

в возрастном аспекте в процессе физиологической стертости эмали при отсутствии кутикулы происходит адаптационный процесс, который проявляется в виде редукции головок эмалевых призм и увеличении количества межпризменного вещества. Эти адаптационные изменения обеспечивают защиту участков стираемости от действия экзогенных факторов.

Summary

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF DENTAL CROWN AGE-OLD DEPENDING ON AGE FACTOR

Bakumenko V.N., Gasyuk P.A., Gasyuk N.V.

Keywords: teeth, enamel, cuticle, histostructure.

Referring to the age factor it is important to distinguish between the anatomical dental crown of children and clinical one. A change of anatomical dental crown with clinical one has been found out in elderly and gerontic persons. Moreover, there is observed the enamel abrasion on the cutting edges and occlusal surfaces of the teeth belonging to the various types, and the lengthening of clinical dental neck due to the replacement of enamel with cement-like substance may be seen. Thus, in aging due to the physiological process of enamel abrasion under the cuticle absence the adaptive process develops which manifests itself by the reduction of enamel prism heads and by the increasing the amount of interprismatic substance. These adaptive responses provide the protection of worn dental areas from exogenous factors.

УДК [616.316.616.85] -07 -08

НАВАНТАЖУВАЛЬНІ САЛІВАТОРНІ ПРОБИ В ДІАГНОСТИЧНОМУ І ЛІКУВАЛЬНОМУ ПРОЦЕСАХ У ХВОРИХ З НЕВРОГЕННОЮ СІАЛОПАТІЄЮ

Гаврильєв В.М., Рибалов О.В.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Під спостереженням знаходилося 86 хворих з різним ступенем проявів особової реактивної тривоги, підтвердженої результатами вивчення показників психоемоційного стану за шкалою Спілберга. Сіалометричні дослідження у хворих невропатією показали, що застосування навантажувальних саліваторних проб дозволяє об'єктивно оцінити функціональні порушення в привушних залозах, залучених в реактивний процес. Застосування саліваторних проб в клініці захворювань слинних залоз реактивного невrogenного характеру може служити не тільки для діагностики їх морфо-функціональних порушень, але і для оцінки ефективності лікувальних заходів, що проводяться з метою відновлення функції секреторного апарату.

Ключові слова: невропатія, сіалометрія, реактивна сіалопатія, паротидний секрет.

Великі слинні залози володіють безліччю функціональних характеристик, провідними з яких є вироблення секрету, функція виділення, травна, гомеостатична (підтримка оптимального середовища в порожнині рота), ендокринна, антибактеріальна [1].

З середини 70-х років минулого століття і до теперішнього часу відмічається активне вивчення питань не тільки діагностики і лікування запальних і дистрофічних процесів у великих слинних залозах, але й реакцій слинних залоз у відповідь на різноманітні загальносоматичні захворювання. Зокрема, це стосується хвороби і синдрому Шегрена, захворювань кишківника, печінки, нирок, легень, щитоподібної, передміхурової і підшлункової залоз, пухлин різної локалізації [2].

Всіма цими дослідженнями підтверджується вислів, що великі слинні залози людини, володіючи різноманітними функціями, мають здатність до своєрідних реакцій на різні зовнішні впливи і внутрішньоорганні порушення [3]. З часів І.П. Павлова відомо, що слинні залози є високочутливим об'єктом до нервових впливів, що визначило їх провідне місце в науковому обґрунтуванні оцінки умовно рефлекторної діяльності [4,

5]. І разом з тим, як відзначають [5], зі всіх захворювань слинних залоз найменш вивченими є їх реактивні зміни, які виникають в результаті таких порушень загального характеру як невропатії. Фактично позаосередковій невропатії – це своєрідне відображення реакцій у відповідь не стресові ситуації [6, 7].

