

у них определенного объема реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: дентальная имплантация, ротовая жидкость, коррекция.

also a follow-up rehabilitation measures, list of which does not detailed to date.

Key words: dental implantation, oral fluid, correction.

Стаття надійшла 14.01.2016 р.

Рецензент

УДК 616:311-008.8:[616-006.6:615.322]-053.2

И. А. Ткаченко, Ю. В. Попело

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

КОРЕКЦІЯ СЕКРЕТОРНОЇ АКТИВНОСТІ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ТА ЯКІСНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ РОТОВОЇ РІДИНИ У ДІТЕЙ ЗІ ЗЛОЯКІСНИМИ ПУХЛИНАМИ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ЦИТОСТАТИЧНІ ПРЕПАРАТИ

Отримані результати дослідження зафіксували певне зниження швидкості салівації та зміни фізико-хімічних та біохімічних властивостей ротової рідини у хворих дітей ще до початку базового лікування. Аналіз показників отриманих в динаміці спостереження виявив більш стійке зниження функціональної активності слинних залоз, поглиблення змін фізико-хімічних та біохімічних показників ротової рідини на тлі отримання протипухлинної терапії, у пацієнтів першої групи спостереження, що свідчить про зниження адаптаційно-компенсаторних можливостей великих і малих слинних залоз під впливом фактору токсичності. Між тим, у осіб другої групи, за умов додаткового введення гелю «Золех» до складу комплексу стоматологічних заходів, швидкість салівації та якісні характеристики ротової рідини мали тенденцію до покращення і наближались до фізіологічних значень, що підтверджує клінічну ефективність даних заходів. Це вагомо обґрунтовує доцільність введення препарату «Золех» до складу лікувально-профілактичного комплексу у цієї категорії хворих.

Ключові слова: діти, злоякісні пухлини, ротова рідина, корекція.

Робота є фрагментом НДР «Удосконалити методи профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань у дітей із факторами ризику» шифр АМН 079.10, державний реєстраційний № 0111U006760.

Ротова рідина це структурована біологічна субстанція, а зміни показників її складових розглядаються як наслідок відображення функціонального стану не тільки органів та тканин порожнини рота, але і відзеркалення стану гомеостазу організму в цілому. Тому визначення кількісних і якісних характеристик такого універсального середовища можуть бути використані в якості діагностичних і прогностичних тестів при вивченні взаємозв'язків між порожниною рота і встановленням ролі загально соматичних захворювань в порушенні її гомеостазу [4, 5, 17, 19].

На даний час прослідковується значна зацікавленість до розробки і запровадження в клінічну практику нових неінвазивних методів діагностики, що дають змогу отримати необхідну інформацію, не порушуючи природного захисного бар'єру, без інфікування медичного персоналу та значних матеріальних затрат. Враховуючи доступність та технічну простоту отримання ротової рідини вона може являтися цінним джерелом певної інформації про зміни в організмі людини на різних етапах розвитку патологічних процесів [3, 5, 15, 16].

Завдяки особливостям анатомічної будови, іннервації та секреторної активності великих і малих слинних залоз, вони досить чутливо реагують на дію зовнішніх і внутрішніх подразників, намагаючись контролювати та відновлювати постійність констант біологічної ніші за законами формування адаптаційно-компенсаторних механізмів (Selye H., 1936). Не являється виключенням і перебіг злоякісних процесів, зокрема у дітей [1, 16, 17].

З урахуванням сучасних уявлень про канцерогенез, особливості пухлинного росту, біологічну поведінку пухлин, фармакодинаміку і фармакокінетику антибластичних препаратів для лікування злоякісних новоутворень у дитячому віці найчастіше застосовують класичну програмну комбіновану хіміотерапію. Крім цього, на вибір методу лікування впливають такі вагомні фактори як вік дитини, вид пухлини, наявність метастазів та загальний стан [4, 13, 18].

Негативним аспектом використання протипухлинних препаратів є їх висока токсичність та низька селективність. Поряд з лікувальною дією вони, в значній мірі, викликають в організмі ряд загальних негативних реакцій механізм виникнення яких до цього часу вивчено недостатньо. Крім того, самі хіміопрепарати та похідні розпаду пухлини є патогенетичними факторами, що призводять до пригнічення функції кісткового мозку і формування імунодепресивного стану. А саме від спроможності регуляторно-захисних механізмів, та спрямованості їх реакцій переважно і залежить успіх хіміотерапевтичного лікування [2, 9, 10, 12].

