde, S., De Smit, M. et al. (2009) Clinical reliability of non-organoleptic oral malodour measurements. *Journal of Clinical Periodontology* **36**(11), 964-969. [[Abstract](#)]

van den Broek, A.M., Feenstra, L. and de Baat, C. (2007) A review of the current literature on aetiology and measurement methods of halitosis. *Journal of Dentistry* **35**(8), 627-635. [[Abstract](#)]

van den Broek, A.M., Feenstra, L. and de Baat, C. (2008) A review of the current literature on management of halitosis. *Oral Diseases* **14**(1), 30-39. [[Abstract](#)]

Van den Velde, S., van Steenberghe, D., Van Hee, P. and Quirynen, M. (2009) Detection of odorous compounds in breath. *Journal of Dental Research* **88**(3), 285-289. [[Abstract](#)]

Verran, J. (2005) Malodour in denture wearers: an ill-defined problem. *Oral Diseases* **11**(Suppl 1.), 24-28. [[Abstract](#)]

Wåler, S.M. (1997) The effect of zinc-containing chewing gum on volatile sulfur-containing compounds in the oral cavity. *Acta Odontologica Scandinavica* **55**(3), 198-200. [[Abstract](#)]

Winkel, E.G., Roldan, S., Van Winkelhoff, A.J. et al. (2003) Clinical effects of a new mouthrinse containing chlorhexidine, cetylpyridinium chloride and zinc-lactate on oral halitosis A dual-center, double-blind placebo-controlled study. *Journal of Clinical Periodontology* **30**(4), 300-306. [[Abstract](#)]

Yaegaki, K. and Coil, J.M. (2000) Examination, classification, and treatment of halitosis; clinical perspectives. *Journal of the Canadian Dental Association* **66**(5), 257-261. [[Abstract](#)] [[Free Full-text](#)]