Для об'єктивної оцінки функціонального стану слинних залоз з середини п'ятдесятих років минулого сторіччя почали використовувати метод роздільного збору секрету з привушної і піднижньощелепної слинних залоз за допомогою капсули Красногорського, металевих канюль або поліетиленових катетерів [8, 9]. Цей вид дослідження під назвою сіалометрія введений і в клініку запальних і системних захворювань слинних залоз [10].

Загальновідомо, що в клінічних проявах реакцій у відповідь з боку слинних залоз на загальносоматичні патологічні процеси є падіння їх секреторної функції, що призводить до симптоматичної або органної ксеростомії [11, 12].

Наукових публікацій відносно характеристик секреторного процесу в слинних залозах у хворих з невропатіями під час проведення

* Тема дослідження є фрагментом наукової теми ВДНЗУ «УМСА» «Механізми пошкодження зубощелепної системи, резистентність організму та обґрунтування способів профілактики, терапії та реабілітації основних стоматологічних захворювань» (Державний реєстраційний № 0197U018550). Самофінансування.

лікувальних заходів нами не знайдено.

Метою нашого дослідження було вивчення змін величини секреції під впливом її стимуляції у хворих неврогенною сіалопатією в динаміці лікування.

Матеріал і методи дослідження

Під нашим спостереженням знаходилося 86 хворих з різним ступенем проявів особливої реактивної тривоги, підтвердженої результатами вивчення показників психоемоційного стану за шкалою Спілберга. Вік хворих коливався від 16 до 49 років. Чоловіків було 33, жінок – 53. При первинному зверненні всі хворі відзначали збільшення однієї або обох привушних залоз, сухість слизових оболонок порожнини рота різного ступеня.

Окрім опитування, огляду, пальпації слинних залоз проводилося зондування вивідних проток привушних і піднижньощелепних залоз, сіалометрія до і після стимуляції в день звернення, через 15 і 30 днів після зняття явищ загострення патологічного процесу.

Сіалометрія здійснювалася вранці, натщесерце шляхом дренування проток привушних залоз металевими катетерами-голками. Дослідження проводилося в два прийоми. Спочатку визначалася секреторна функція залоз без стимуляції секреції, потім, через 30 хвилин після завершення першого етапу, дослідження повторювалося із застосуванням стимуляції секреції. Як стимулятор використовували 1% розчин лимонної кислоти, 10 крапель якої наносили на язик. Сіалометрія без стимуляції секреції і зі

стимуляцією проводилася протягом 10 хвилин. Разом з визначенням величини секреції уражених залоз вивчали в'язкість отриманого матеріалу на віскозиметрі ВК-4 [13].

Як контроль сіалометрія і визначення в'язкості паротидного секрету проведена у 15 добровольців, що не мали захворювань слинних залоз в анамнезі, і не страждали загальносоматичними захворюваннями.

Результати дослідження

Провести сіалометрію у більшості хворих в день звернення було важко у зв'язку з складністю введення в протоку дренажних пристроїв через значний спазм вістя.

Через 15 днів після ліквідації симптомів реактивної неврогенної сіалопатії всі досліджувані хворі скарг не пред'являли, слинні залози не були збільшеними, при пальпації не визначалася їх болісність. У порожнині рота була достатня кількість слини. При сіалометрії без стимуляції середні показники секреції, залучених в реактивний процес слинних залоз склали $1,68 \pm 0,06$ мл за 10 хвилин. Секреція симетричних залоз була в межах $2,37 \pm 0,13$ мл. Звертали на себе увагу значні коливання секреторного процесу у обстежуваних пацієнтів, що дозволило розділити їх на 3 підгрупи: перша (35 чоловік), у яких величина секреції наближалася до норми ($2,38 \pm 0,04$), друга (32 людини) – величина секреції була близької до нижньої межі норми ($1,48 \pm 0,04$), третя (19 чоловік) – середні показники секреції склали $0,71 \pm 0,01$ мл за 10 хвилин.