Тканини та органи ротової порожнини одними із перших потрапляють під токсичний вплив протипухлинних засобів. Тому саме встановлення конкретних змін показників ротової рідини у дітей в динаміці отримання ними 89іагностика89я8989ми дає можливість оцінити ступінь токсичного впливу протипухлинних препаратів, створити відповідні умови для прискорення відновлення порушеної рівноваги, об'єктивно обґрунтовувати склад і обсяг відповідних лікувальних заходів та контролювати ефективність їх застосування [6, 7, 8, 11], що і обумовлює актуальність даної роботи.

Метою роботи було вивчення шляхів медикаментозної корекції секреторної активності слинних залоз, фізико-хімічних та біохімічних властивостей ротової рідини у дітей зі злоякісними пухлинами черевної порожнини на тлі протипухлинної терапії.

Матеріал та методи дослідження. Нами було проведено клінічне обстеження 39 дітей віком від 7 до 16 років зі злоякісними пухлинами м'яких тканин різної анатомічної локалізації. В поглиблену наукову розробку включено 32 пацієнти з локалізацією патологічного процесу в черевній порожнині, які в залежності від виду та обсягу лікувальних стоматологічних заходів були розділені на дві групи. Хворі першої групи, що складалася із 17 осіб протягом I та II курсів 89іагностика89я8989ми отримували традиційний комплекс стоматологічних заходів, і друга група – 15 осіб, додатково отримували 89іагнос препарат «Золех» у вигляді аплікацій на слизову оболонку порожнини рота. Контрольну групу склали 25 практично здорових дітей того ж віку.

Для визначення кількості ротової рідини її забір проводили протягом 10 хвилин на тшесерце в динаміці спостереження – перед 89іагностика89я8989ми8989 і другого курсів 89іагностика89я8989ми та на період їх завершення з послідуочим встановленням швидкості салівації (мл/89іа).

В ній визначали: рН потенціометричним методом відразу після її забору на рН-метрі Radelkis OP211/1, (Венгрія) – (відн. Од.); питому вагу на рефрактометрі РФ – 454 БМ (ПО КОМЗ, Росія) відповідно до рекомендацій, наданих в технічному паспорті (кг/м³); оптичну щільність за допомогою фотометра КФК-2 (од. ОЩ.); в'язкість ротової рідини капілярним 89іагностика89я8989ми89 ВК-4 (ООО «Трансметал», Росія) – (сП); активність α -амілази за допомогою напівавтоматичного біохімічного аналізатора ВА-88 відповідно інструкції до набору реактивів НВП «Філісіт – діагностика» (Мод/л). В статичній обробці для порівняння отриманих результатів використовувався U-критерій Уїллоксона-Манна-Уїтні. Різниця між середніми рахувалася статистично значущою при $\alpha=0,05$ [14].

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз отриманих результатів в показниках груп порівняння до початку лікування дозволив встановити незначні відмінності у їх абсолютних величинах (89іагн. 1).

Відносно швидкості салівації встановлено, що у хворих дітей обох груп спостереження до початку проведення протипухлинної терапії вона була зниженою, та порівняно з групою контролю вірогідної різниці значень не зафіксовано. Проте, по завершенню I курсу 89іагностика89я8989ми зафіксоване більш помітне зниження показника у порівнянні з початковими значеннями. Так, в першій групі пацієнтів, які отримували загальноприйнятий комплекс стоматологічних заходів, швидкість салівації становила $0,27 \pm 0,02$ мл/89іа проти $0,37 \pm 0,03$ мл/89іа ($p < 0,05$), тоді як у осіб другої, на тлі додаткового застосування 89іагнос препарату «Золех» - $0,31 \pm 0,02$ мл/89іа проти $0,38 \pm 0,02$ мл/89іа ($p > 0,05$). Тобто в обох випадках спостерігались прояви гіпосалівації, більш виражені у хворих першої групи.

