

Таблиця 7. Фізико-хімічні властивості паротидного секрету у больних ХНЗЛ з тяжелою ступенню порушень функції слинних залоз (3 група)

| Исследуемый параметр | Секрет ОУЖ здоровых | Секрет ОУЖ 3 группы | P      |
|----------------------|---------------------|---------------------|--------|
| Прозрачность (У.е.)  | 0,021± 0,002        | 0,024 ± 0,003       | >0,05  |
| Вязкость (сПа)       | 1,0 ± 0,01          | 1,08 ± 0,07         | >0,05  |
| pH                   | 7,55 ± 0,03         | 7,38 ± 0,14         | > 0,05 |

- ти рта и некоторые свойства слюны у больных язвенной болезнью: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.21 - Москва, 1971. - 25с.
8. Левицкий А.П. Пищеварительные ферменты слюнных желез: Автореф. дис... докт. биол. наук: 03.00.04. - Одесса, 1974. - 53с.
  9. Мечева И.С., Рыбалов О.В. Цитологическое исследование секрета пораженных желез при первичных хронических паротитах. // Стоматология. -1971. - №2. - С. 23-27.
  10. Мягков И.И., Назар П.С. Хронический бронхит. -Київ: Здоров'я, 1994. - 154 с.
  11. Пискунович М.Л., Яковлева В.И. Секреция слюнных желез в норме и патологии //Здравоохранение Белоруссии. -1985. - № 1. - С.36-38.
  12. Рейдерман М.И. Муковисцидоз: генетика, патогенез, клиника. -М.: Медицина, 1974. - 111с.
  13. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев В.В. Заболевания и повреждения слюнных желез. - М.: "Медицина", 1987. - 240с.
  14. Саидкаримова У.А. Клиника, диагностика и лечение хронического интерстициального сиаладенитов у детей: Автореф. дис... канд. мед. наук. Москва, 1973. - 51с.
  15. Сюкевич М.Г. Характеристика захворювань внутрішніх органів у дітей, хворих на хронічний паренхіматозний паротит //Фізіологія і патологія перекисного окислення ліпідів, гемостазу та імунотенезу: Рада молодих вчених та спеціалістів. - Полтава, 1995. - С. 51-52.
  16. Сукманский О.И. Биологически активные вещества слюнных желез. -Киев: "Здоровья", 1991. - 111с.
  17. Токуева Л.И. Кальций, неорганический фосфор смешанной слюны, скорость слюноотделения и кариес-резистентность зубов в период их минерализации у детей // Стоматология. - 1993. - №1. - С. 62-64.

## PARTICULARITIES OF SALIVATION OF THE SICK SUFFERING FROM UNSPECIFIED CHRONICAL RESPIRATORY DISEASES (UCRD)

Skikevich M.G.

Secretory functioning of parotid sialine glands of 10 healthy people and 70 patients suffering from UCRD has been thoroughly studies. Cytological investigation of the secreta made it possible to reveal a significant difference in cellular composition in accordance with sialometry data.

Repeated cytological investigations reflect dynamics of this process and that dives all grounds to make positive evaluation of the said methods of investigation for diagnostics of salivation functioning.

The results of investigations are intended to be used to treat people suffering from hyposalivation and usiology of different etiology.

*Матеріал надійшов до редакції 27/VIII/1998*

© Петрушанко Т.О., Тарасенко Л.М., Непорада К.С.  
УДК 616.314.17-053.4-064

## ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ СИСТЕМИ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ У ПІДЛІТКІВ

*Петрушанко Т.О., Тарасенко Л.М., Непорада К.С.*

Широка розповсюдженість запальних та запально-дистрофічних захворювань пародонту серед населення земної кулі, збільшення їх частоти у дітей та осіб молодого віку, прогресуючий характер перебігу свідчить про недостатню ефективність профілактичних та лікувальних заходів щодо хвороб тканин пародонту [1, 2]. На жаль, проблема вікового підходу до профілактики захворювань пародонту з урахуванням психофізіологічних характеристик людини не набули належної уваги.

Наявність критичних періодів у розвитку дитячого організму та формуванні органів і тканин порожнини рота, різке підсилення психо-емоційної напруженості,

що становить загрозу для виживання, обумовлюють необхідність впровадження специфічних профілактичних заходів, направлених на попередження розвитку дезадаптації організму дитини в цілому та тканин пародонту, зокрема. Проведені в динаміці протягом 5 років власні епідеміологічні та клінічні обстеження підлітків та осіб молодого віку, дані багаторічних власних експериментальних досліджень [3, 4, 5], вивчення літературних джерел про роль факторів ризику у виникненні хвороб пародонту [6, 7, 8] сприяли створенню нової патогенетично обгрунтованої системи профілактично-лікувальних заходів для 12-річних дітей. Згідно даних В.Г.Сунцова [9] цей вік є критич-

ним щодо превалювання процесів демінералізації в твердих тканинах порожнини рота. Цей початковий період статевого дозрівання, що визначається як один із найважливіших переломних етапів індивідуального розвитку організму [10], характеризується психологічною перебудовою і підвищеною лабільністю нервової системи [11]. Приймаючи до уваги гостру соціальну значимість хронічного емоційного напруження, підвищену захворюваність дітей соматичною патологією [12], а також ефективність селективної профілактики карієсу [13] запропонована нами система базується на максимально індивідуалізованому підході до кожної дитини з урахуванням загального стану організму, психофізіологічних особливостей підлітка, сезонної біоритмології дитячого віку, індексів астенизації по антропометричним характеристикам, інтенсивності каріозного процесу, наявності флюорозу, стану прикусу, тканин пародонту, гігієни порожнини рота, а також місця проживання та умов навчання (патент на винахід № 96124556).

