

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ТОЛЩИНЫ КОЖНО-ЖИРОВЫХ СКЛАДОК С АМПЛИТУДНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ У ПОДРОСТКОВ РАЗНЫХ СОМАТОТИПОВ, ЖИТЕЛЕЙ ПОДОЛЬСКОГО РЕГИОНА

Нурметова И.К.

Резюме. У 197 практически здоровых городских подростков екоморфного, екто-мезоморфного и мезоморфного соматотипов проведен корреляционный анализ взаимосвязей толщины кожно-жировых складок с амплитудными параметрами реоэнцефалограммы. Установлены различия между данными корреляций антропометрических параметров и реоэнцефалограммы в зависимости от пола и соматотипа обследуемых. У мальчиков, в сравнении с девочками, установлены более сильные и более частые обратные достоверные корреляции между показателями толщины кожно-жировых складок и амплитудными параметрами реоэнцефалограммы. Больше всего достоверных и недостоверных корреляций средней силы среди мальчиков наблюдалось у екоморфов, среди девочек - у экто-мезоморфов, отсутствуют корреляции в девочек-ектоморфов.

Ключевые слова: городские подростки, реоэнцефалография, толщина кожно-жировых складок, соматотип, корреляции.

PECULIARITIES OF THE CONNECTIONS OF SKIN-FAT FOLDS' THICKNESS WITH AMPLITUDE PARAMETERS OF THE RHOENCEPHALOGRAM IN ADOLESCENTS WITH DIFFERENT SOMATOTYPES LIVING IN PODILLYA REGION
Nurmetova I.K.

Summary. The correlative analysis of intercommunications of skin-fat folds' thickness with amplitude parameters of the rheoencephalogram has been evaluated in 197 practically healthy urban adolescents of ectomorphic, ecto-mesomorphic and mesomorphic somatotypes. Correlative disagreements have been set between anthropological parameters and results of the rheoencephalography depending on teenagers' sex and somatotypes. The prepotent and more frequent reverse truthful correlations are set between the indexes of skin-fat folds' thickness and amplitude parameters of the rheoencephalogram in boys by comparison to girls. Most truthful and untruthful correlations of the middle force among boys have been observed in the ectomorphic somatotype, among girls - in the ecto-mesomorphic somatotype, correlations are absent in girls- ectomorphic.

Key words: urban adolescents, rheoencephalography, skin-fat folds' thickness, somatotype, correlation.

УДК: 612.13:616.814-002:613.95:577.73

ДИНАМІКА ЧАСТОТИ УРАЖЕНОСТІ КАРІЄСОМ МОЛЯРІВ У ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ПІДЛІТКІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ Й СТАТІ

Руда І.В., Рудий Ю.Й., Чугу Т.В., Варивода В.О.

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова (вул.Пирогова, 56, м.Вінниця, 21018, Україна)

Резюме. В статті представлені показники загальної інтенсивності ураженості карієсом зубів та частота ураженості карієсом перших і других молярів і їх поверхонь у практично здорових підлітків Подільського регіону в залежності від віку і статі.

Ключові слова: інтенсивність карієсу зубів, здорові міські підлітки, моляри.

Вступ

Карієс - це хвороба цивілізації. Дані літератури свідчать, що в різні вікові періоди виникає відповідна ураженість зубів карієсом [Алимский, Аличева, 2003; Гунас та ін., 2005]. У розвитку каріозного процесу також велике значення має резистентність тканин зуба, яка пов'язана з його індивідуальними структурними особливостями. Клінічні спостереження показують, що одні зуби швидко вражаються каріозним процесом, а інші при цьому залишаються зовсім інтактними. Це свідчить про те, що в порожнині рота має місце неоднакова резистентність окремих зубів до карієсу [Сайфуллина, 2000].