Таблиця 1

Величини секреції ураженими і симетричними привушними залозами, що визначалися у хворих з неврогенною сіалопатією, без стимуляції й із стимуляцією секреції через 15 і 30 днів після зняття загострення (за 10 хвилин дослідження)

Групи обстежених	Досліджувані залози	Кількість отриманого секрету			
		Через 15 днів після зняття загострення		Через 30 днів після зняття загострення	
		Без стимуляції секреції	Із стимуляцією секреції	Без стимуляції секреції	Із стимуляцією секреції
Вся група n=86	Уражені	$1,68 \pm 0,06$	$1,95 \pm 0,08$	$2,22 \pm 0,07$	$2,31 \pm 0,07$
	Симетричні	$2,37 \pm 0,13$	$2,41 \pm 0,15$	$2,51 \pm 0,10$	$2,81 \pm 0,08$
Перша підгрупа n=35	Уражені	$2,38 \pm 0,04$	$2,63 \pm 0,05$	$2,82 \pm 0,04$	$3,02 \pm 0,05$
	Симетричні	$2,62 \pm 0,07$	$3,12 \pm 0,05$	$2,89 \pm 0,05$	$3,06 \pm 0,10$
Друга підгрупа n=32	Уражені	$1,48 \pm 0,04$	$1,94 \pm 0,04$	$2,68 \pm 0,08$	$2,96 \pm 0,10$
	Симетричні	$2,38 \pm 0,05$	$2,91 \pm 0,06$	$2,63 \pm 0,05$	$3,11 \pm 0,07$
Третя підгрупа n=19	Уражені	$0,71 \pm 0,01$	$1,21 \pm 0,15$	$0,82 \pm 0,09$	$0,84 \pm 0,10$
	Симетричні	$1,86 \pm 0,10$	$2,01 \pm 0,09$	$1,92 \pm 0,07$	$1,88 \pm 0,09$
Здорові n=15	Без стимуляції	$2,94 \pm 0,10$			
	Із стимуляцією	$3,35 \pm 0,08$			

Секреція симетричних привушних залоз майже у всіх досліджуваних була достовірно нижчою, ніж у здорових осіб, особливо це відносилось до хворих третьої підгрупи.

За результатами сіалометрії уражених залоз, проведеної після стимуляції секреції, виявилось, що у хворих першої підгрупи вона збільшилася в

середньому на 0,25 мл, в другій – на 0,46 мл, в третій – на 0,5 мл. Симетричні привушні залози реагували на стимуляцію секреції так само (табл. 1).

Проведена через 30 днів після ліквідації періоду реактивних проявів сіалопатії сіалометрія без стимуляції секреції виявила, що

по кількості секрету, що виділяється, 5 хворих з третьої підгрупи перейшли в другу підгрупу; у другій підгрупі хворих у 13 чоловік величина секреції достовірно відповідала величині секреції у здорових; у першій підгрупі пацієнтів секреція, в порівнянні з попередніми дослідженнями, у 5 чоловік була трохи зменшеною.

Дослідження величин секреції, проведеної після її стимуляції через 30 днів по завершенню лікування неврогенної сіалопатії привушних залоз, визначило, що у хворих першої і другої підгруп вона збільшувалася майже однаково, хоча у 8 хворих другої підгрупи відносно відставала від показників по підгрупі. У 10 хворих третьої підгрупи кількість секрету, що виділяється, після стимуляції секреції достовірно не збільшувалася.

Симетричні привушні залози у хворих різних підгруп реагували на стимуляції секреції неод-

нозначно. Зокрема, у 12 хворих третьої підгрупи вираженого посилення секреторного процесу стимуляція не надала, що послужило підставою для проведення додаткового обстеження цих залоз.

Дослідження в'язкості паротидного секрету виявило, що в кожній підгрупі хворих вона мала свої особливості. Найбільша в'язкість паротидного секрету залучених в сіалопатичний процес залоз була у хворих третьої підгрупи як через 15 днів після зняття реактивних явищ ($1,4 \pm 0,25$ сПз без стимуляції секреції, $1,3 \pm 0,1$ сПз із стимуляцією секреції), так і через 30 днів після нормалізації клінічних проявів ($1,3 \pm 0,2$ сПз без стимуляції секреції, $1,2 \pm 0,2$ сПз із стимуляцією секреції).