На основі отриманих результатів одночасно проведеного комплексного всебічного обстеження стоматологом та педіатром для кожної дитини індивідуально складається спеціальна пам'ятка, яка повинна щорічно коректуватись відповідно до зазначених факторів. Вона включає обов'язкові рекомендації: дотримання режиму дня, загартування, загальне оздоровлення, оздоровчий біг або регулярні фізичні заняття, якісне збалансоване харчування відповідно до віку із збільшенням вмісту кальцію в їжі (в регіонах з низьким вмістом кальцію у питній воді), молочнокислих продуктів, хліба темних та грубих сортів, вживання їжі, збагаченої природними біоантиоксидантами (смородина, щавель, сирі фрукти та овочі, шипшина, олії), обмежене споживання рафінованих легкозасвоюваних вуглеводів, жирів тваринного походження, солі, продуктів, що містять фтор (в регіонах із вмістом фтору у питній воді понад 1.5 мг/л), метилірованих ксантинів (кава, чай, какао). Рекомендовано інтенсивне жування із включенням твердих продуктів в кінці прийому їжі у сирому вигляді (яблука, морква, капуста, огірки), заборонено споживання вуглеводних продуктів у проміжках між прийомами їжі. В якості джерела найбільш збалансованого та адаптованого до організму комплексу мікроелементів усім дітям призначається ячна шкаралупа, але дозування враховує інтенсивність каріозного процесу, стан емалі зубів, супутню соматичну патологію. Всім підліткам рекомендується в листопаді та лютому протягом 21 дня приймати "Ревіт" у профілактичній дозі 2 драже на день та аскорбінову кислоту у дозі 1500 мг на весь курс профілактики протягом 3-х діб. Залежно від типології особистості, рівня її тривоги призначається природний м'який рослинний адаптоген - екстракт елутерококка у дозі 20 крапель на прийом і раз на день протягом 5-10 днів також двічі на рік у найбільш чутливих періодах організму людини до несприятливих оточуючих впливів, рекомендується оволодіти прийомами аутотренінгу [14]. Особлива увага приділяється гігієнічним заходам - двічі на день чистка зубів з використанням індивідуально рекомендованих зубних паст,

полоскання рота після кожного прийому їжі, обов'язковий щоденний аутомасаж ясен із втиранням зубних паст [15]. Стоматологічний статус дітей обумовлює рекомендації по лікуванню від прикусу, запальних захворювань пародонту, каріозних зубів, вторинній профілактиці флюорозу.

Запропонована нами патогенетично обґрунтована система профілактики захворювань пародонту по організаційній ефективності має 100% рівень охоплення 12-річних дітей. Більша частина профілактичних заходів здійснюється самостійно дітьми, їх батьками. Координуючу роль виконує стоматолог в тісному контакті з медичним персоналом школи, класними керівниками та батьками. Дана система профілактики захворювань пародонту можлива для запровадження у всіх регіонах, але потребує від стоматолога знань особливостей психофізіології дитини, зокрема підлітків, основ адаптаційної медицини, а також кліматогеографічних характеристик місцевості з урахуванням вмісту в питній воді кальцію, фтору.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Косенко К.М. Эпидемиология основных стоматологических заболеваний у населения Украины и пути их профилактики: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - К., 1994. - 45с.
2. Скляр В.Е., Косенко К.Н., Киселюк С.А. и др. Исследование состояния пародонта у школьников разных возрастных групп // Стоматология. - 1991. - № 6. - С. 52-54.
3. Тарасенко Л.М. Патогенез повреждения пародонта при стрессе: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1985. - 32с.
4. Петрушанко Т.А. Адаптация тканей пародонта к стрессорным влияниям (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Полтава, 1992. - 22с.
5. Непорада К.С. Взаємозв'язок метаболічних змін у тканинах пародонту при стресі із типологічними особливостями нервової системи та їх корекція: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Харків, 1995. - 21с.
6. Савранский Ф.З. Закономерности развития, кдинического течения кариеса зубов, болезней пародонта и факторы их обуславливающие: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - К., 1989. - 32с.
7. Хоменко Л.О., Неспрядько В.П., Кононович О.Ф. та ін. Стоматологічний статус дитячого населення, що проживає в умовах дії малих доз радіації // Вісник стоматології. - 1995. - №3. - С. 223-227.
8. Грудянов А.И. Методы профилактики заболеваний пародонта и их обоснование // Стоматология. - Т.74, № 3. - С. 21-24.
9. Сунцов В.Г. Пути совершенствования первичной профилактики и лечения начального кариеса зубов у детей: Автореф. дис. д-ра мед. наук. - М., 1987. - 40с.
10. Физиология подростка / Под ред. Д.А.Фарбер. - М., 1988. -208с.
11. Никоненко О.П. Порівняльний аналіз рівня основних властивостей нервових процесів у юнаків різних вікових груп // Фізіологічний журнал. - 1996. - Т.42, № 1-2. - С. 59-62.
12. Кундиев Ю.И., Навакатикян А.О. Проблемы психомоционального стресса и пути их решения // Журн. АМН Украины. - 1996. - Т.2, № 4. - С. 666-674.