В останні десятиріччя на Україні та в інших країнах світу значно підвищився рівень інтенсивності ураженості зубів карієсом особливо серед дітей та підлітків. Це пов'язано зі значним впливом екологічних чинників, процесів акселерації, хворобами внутрішніх органів і систем, спадкових чинників та інших несприятливих місцевих та загальних факторів [Каськова та ін., 2004; Носырева, 1999]. Однак, сьогодні в літературі зустрічаються лише поодинокі повідомлення [Беляєв, 2005] про

рівень ураженості окремих зубів карієсом у практично здорового контингенту населення без супутньої патології внутрішніх органів і систем, зокрема у підлітків.

Тому метою нашого дослідження було визначення інтенсивності карієсу зубів і частоти ураженості карієсом молярів у практично здорових хлопчиків і дівчаток у залежності від віку і статі.

Матеріали та методи

Нами було проведено комплексне обстеження 242 практично здорових міських підлітків мешканців Подільського регіону України. Використовуючи схему вікової періодизації онтогенезу людини, яка була прийнята на VII Всесоюзній конференції з проблем вікової морфології, фізіології та біохімії АМН СРСР [Бунак, 1965], в групу підлітків були віднесені дівчатка з 12 до 15 років та хлопчики з 13 до 16 років. Загальна кількість обстежених дівчаток склала 116, а хлопчиків - 126. У кожній віково-статевій групі підлітків було не менше 25 осіб. Загальний стан здоров'я підлітків був підтверджений на базі науково-дослідного центру ВНМУ ім. М.І.Пирого-

ва, де після попереднього анкетування підлітків щодо наявності в анамнезі будь-яких захворювань, проводилося психофізіологічне та психогігієнічне анкетування відібраних підлітків і їх детальне клініко-лабораторне обстеження.

Огляд стану твердих тканин постійних зубів проводили за загальноприйнятною методикою за допомогою стоматологічного зонда й дзеркала. При огляді зубів звертали увагу на їх колір, локалізацію, характер та глибину ураження твердих тканин каріозним процесом. Інтенсивність ураження зубів карієсом визначали за індексом КПВ, де К - кількість зубів уражених карієсом та його ускладненнями; В - кількість видалених зубів; П - кількість пломб.

Статистичний аналіз отриманих результатів проведено за допомогою програми STATISTICA (версія 5,0 фірми Statsoft) із використанням параметричних та непараметричних методів оцінки показників. Достовірність різниці значень вираховувалась за допомогою формули Weber [Боровиков, 1998].

Результати. Обговорення

Аналіз результатів проведених досліджень показав, що у практично здорових дівчаток середні показники загальної інтенсивності карієсу зубів у залежності від віку поступово збільшуються від показників середнього рівня інтенсивності карієсу ($2,95 \pm 2,56$) у дівчаток 12 років до показників високого рівня - $5,56 \pm 3,84$ у дівчаток 15 років. У хлопчиків загальна інтенсивність карієсу зубів навпаки з віком дещо зменшується від високих показників КПВ ($4,84 \pm 3,03$) у 13-річних до середніх показників КПВ ($4,2 \pm 2,46$) у 16-річних хлопчиків.

Слід відзначити, що у практично здорових міських підлітків Подільського регіону України в період постійного прикусу на етапі мінералізації й формування коренів у залежності від віку відмічається найбільш інтенсивно ураженість карієсом молярів.

У результаті проведених досліджень встановлено, що частота ураженості карієсом верхніх перших молярів значно збільшується в залежності від віку у дівчаток (табл. 2). Виявлено, що 12-річних дівчаток відсоток уражених карієсом верхніх перших молярів достовірно менший ($p < 0,01-0,05$) у порівнянні з 15-річними і на 11-23% менший у порівнянні з 13 і 14-річними. При аналізі поширеності карієсу на окремих поверхнях встановлено, що у 12-річних дівчаток уражались каріозним процесом жувальні поверхні 16-зубів у 13,64%

Таблиця 1. Частота ураженості карієсом перших і других молярів у практично здорових хлопчиків в залежності від віку (%).