Перед початком другого курсу лікування прослідковувалася тенденція до підвищення функціональної активності слинних залоз в обох групах спостереження. Хоча, не дивлячись на перерву в 3-4 тижні між циклами протипухлинної терапії, у пацієнтів першої групи швидкість салівації залишалася сповільненою і дорівнювала $0,30 \pm 0,02$ мл/89іа, що в 1,2 рази нижче у порівнянні з періодом до початку лікування. При цьому, в другій групі хворих дітей на то й же період показник різнився незначно.

Порівняльний аналіз абсолютних величин показника до та після закінчення II курсу цитостатичної терапії виявив, що у пацієнтів першої групи він становив $0,24 \pm 0,04$ мл/89іа ($p < 0,05$), тоді як у дітей другої групи, він знижувався, залишаючись на нижній межі норми, і сягав $0,32 \pm 0,02$ мл/89іа ($p > 0,05$).

Узагальнюючи результати, необхідно зазначити, що у осіб, які входили до складу першої групи та застосовували традиційний обсяг супровідної стоматологічної терапії зафіксоване стійке зниження швидкості салівації протягом всього періоду спостереження, тоді як у пацієнтів другої

групи, на тлі додаткового застосування аплікацій гелю «Золех», кількість ротової рідини змінювалася, але це носило статистично недостовірний характер.

Таблиця

Показники швидкості саливації, фізико-хімічних та біохімічних властивостей ротової рідини у дітей під впливом хіміотерапевтичного лікування в динаміці спостереження (М± м)

Показник		Швидкість саливації, мл/хв	pH, відн. Од.	Питома вага, кг/м ³	Оптична щільність, од.ОЩ	В'язкість, сП	α-амілаза, Мод/л
Контрольна група (n=25)		0,44±0,02	6,71±0,32	1,002±0,05	0,240±0,01	2,38±0,16	18,94±0,11
Хворі I групи	До початку I курсу хіміотерапії (n=17)	0,37±0,03 p ₁ <0,05	6,6±0,31 p ₁ >0,05	1,003±0,04 p ₁ >0,05	0,355±0,001 p ₁ <0,05	2,86±0,21 p ₁ <0,05	19,63±0,13 p ₁ >0,05
	По завершенню I курсу хіміотерапії (n=16)	0,27±0,02 p ₃ <0,05	5,04±0,33 p ₃ <0,05	1,005±0,05 p ₃ >0,05	0,369±0,007 p ₃ >0,05	3,55±0,36 p ₃ <0,05	7,07±0,12 p ₃ <0,05
	На початку II курсу хіміотерапії (n=15)	0,30±0,02 p ₄ >0,05	5,8±0,22 p ₄ <0,05	1,003±0,05 p ₄ >0,05	0,365±0,002 p ₄ >0,05	3,04±0,27 p ₄ <0,05	12,91±0,08 p ₄ <0,05
	По завершенню II курсу хіміотерапії (n=14)	0,24±0,04 p ₅ <0,05 p ₆ <0,05 p ₇ <0,05	5,0±0,31 p ₅ <0,05 p ₆ <0,05 p ₇ <0,05	1,006±0,05 p ₅ >0,05 p ₆ >0,05 p ₇ >0,05	0,632±0,006 p ₅ <0,05 p ₆ <0,05 p ₇ <0,05	4,0±0,18 p ₅ <0,05 p ₆ <0,05 p ₇ <0,05	6,8±0,17 p ₅ <0,05 p ₆ <0,05 p ₇ <0,05
Хворі II груп	До початку I курсу хіміотерапії (n=15)	0,38±0,02 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05	6,49±0,24 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05	1,003±0,04 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05	0,351±0,004 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05	2,82±0,27 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05	17,92±0,08 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05
	По завершенню I курсу хіміотерапії (n=13)	0,31±0,02 p ₃ <0,05	6,1±0,22 p ₃ >0,05	1,004±0,05 p ₃ >0,05	0,363±0,002 p ₃ >0,05	3,21±0,33 p ₃ >0,05	15,91±0,14 p ₃ >0,05
	На початку II курсу хіміотерапії (n=13)	0,35±0,03 p ₄ <0,05	6,3±0,20 p ₄ >0,05	1,004±0,04 p ₄ >0,05	0,361±0,004 p ₄ >0,05	2,86±0,23 p ₄ >0,05	15,63±0,14 p ₄ >0,05
	По завершенню II курсу хіміотерапії (n=12)	0,32±0,02 p ₅ >0,05 p ₆ <0,05 p ₇ <0,05 p ₈ <0,05	6,03±0,19 p ₅ >0,05 p ₆ <0,05 p ₇ <0,05 p ₈ <0,05	1,004±0,05 p ₅ >0,05 p ₆ >0,05 p ₇ >0,05 p ₈ >0,05	0,368±0,004 p ₅ >0,05 p ₆ >0,05 p ₇ <0,05 p ₈ <0,05	3,01±0,24 p ₅ >0,05 p ₆ >0,05 p ₇ <0,05 p ₈ <0,05	13,88±0,16 p ₅ >0,05 p ₆ <0,05 p ₇ <0,05 p ₈ <0,05