13. Окушко В.Р. Кариес: превентивная терапия. - Донецк, 1993. - 110с.  
 14. Грохольский А.П., Кодола Н.А., Бургонский В.Г., Чайковский Ю.Б. Нетрадиционные методы лечения в стоматологии. - К:Здоров'я, 1995. - 376с.

15. Смоляр Н. І., Масний З.П., Поліканова Л.Г. Профілактика соматологічних захворювань у дітей. - Львів: Світ, 1995. - 152с.

Матеріал надійшов до редакції 12/VI/1998

© Тарасенко К.В., Ліхачов В.К.

УДК 618.3-06+547.995.15+616-003.2

## КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЕКСКРЕЦІЇ ІЗ СЛИНОЮ ТА СЕЧЕЮ ГЕКСУРОНОВИХ КИСЛОТ ПРИ ПІЗНЬОМУ ГЕСТОЗІ

*Тарасенко К.В., Ліхачов В.К.*

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава.

Пізнi гестози є найбільш актуальною проблемою акушерства, так як зустрічаються майже у 10% вагітних, супроводжуються тяжкими ускладненнями та високим рівнем перинатальної захворюваності і смертності [2,4]. Питання про причини та механізми розвитку пізніх гестозів потребує подальших досліджень. Одним із характерних проявів гестозів є порушення водно-електролітного гомеостазу, що обумовлює вазоконстрикція набряків та підвищення судинного тиску [2,8]. Але поза увагою дослідників залишається можлива роль сполучнотканинних структур у генезі пізніх гестозів. Як відомо, обмін катіонів ( $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Ca}^{2+}$ ) і їх переміщення із плазми в клітини і навпаки перш за все є обмін між кров'ю і основною речовиною сполучної тканини, полісахаридні компоненти якої несуть великий негативний заряд [5]. Гідратація та іонний заряд сполучної тканини - два фактори, які впливають на метаболізм паренхіматозних клітин. Найбільшою мірою їх обумовлюють протеоглікани, що є основною складовою частиною сполучної тканини та відзначаються високою інтенсивністю обміну [5, 10].

Мета даної роботи - дослідити екскрецію із слиною і сечею гексуранових кислот у вагітних з пізніми гестозами та обґрунтувати їх патогенетичне значення.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 123 вагітних жінок, які розподілені на 2 групи: перша група - жінки з вагітністю, ускладненою пізніми гестозами (набряк вагітних, нефропатія I, II та III ст.); друга група - жінки з нормальним перебігом вагітності.

Слину збирали натщесерце протягом 5 хвилин після ретельного ополіскування ротової порожнини. Сечу збирали за нічний період протягом 12 годин. В слині та сечі визначали вміст гексуранових кислот за методом Dische [13].

Об'єм позаклітинної рідини визначали шляхом використання тіонціанату натрію [1], об'єм циркулюючої плазми - за допомогою синьки Еванса [3]. Різниця між об'ємом позаклітинної рідини та об'ємом циркулюючої плазми становить об'єм інтерстиціальної рідини. Концентрацію натрію в плазмі крові визначали методом подум'яної фотометрії [7].

Одержані результати обробляли методом варіаційної статистики за Ст'юdentом.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У жінок з вагітністю, ускладненою пізнім гестозом, вміст гексуранових кислот в слині майже в 4 рази перевищував відповідні величини контрольної групи жінок з нормальним перебігом вагітності (табл.1). Такий характер змін екскреції гексуранових кислот із слиною при пізніх гестозах може бути обумовлений підвищеною деградацією протеогліканів - важливого компонента основної речовини, що забезпечує гідрофілію тканин [11, 12]. Тому є підстави стверджувати, що деполімеризація протеогліканів і вивільнення мономерів - гексуранових кислот, які входять до їх складу, може відігравати важливу роль у механізмі розвитку набряку вагітних. При цьому слід відзначити участь протеогліканів не тільки в підтриманні об'єму міжклітинної рідини, але і в організації колагенових фібрил [10].

Визначення гексуранових кислот при пізніх гестозах може мати діагностичне значення, якщо врахувати найбільшу інтенсивність обміну протеогліканів порівняно з іншими компонентами основної речовини сполучної тканини та вплив останньої на електролітний склад водних просторів організму [12]. Для вирішення даного питання ми порівнювали вміст гексуранових кислот в слині і в сечі. Нами встановлено, що у жінок з пізнім гестозом вміст гексуранових кислот в сечі більш ніж в 3 рази вищий порівняно з контролем (табл.1).