№ зуба	13 років (n=33)	14 років (n=29)	15 років (n=32)	16 років (n=32)	p ₁₋₂	p ₁₋₃	p ₁₋₄	p ₂₋₃	p ₂₋₄
16	49,84	29,17	33,34	52,00	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05
26	58,14	45,83	51,86	60,00	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
36	74,42	62,50	66,62	56,00	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
46	67,75	58,33	70,37	64,00	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
17	6,98	4,173	11,11	8,000	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
27	13,95	16,67	14,82	20,00	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
37	32,56	24,24	37,04	48,00	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05
47	32,56	37,2	29,63	28,00	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Таблиця 2. Частота ураженості карієсом перших і других молярів у практично здорових дівчаток в залежності від віку (%).

№ зуба	12 років (n=29)	13 років (n=27)	14 років (n=25)	15 років (n=25)	p ₁₋₂	p ₁₋₃	p ₁₋₄	p ₂₋₃	p ₂₋₄
16	37,37	46,16	37,04	52,00	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05
26	31,82	43,31	55,56	66,00	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	<0,01
36	61,36	73,08	72,52	76,00	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
46	59,11	65,39	77,78	72,00	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
17	2,277	-	14,82	16,00	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05
27	-	3,844	14,82	24,00	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05
37	2,277	34,62	66,67	60,00	<0,05	<0,05	<0,001	<0,05	<0,05
47	11,36	26,93	62,97	48,00	>0,05	<0,001	<0,01	>0,05	<0,05

випадків і 26-х зубів - у 18,18% випадків. У поодиноких випадках карієсом пошкоджувались апроксимальні поверхні 16 і 26-зубів та зустрічався вторинний каріозний процес. Пломбовані верхні перші моляри були лише у 11,36% 12-річних дівчаток. Відсоток уражених карієсом жувальних поверхонь верхніх перших молярів у 13-річних дівчаток складав близько 19%. Крім того, виявлено ураженням карієсу незначного відсотка апроксимальних і вестибулярних поверхонь (3,84% і 3,84%), а у 6,39% 13-річних дівчаток відмічається вторинний каріозний процес. При аналізі поширеності карієсу на окремих поверхнях верхніх перших молярів у дівчаток 14 і 15 років, встановлено, що відсоток уражених карієсом жувальних поверхонь збільшився у порівнянні з 13-річними і складав біля 26%. Крім того, в поодиноких випадках в 14- і 15-річних дівчаток виявлено ускладнення каріозного процесу (пульпіт, періодонтит) та видалені зуби. Частота пломбованих верхніх перших молярів коливалась від 11 до 22%.

Результати досліджень показали, що нижні перші моляри уражались каріозним процесом практично в 2 рази частіше ніж верхні перші моляри у всіх вікових групах дівчаток. Частота ураженості каріозним процесом 36 і 46 зубів у дівчаток від 12 до 15 років коливається від 60% до 77% (див. табл. 2). При аналізі поширеності карієсу на окремих поверхнях виявлено, що

відсоток уражених карієсом жувальних поверхонь нижніх перших молярів складав 20-35% у дівчаток у всіх вікових групах. При цьому частота пломбованих нижніх перших молярів у дівчаток 12-15 років коливалась від 18% до 28%. Слід відмітити, що від 2,27% до 7,69% карієс відмічався на апроксимальних поверхнях, в поодиноких випадках - на вестибулярній поверхні і на декількох поверхнях одночасно. Крім того, у дівчаток 14-15 років відмічено незначний відсоток зубів з ускладненням каріозного процесу (4-14%) та видалені зуби (7,4%). Вторинний каріозний процес діагностований від 3% до 9% у дівчаток у всіх вікових групах.

Результати проведених досліджень показали, що у хлопчиків частота ураженості карієсом перших молярів з 13 до 15 років частково зменшується (табл. 1). При цьому відсоток уражених карієсом 16-их зубів у 13-річних хлопчиків достовірно ($p < 0,05$) більший, ніж у 14-15-річних хлопчиків (див. табл. 1). Окрім того, частота ураженості карієсом верхніх перших молярів у 13-річних хлопчиків на 12-15% вища, ніж у 14-15-річних хлопчиків. При аналізі поширеності карієсу на окремих поверхнях встановлено, що у хлопчиків 16-ті 26-ті зуби уражались карієсом на жувальних поверхнях у 8-27% випадків у всіх вікових групах. Частота ураженості карієсом апроксимальних поверхонь верхніх перших молярів у 13-річних хлопчиків складає 9,29-16,26%, тоді як у хлопчиків 14-16 років - лише в поодиноких випадках (2,27-4,0%).

