

капилляров, между которыми располагается прозрачная стекловидная ткань. Хорошо этот феномен наблюдается в лупу при 3-х-7-ми кратном увеличении. Десневой край обычно в таких случаях не отечен и не кровоточив. Диффузные катаральные явления и капилляриты исчезают по мере угасания активности соматических заболеваний под воздействием комплексного лечения.

Для ССД и ДМ характерны атрофические явления, нередко проявляющиеся обнажающим гингивитом, обычно в области одного нижнего переднего зуба. При ДМ обнажающий гингивит сопровождается грануляциями, гиперемией, легкой кровоточивостью. При СКВ обнажающий гингивит тоже встречается, но реже чем при ССД и ДМ.

Хронический гипертрофический гингивит 1-й и 2-й степени встречается редко, обычно в виде валикообразного утолщения десневого края.

Итак, у наблюдавшихся нами детей часто поражается пародонт, что свидетельствует о вовлечении в патологический процесс и тканей зубочелюстной системы.

АКТИВНОСТЬ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ ДЕТЕЙ С АУТОИМУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

И.А.Падалка, Н.Г.Старицына

Украинская медицинская стоматологическая академия, г.Полтава

При диффузных заболеваниях соединительной ткани (ДБСТ) и ревматидном артрите (РА) у детей выявлена высокая активность кариеса (И.А.Падалка, 1976, 1987). Мы, предположили, что в цепи факторов, предрасполагающих к развитию кариеса у детей, страдающих ДБСТ и РА, и тех, которых лечили глюкокортикоидами, может быть и снижение в слюне активности щелочной фосфатазы. Ведь она выполняет важную роль в фосфорно-кальциевом обмене и способна снижать проницаемость эмали зуба (Й.Тодоров, 1968, В.Н.Чиликин, 1979), что имеет большое значение в формировании сопротивляемости зубов к кариесу.

Для подтверждения возникшего предположения в 284 пробах свободнотекучей слюны собранной утром натощак у детей, больных системной красной волчанкой (СКВ), системной склеродермией (ССД), дерматомиозитом (ДМ) и ревматоидным артритом (РА), определена активность щелочной фосфатазы по методике BESSEY, LOWRY, BROCK(1946), выражаемая в единицах. С этой целью использован набор химикатов для определения щелочной фосфомоноэстеразы в сыворотке крови, производимых н.п. ЛАХЕМА. Контролем служили данные исследования щелочной фосфатазы в 33 пробах ротовой жидкости практически здоровых детей, не имевших хронических заболеваний.

Установлено, что активность щелочной фосфатазы смешанной слюны детей равнялась: при СКВ — $8,8 \pm 1,25$; при ССД — $6,7 \pm 1,98$; при ДМ — $7,2 \pm 1,27$; при РА — $4,4 \pm 0,74$; у здоровых детей — $12,2 \pm 1,67$. Общей для всех изученных заболеваний закономерности изменений активности щелочной фосфатазы слюны в зависимости

от тяжести процесса не выявлено. Так, наиболее выраженное существенное снижение активности щелочной фосфатазы наблюдалось у больных с СКВ при 1-й степени ее активности, у больных с ДМ при 3-й степени, у больных с РА при 2 и 3-й степенях.

Таким образом, у детей, страдающих ДБСТ и РА и леченных глюкокортикоидами, выявлено слабое звено в цепи факторов, препятствующих развитию кариеса, — снижение активности щелочной фосфатазы в смешанной слюне.

СРЕДСТВА ИНТЕГРАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПАРОДОНТИТА И КАРИЕСА

*Т.А.Палий, Г.Ф.Белоключкая, В.А.Пахомава, О.О.Протункевич,
Д.А.Мельничук*

Одесский научно-исследовательский институт стоматологии, г.Одесса

Так как у большинства людей наблюдается развитие кариеса и пародонтита одновременно, в основе которых лежат сдвиги кислотно-щелочного равновесия (КЩР) как в сторону ацидоза, так и в сторону алкалоза, для профилактики и лечения стоматологических заболеваний необходимо отдавать предпочтение препаратам универсального действия. Интегральные средства коррекции КЩР приобретают особое значение для профилактики стоматологических заболеваний у детей из зоны аварии на ЧАЭС, так как на фоне общего защелачивания организма наблюдают явления местного ацидоза в тканях при соприкосновении последних с радионуклидами. Компресованный метаболический ацидоз возникает при избытке в рационе аммония и белков, фтора в питьевой воде, гиподинамии, иммобилизационном и хирургическом стрессе, низкоэнергетическом лазерном излучении, контаминации *Actinomyces eriksonii*. Активация липолиза и накопление недоокисленных продуктов при сниженном функционировании трикарбонного цикла в тканях являются пусковой реакцией ацидотического состояния. Ускорение, при этом, трансаминирования, образование аммиака и глюконеогенеза, снижение активности реакций карбоксилирования, поступление из костной ткани карбонатов при увеличении количества и функциональной активности остеокластов являются компенсаторными механизмами, направленными на связывание ионов водорода и предотвращение сдвига pH. Обменные перестройки при ацидозе приводят к подавлению естественного и активации приобретенного местного и гуморального иммунитета. Избыток в рационе рафинированного сахара, эмоциональный стресс, высокоэнергетическое лазерное излучение, комплексы витаминов РЕВИТ, ПАНГЕКСАВИТ, АЗРОВИТ и контаминация *Actinomyces naeslundii* приводят к развитию метаболического алкалоза, при котором сниженное образование ионов водорода и ускоренное их расходование в активированных процессах перекисного окисления липидов компенсируется увеличением образования органических кислот. Первые в мировой практике средства для интегральной коррекции сдвигов КЩР и профилактики пародонтита и кариеса, запатентованные на Украине и в России, содержат в своем составе минеральные компоненты — НАМАЦИТ, САНАСОЛ,