У хворих першої і другої підгруп навіть через 30 днів після зняття реактивних проявів в'язкість секрету уражених залоз не приходила до цифр здорових осіб (табл. 2).

Таблиця 2

В'язкість паротидного секрету уражених і симетричних привушних залоз, що визначалася у хворих з реактивною неврогенною сіалопатією без стимуляції і із стимуляцією секреції через 15 і 30 днів після зняття реактивного процесу (у сантіпузах – сПз)

Групи обстежених	Секрет досліджуваних залоз	В'язкість секрету			
		Через 15 днів після зняття загострення		Через 30 днів після зняття загострення	
		Без стимуляції секреції	Із стимуляцією секреції	Без стимуляції секреції	Із стимуляцією секреції
Перша підгрупа n=35	Уражених	$1,2 \pm 0,21$	$1,2 \pm 0,11$	$1,1 \pm 0,2$	$1,1 \pm 0,1$
	Симетричних	$1,1 \pm 0,1$	$1,0 \pm 0,11$	$1,0 \pm 0,1$	$1,0 \pm 0,1$
Друга підгрупа n=32	Уражених	$1,3 \pm 0,2$	$1,2 \pm 0,1$	$1,1 \pm 0,2$	$1,1 \pm 0,1$
	Симетричних	$1,1 \pm 0,1$	$1,0 \pm 0,1$	$1,0 \pm 0,1$	$1,0 \pm 0,1$
Третя підгрупа n=19	Уражених	$1,4 \pm 0,25$	$1,3 \pm 0,1$	$1,3 \pm 0,2$	$1,2 \pm 0,2$
	Симетричних	$1,2 \pm 0,2$	$1,1 \pm 0,2$	$1,1 \pm 0,2$	$1,1 \pm 0,2$
Здорові n=15	Без стимуляції	$1,0 \pm 0,03$			
	Із стимуляцією	$1,0 \pm 0,01$			

Таким чином, наші дослідження показали, що застосування навантажувальних саліваційних проб дозволяє об'єктивно оцінити функціональні порушення в привушних залозах, залучених в реактивний процес у хворих невропатією. Ці порушення можна охарактеризувати як помірні (перша підгрупа), середньої тяжкості (друга підгрупа) і важкі (третя підгрупа). Фактично у хворих з помірним і середнім ступенем тяжкості патологічний процес має компенсаторний характер, а у хворих з важкими порушеннями розвинулися декомпенсовані явища, які не реагують на стимуляцію секретотворення, що є основою розвитку ксеростомії.

Отже, застосування саліваційних проб в клініці захворювань слинних залоз реактивного неврогенного характеру може служити не тільки для діагностики їх морфо-функціональних порушень, але і для оцінки ефективності лікувальних заходів, що проводяться з метою відновлення функції секреторного апарату.

Література

1. Сазама Л. Болезни слюнных желез / Сазама Л. – Прага: Авиценнум. 1971. – 252 с.
2. Пискунович М.Л. Секреция слюнных желез в норме и патологии / М.Л. Пискунович, В.И. Яковлева // Здоровохранение Белоруссии. – 1985. -№ 1. – С. 36-38.
3. Беликова П.Д. Влияние симпатической нервной системы на функцию, кровоснабжение и трофические процессы слюнных желез: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.06.16 "Патологическая физиология" / П.Д. Беликова. – К., 1978. – 22с.
4. Каасик А.Т. Особенности изменения некоторых биохимических показателей слюны студентов в условиях психоэмоционального стресса / А.Т. Каасик: // Секреция пищеварительных желез в норме и патологии: Тезисы докл. Всесоюзной конференции. – Андижан. 1988. – С. 98.
5. Ромачева И.Ф. Заболевания и повреждения слюнных желез / И.Ф. Ромачева, Л.А. Юдин, В.В. Афанасьев. - М.: Медицина. 1987. – 240 с.
6. Павлова М.Л. Психологический статус пациентов с различными формами ксеростомии / М.Л. Павлова, В.В. Афанасьев, Н.В. Гришина [и др.] // Актуальные вопросы