Встановлено достовірно ($p < 0,05$) менший відсоток уражених карієсом 36-их зубів у хлопчиків 16 років у порівнянні з 14-річними (див. табл. 1). При аналізі поширеності карієсу на окремих поверхнях виявлено, що відсоток уражених каріозним процесом жувальних поверхонь нижніх перших молярів із віком у хлопчиків дещо збільшується від 11,62% у 13-річних хлопчиків до 36,0% у 16-річних хлопчиків. Крім того, у хлопчиків 13 і 14 років відмічено значний відсоток уражених карієсом нижніх 36-х і 46-х зубів на апроксимальних (біля 15%) і вестибулярних поверхнях (біля 4%) у порівнянні з 15-16-річними хлопчиками (4-5%). У 13-і 15-річних хлопчиків відмічався незначний відсоток ускладнень каріозного процесу (пульпіт, періодонтит) (4,34%).

Слід відмітити, що частота зустрічаємості вторинного каріозного процесу перших молярів у хлопчиків із віком дещо зростає від 2,32% у 13-річних до 12,0% у 16-річних, а відсоток пломбованих - навпаки зменшується (від 30% до 15%). Частота ускладнень каріозного процесу зустрічалась в поодиноких випадках у хлопчиків усіх обстежених вікових груп.

Встановлено, що верхні другі моляри каріозним процесом у 12-річних і 13-річних дівчаток уражались каріозним процесом лише в поодиноких випадках (див. табл. 2). Виявлено, що у дівчаток 14 та 15 років був достовірно ($p < 0,05$) більший відсоток уражених карієсом 17-их зубів у порівнянні з 12-річними та 27-зубів - у порівнянні з 13-річними дівчатками. При аналізі по-

ширеності карієсу на окремих поверхнях встановлено, що найбільш часто уражались каріозним процесом жувальні поверхні 17-х та 27-х зубів (біля 15,0% - у 14-річних і 10,0% - 15-річних дівчаток). Крім того, у 8,0% дівчаток 15 років 17-ті та 27-мі зуби були пломбованими.

Результати досліджень показали у дівчаток достовірне збільшення відсотка уражених карієсом нижніх других молярів у залежності від віку (див. табл. 2). Встановлено, що відсоток уражених карієсом 37-х і 47-х зубів був достовірно більший у 13-річних дівчаток ($p < 0,05$) у порівнянні з 12-річними. При цьому виявлено, що каріозний процес достовірно більше ($p < 0,001-0,05$) уражав карієсом нижні другі моляри у 14-та 15-річних дівчаток у порівнянні з 12 та 13-річними (див. табл. 2). При аналізі поширеності карієсу на окремих поверхнях встановлено, що найбільш часто каріозний процес уражав жувальні поверхні даних груп зубів - від 9,0% у 12-річних, 30,0% - у 13-річних до 51,0% - у 15-річних дівчаток. Біля 20,0% дівчаток у 14-15 років нижні другі моляри були пломбованими.