Примітка: p₁ – вірогідність різниці між показниками контрольної групи та хворих I і II групи до початку проведення першого курсу хіміотерапії; p₂ – вірогідність різниці між показниками у хворих I та II групи до початку лікування; p₃ – вірогідність різниці між показниками хворих I та II групи до та по завершенню першого курсу хіміотерапії; p₄ – вірогідність різниці між показниками хворих I та II групи по завершенню першого та початком другого курсу хіміотерапії; p₅ – вірогідність різниці між показниками у хворих I та II групи на початку та по завершенню другого курсу хіміотерапії; p₆ – вірогідність різниці між показниками у хворих I та II групи до початку лікування та на період завершення другого курсу хіміотерапії; p₇ – вірогідність різниці між показниками контрольної групи та хворих I і II групи на період завершення другого курсу хіміотерапії. p₈ – вірогідність різниці між показниками на період завершення другого курсу хіміотерапії у хворих I та II груп.

Стан кислотно-лужної рівноваги ротової рідини хворих дітей на період первинного обстеження, у порівнянні з контрольною групою характеризувався незначним відхиленням в кислу сторону. В подальшому, на момент завершення I курсу протипухлинної терапії зафіксоване суттєве зниження рН в обох групах дітей порівняно з першим обстеженням. У осіб першої групи концентрація іонів водню становила 5,04±0,33, проти 6,6±0,31, та відповідно 6,1±0,22 проти 6,49±0,24 – у другій (p>0,05), з загальною тенденцією до незначного підвищення в проміжок часу між повторним курсом хіміотерапії.

Оцінка результатів стосовно спрямованості показника рН на кінець II курсу цитостатичної терапії показала досить низьке значення в першій групі – 5,0±0,31, що в 1,3 рази нижче контролю, та в 1,2 рази нижче у порівнянні з періодом до лікування. Це вказує на певне виснаження систем буферної спроможності ротової рідини, та сприяє діагностиці твердих тканин зубів. Тоді як у дітей другої групи, які застосовували аплікації гелю «Золех», показник становив 6,03±0,33 і його порівняння достовірної різниці не виявило. Слід зазначити, що коливання рН в таких межах ініціює зміни фізико-хімічних і біохімічних процесів в порожнині рота, створюючи сприятливі умови для порушення складових біотопу, активізації біологічної активності всіх симбіотів, що є небажаним фактором для осіб, які знаходяться на хіміотерапевтичному лікуванні [3, 4, 5, 6, 16].

Відносно змін показника питомої ваги ротової рідини у хворих дітей, то він практично не змінювався під впливом цитостатичного лікування і незалежно від періоду обстеження в динаміці носив статистично недостовірний характер (p>0,05). Що стосується показника оптичної щільності ротової рідини хворих дітей, то ще до початку першого курсу хіміотерапії він в 1,4 рази перевищував значення у здорових дітей. На момент завершення I курсу базового лікування в

першій групі осіб, які отримували традиційний комплекс по догляду за порожниною рота, його величина становила $0,369 \pm 0,007$, та $363 \pm 0,002$ – у осіб другої групи, що застосовували гель «Золех» ($p > 0,05$). Максимально високе значення оптичної щільності зафіксоване після закінчення II циклу антибластичної терапії у осіб першої групи – $0,632 \pm 0,006$, що у 1,7 рази вище порівняно з періодом до початку лікування, та у 2,6 рази вище проти групи контролю. Між тим, в другій групі спостереження по завершенню II курсу 91агностика91я9191ми показник становив $0,368 \pm 0,004$ проти $0,240 \pm 0,001$ в контрольній групі ($p < 0,05$), та без достовірної різниці значень у порівнянні з початковим періодом обстеження. Загалом, у дітей зі злоякісними пухлинами, під впливом цитостатичного лікування зафіксоване стійке зростання показника оптичної щільності протягом всього періоду спостереження.