- диагностики и лечения заболеваний и поврежденных слюнных желез: Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященной I съезду сиалологов Российской Федерации: Мат. конф. – М. 2009. – С. 50-53.
7. Тарасенко Л.М. Реакция слюнных желез на острый стресс / Л.М. Тарасенко // Физиол. журн. – 1990. - № 2. – С. 104-106.
 8. Андреева Т.Б. Опыт изучения функции больших слюнных желез человека / Т.Б. Андреева // Стоматология. – 1965. - № 2. – С. 39-43.
 9. Димитров С. Приложение на раздельната сиалометрия за определяне на функционалната активност при хронични неспецифични възпалителни заболяване на подчелюстните и околоушните слюнчени жлези / С. Димитров // Стоматология. – София. – 1984. - № 6. – С. 7-11.
 10. Васильев Г.А. Клиника, диагностика и лечение хронических воспалительных заболеваний околоушных слюнных желез / Г.А. Васильев, И.Ф. Ромачева, О.В. Рыбалов // Стоматология. – 1969. – т. 48. - № 2. – С. 23-26.
 11. Гуржий О.В. Стан привушних залоз та органів порожнини рота при гострому апендициті та перитоніті у дітей: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 "Стоматологія" / О.В. Гуржий. -Полтава, 1995. – 19 с.
 12. Рыбалов О.В. Підсумки та перспективи наукових досліджень у розділі патології слинних залоз / О.В. Рыбалов // Матеріали I(VIII) з'їзду Асоціації стоматологів України. – К., 1999. – С. 56-60.
 13. Яценко И.В. Анализ исходов и прогноз у больных острым и хроническим паротитом: автореф. дис. на соискание ученой степени кандидата мед. наук: спец. 14.01.22 "Стоматология" / И.В. Яценко. – Полтава, 1992. – 24 с.

Реферат

НАГРУЗОЧНЫЕ САЛИВАТОРНЫЕ ПРОБЫ В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ И ЛЕЧЕБНОМ ПРОЦЕССАХ У БОЛЬНЫХ С НЕВРОГЕННОЙ СИАЛОПАТИЕЙ

Гаврильев В.Н., Рыбалов О.В.

Ключевые слова: невропатия, сиалометрия, реактивная сиалопатия, паротидный секрет.

Под наблюдением находилось 86 больных с разной степенью проявлений личностной реактивной тревоги, подтвержденной результатами изучения показателей психоэмоционального состояния по шкале Спилберга. Сиалометрические исследования у больных невропатией показали, что применение нагрузочных саливаторных проб позволяет объективно оценить функциональные нарушения в околоушных железах, вовлеченных в реактивный процесс. Применение саливаторных проб в клинике заболеваний слюнных желез реактивного неврогенного характера может служить не только для диагностики их морфо-функциональных нарушений, но и для оценки эффективности лечебных мероприятий, проводимых с целью восстановления функции секреторного аппарата.

Summary

LOADING SALIVATION'S TESTS IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH NEUROGENIC SIALOPATHY

Gavrilyev V.N., Ribalov O.V.

Keywords: neuropathy, sialometric, reactive sialopathy, parotids secretions

Under the supervision there were 86 patients with the various degree of the personal reactive anxiety manifestation, confirmed by the results obtained due to the study of the mental and emotional state indexes according to the Spilberg's scale. Sialometric investigations in patients with neurogenic sialopathy showed the applying of loading salivation's tests allowed to evaluate the functional changes in parotid glands involved into the pathological process. Salivation's tests in the cases referring to the neurogenic salivary gland diseases may be used not only to make a diagnosis of the morphological and functional changes but to estimate the effectiveness of the treatment carried out to restore the function of secretory apparatus.