Виявлено, що 17-ті зуби у хлопчиків усіх обстежених вікових груп були уражені каріозним процесом від 4,0% до 11,0%. Спостерігається незначне підвищення ураженості каріозним процесом 27-их зубів у залежності від віку (від 13,0% у хлопчиків 13 років до 20,0% у хлопчиків 16 років). Слід відзначити, що найбільш часто вражались карієсом жувальні поверхні даних груп зубів і лише у хлопчиків 16 років верхні другі моляри були пломбовані. Встановлено достовірно ($p < 0,05$) збільшення відсотка уражених карієсом 37-их молярів у 16-річних хлопчиків у порівнянні з 13-річними (див. табл. 2). При цьому частота ураженості карієсом жувальних поверхонь у хлопчиків 13 і 14 років складає біля 21,0%, а в 15 і 16 років біля 38,0% випадків. Крім того, лише у 8,65% хлопчиків 37-мі зуби були пломбовані, а у 8,17% відмічено вторинний каріозний процес. Встановлено, що 47-мі зуби каріозним процесом уражались у 27-29% випадків у хлопчиків 13, 14, 16 років і у 37,2% - у 15-річних хлопчиків. При аналізі поширеності карієсу на окремих поверхнях виявлено, що 47-мі зуби уражались каріозним процесом на жувальних поверхнях у 26-28,0% випадків у 13, 15 і 16 років, і 33,33% - у хлопчиків 14 років. Лише в поодиноких випадках 47-мі зуби були пломбовані у всіх хлопчиків підліткового віку.

Таким чином, проведене дослідження встановило, що у дівчаток відмічається зростання середніх показників загальної інтенсивності ураженості каріозним процесом із віком і максимальний пік ураженості зубів карієсом припадає на 15 років, тоді як у хлопчиків високі показники КПВ характерні для віку 13 років. Установлено, що у підлітків в залежності від віку і статі відмічається висока частота ураженості молярів карієсом. При цьому встановлено достовірно збільшення відсотка уражених карієсом як перших, так і других молярів у дівча-

ток в залежності від віку. В той же час, у хлопчиків найбільша частота ураженості каріозним процесом верхніх перших молярів припадає на віковий період 13 і 16 років, нижніх - 13 і 15 років. Слід відзначити, що верхні другі моляри у хлопчиків уражаються карієсом найбільше в 13 і 15 років (17-ті зуби), 14 і 16 років (27-мі зуби). Встановлено достовірне збільшення відсотка ураженості зубів карієсом 37-их зубів у залежності від віку у хлопчиків. При аналізі поширеності карієсу на окремих поверхнях перших і других молярів встановлено, що каріозний процес у більшості випадків уражав жувальні поверхні в ділянці фісур, незначний відсоток каріозних уражень відмічається на апроксимальних поверхнях і лише в поодиноких випадках - вестибулярні поверхні як у хлопчиків так і у дівчаток. Відсоток пломбованих перших і других молярів коливається від 8 до 30% у підлітків обох статей.

За результатами досліджень Томенко Е.К. із співавторами [1975] існує виражена вікова динаміка показників поширеності та інтенсивності карієсу постійних зубів у дітей шкільного віку (7-15 років). На думку авторів вік і стать мають досить великий вплив на частоту трансформації одного рівня резистентності зубів до карієсу в інший більш несприятливий.

Леус П.А. [1977], вивчаючи ступені стійкості до карієсу різних груп зубів, у своїх дослідженнях відмітив, що найбільш низький рівень резистентності до карієсу мають перші і другі моляри нижньої щелепи, а потім моляри верхньої щелепи, а на найбільш високий - нижні центральні й бокові різці.

Проведені дослідження по визначенню карієс-резистентності [Недосеко, 1988] встановили, що резистентність зубів залежить від чинників, які впливають на формування їх уже у внутрішньоутробному періоді. Так, для першого моляра початок періоду мінералізації припадає на 9 місяць внутрішньоутробного і продовжується 9 місяців позаутробного періоду росту. Це найнесприятливіший момент, оскільки співпадає з народженням і першими місяцями життя дитини. У внутрішньоутробному періоді найсильніше проявляється дія гене-

тичного кодування в формуванні структури зуба, коли найменш всього можливо порушення цього процесу під впливом зовнішніх несприятливих факторів [Гликман, 1978].

Прорізування другого моляра, що закладається позаутробно, й остаточне формування його емалі проходить у терміни від 9 до 13 років, тобто в критичному віці, коли в організмі людини йде активна гормональна перебудова. Ряд авторів [Недосеко, 1988, Сайфуллина, 2000] у своїх дослідженнях відмітили високу частоту ураженості каріозним процесом других молярів у дівчаток саме в цей період онтогенезу. На їх думку, чим раніше починається пубертатний період, тим частіше спостерігається карієс зубів. Отже, на остаточну мінералізацію тканин зубів, що закладаються позаутробно, величезний вплив робить гормональний чинник і загальний стан організму. Важливе значення тут має також місце в зубному ряду, яке займає кожний з даних зубів [Носырева, 1999]. Перший і другий моляр знаходиться в умовах, в яких самоочищення утруднене (наявність множинних ретенційних пунктів - фісур, в порівнянні з різцями та іклами).

Висновки та перспективи подальших розробок

Установлено достовірне збільшення частоти ураженості каріозним процесом перших і других молярів із віком у дівчаток, тоді як у хлопчиків відмічається нерівномірне пошкодження карієсом даних груп зубів у залежності від віку.

У всіх обстежених груп підлітків карієс уражав переважно жувальні поверхні молярів, в поодиноких випадках зустрічались ускладнення каріозного процесу.

Визначення частоти ураженості карієсом перших і других молярів у практично здорових підлітків у різні вікові періоди дасть можливість у подальшому більш визначено підійти до раннього виявлення та прогнозування карієсу в даних групах зубів у підлітків із подальшою розробкою та використанням лікувально-профілактичних заходів.

Література

- Алимский А.В., Аличева Р.К. Особенности пораженности кариесом зубов в Азербайджане //Стоматология.- 2001.- №2.- С.58-60.
- Беляев Е.В., Шакірова О.В. Оцінка гігієнічного статусу порожнини рота у соматично здорових міських мешканців юнацького віку подільського регіону України //Матер. міжн. наук.-практ. конф.: Сучасний стан і актуальні проблеми ортопедичної стоматології.- Івано-Франківськ, 2005.- С.4-5.
- Боровиков В.П. Популярное введение в программу STATISTICA.- Компьютер Пресс, 1998.- 267с.
- Бунак В.В. Выделение этапов онтогенеза и хронологические границы возрастных периодов //Сов. педагогика.- 1965.- №11.- С.105-119.
- Гликман М.Л. Роль наследственности в этиологии кариеса зубов: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.- М., 1978.- 18с.
- Кисельникова Л.П., Лентьев В.К. Динамика возникновения кариеса первых постоянных моляров с разным исходным уровнем минерализации в период созревания //Новое в стоматологии.- 1995.- №1.- С.11-15.
- Леус П.А. Клинико-экспериментальное исследование патогенеза, патогенетической консервативной терапии и профилактики кариеса зубов: Автореферат диссертации доктора медицинских наук.- М., 1977.- 30с.
- Недосеко В.Б. Резистентность в проблеме кариеса: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.- М., 1988.- 41с.
- Носырева О.С. Прогнозирование риска развития кариеса на различных поверхностях зубов у детей //Метод. рекоменд.- Кемерово, 1999.- 34с.
- Особливості ураженості карієсом окремих груп зубів та їх поверхонь у практично здорових підлітків Поді-

льського регіону України при різних рівнях інтенсивності карієсу зубів / І.В.Гунас, І.В.Руда, І.Д.Кухар, Ю.Й.-Рудий //Biomedical and Biosocial Anthropology.- 2005.- №4.- С.77-81. Показники ураженості карієсом зубів у дітей Полтавської області /Л.Ф.Кась-

кова, О.О.Бабіна, О.Ю.Андріянова та ін. //Укр. стоматол. альманах.- 2004.- №4.- С.13-15. Сайфуллина Х.М. Карієс зубів у дітей і підлітків.- М.: МЕДпресс, 2000.- 95с. Томенко Э.К., Рысева Е.С. Результаты

массового комплексного исследования состояния здоровья школьников с 1 по 10 классы с учетом возраст-половых различий /В сб.: Состояние здоровья детей дошкольного и школьного возраста.- М., 1975.- С.26.

ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ ПОРАЖЕННОСТИ КАРИЕСОМ МОЛЯРОВ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ПОДРОСТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И ПОЛА

Руда И.В., Рудий Ю.Й., Чугу Т.В., Варивода В.А.

Резюме. В статье представлены показатели общей интенсивности кариеса зубов и частота пораженности кариесом первого и второго моляров и их поверхностей у практически здоровых подростков Подольского региона в зависимости от пола и возраста.

Ключевые слова: интенсивность кариеса зубов, здоровые городские подростки, моляры.

DYNAMICS OF CARIES INJURY OF MOLARS IN HEALTHY URBAN ADOLESCENTS DEPENDING ON AGE AND SEX

Ruda I.V., Rudyi Y.I., Chugu T.V., Varyvoda V.O.

Summary. Results of caries intensity and frequency of caries injury of the first and second molars and their surfaces in healthy urban adolescents of Podylyya region depending on age and sex are represented in this article.

Key words: caries intensity, healthy urban adolescents, molars.

УДК: 616.155.194:616-002:616.34-071-08

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ НЕСПЕЦИФІЧНОМУ ВИРАЗКОВОМУ КОЛІТІ ТА ЙОГО ЛІКУВАННІ

Станіславчук М.А., Півторак К.В.

Кафедра внутрішньої медицини №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (вул.Пирогова, 56, м.Вінниця, 21018, Україна)

Резюме. Виявлені характерні морфологічні ознаки експериментального неспецифічного виразкового коліту. При лікуванні 5-аміносаліциловою кислотою знайдено збільшення об'ємної частки епітеліальних і келихоподібних клітин у порівнянні з групою тварин без лікування. Морфологічні дані при лікуванні експериментального неспецифічного виразкового коліту із застосуванням еритропоєтину-альфа в поєднанні з 5-аміносаліциловою кислотою були найбільш наближені до параметрів нормальної слизової оболонки товстої кишки.

Ключові слова: товста кишка, неспецифічний виразковий коліт, анемія, ультраструктура, лікування.

Вступ

Неспецифічний виразковий коліт (НВК) продовжує бути однією з важливих медико-соціальних проблем у зв'язку з тенденцією в останній час до агресивного перебігу захворювання, раннім розвитком ускладнень та інвалідності хворих [Нейко та ін., 2004]. Перебіг виразкового коліту супроводжується лихоманкою, анемією, гіпопротеїнемією [Напасур, 1996]. Відбувається значна втрата сироваткового білка й гемоглобіну через запалену стінку кишки. Патогенез анемічного синдрому при НВК складний та до кінця не вивчено.

Основу базисної терапії складають препарати месалазину, локальні й системні глюкокортикостероїди, імуносупресанти та антицитокінові препарати, загальна ефективність яких при активних запальних захворюваннях кишечника складає 75-80% [Носова, 2007]. Протягом багатьох років для лікування НВК використовується сульфасалазин, активним компонентом якого є 5-аміносаліцилова кислота. Вона інгібує активність нейтрофільної ліпооксигенази та синтез метаболітів арахідонової кислоти (простагландинів і лейкотриєнів), які стають медіаторами запалення, гальмує міграцію, деграну-

ляцію та фагоцитоз нейтрофілів, а також секрецію імуноглобулінів лімфоцитами, інгібує продукцію вільних кисневих радикалів та є їх інактиватором [Напасур, 1996]. 5-аміносаліцилова кислота діє на поверхневі рецептори епітеліальних клітин, транспорт електролітів і проникність кишкового епітелію. Крім того, вона діє на молекули адгезії, хемотаксичні пептиди та медіатори запалення (ейказаноїди), на фактор, активуючий тромбоцити, цитокіни [Логонов, Парфенов, 2000].

За даними ряду дослідників [Пайков, 1998; Фролькис, 2000] лікування сульфасалазином в 10-30% випадків супроводжується розвитком побічних ефектів: шлунково-кишкових проявів (анорексія, нудота, блювання, біль в епігастральній ділянці); загальних симптомів (головний біль, лихоманка, слабкість); гематологічних порушень (агранулоцитоз, панцитопенія, анемія, геморагічний синдром); ознак ураження репродуктивної сфери.

Метою дослідження було визначити характерні морфологічні ознаки експериментального неспецифічного виразкового коліту та вплив отриманого лікуван-