Однією із складових гомеостазу ротової рідини є в'язкість, яка забезпечується наявністю в ній переважно муцину, а її значення знаходиться в прямій залежності від швидкості салівації [1, 4, 19]. Так, до початку базового лікування в'язкість ротової рідини у хворих дітей обох груп в 1,2 рази перевищувала показник контрольної групи. Більш високі значення зафіксовані після закінчення I курсу протипухлинної терапії $3,55 \pm 0,36$ – в першій групі та $3,21 \pm 0,33$ – у осіб другої групи, що відповідно в 1,2 та в 1,1 рази вище, порівняно з попереднім обстеженням. Максимальне збільшення показника до $4,0 \pm 0,18$ виявлене на момент завершення II курсу 91агностика91я9191ми у пацієнтів першої групи, які лікувалися традиційно. Це в 1,3 рази перевищувало значення у дітей які склали другу групу спостереження, і в якості місцевої терапії застосовували гель «Золех». Загалом, на період перерви між курсами простежувалася тенденція до незначного зменшення абсолютних величин в'язкості зі збереженням тенденції до зростання протягом всіх етапів спостереження ($p < 0,05$). Таким чином, дисбаланс між показниками швидкості салівації та в'язкості є фактором на тлі якого формуються порушення притаманні проявам ксеростомії з порушеннями функціонування тканин порожнини рота.

Важливу роль у формуванні рівноваги середовища в порожнині рота відіграє ферментативний спектр ротової рідини, зокрема альфа-амілаза, порушення активності якої створює певні несприятливі умови, що призводять до порушення процесів травлення [17, 19]. Так, на час госпіталізації активність альфа-амілази ротової рідини в обох групах хворих дітей вірогідно не відрізнялася від значення у групі контролю. Проте, вже після I курсу хіміотерапії активність ферменту відносно початкового значення у пацієнтів першої групи, які отримували загальноприйнятий комплекс стоматологічних заходів, знижувалася в 2,7 рази і становила $7,07 \pm 0,14$, тоді як у осіб другої групи, що додатково застосовували гель «Золех» у вигляді аплікацій, вона складала $15,91 \pm 0,14$ ($p > 0,05$).

Аналіз показника перед початком II циклу протипухлинної терапії зафіксував його зміни в бік підвищення в обох групах спостереження, хоча достовірне значення різниці отримане тільки в першій групі. Оцінка активності альфа-амілази на період завершення II курсу хіміотерапії виявила її зниження у пацієнтів першої групи до $6,8 \pm 0,14$, що в 2,8 рази нижче порівняно з початковим періодом та групою контролю. Між тим, в другій групі, на той же період, показник дорівнював $13,88 \pm 0,16$, що в 1,4 рази нижче проти контролю та в 1,2 рази нижче відносно значення на період першого обстеження. Узагальнення характеру змін стосовно активності альфа-амілази ротової рідини виявило стійке зниження показника у осіб першої групи протягом всього періоду спостереження. Проте, динаміка показника в другій групі, на тлі додаткового отримання гелю «Золех», мала позитивне спрямування.

Висновок

У дітей зі злоякісними пухлинами черевної порожнини прослідковується зменшення продукції ротової рідини, зниження рівня її рН та активності альфа-амілази, підвищення оптичної щільності і в'язкості ще до початку базового лікування. Динамічне спостереження за результатами виявило більш стійке зниження функціональної активності слинних залоз, поглиблення змін фізико-хімічних та біохімічних показників ротової рідини на тлі отримання протипухлинної терапії, що свідчить про зниження адаптаційно-компенсаторних можливостей великих і малих слинних залоз під впливом фактору токсичності. У дітей, які впродовж I і II курсів 91агностика91я9191ми додатково до базового лікування отримували 91агнос препарат «Золех», швидкість салівації та якісні характеристики ротової рідини мали тенденцію до покращення і наближалися до фізіологічних значень, що підтверджує клінічну ефективність даних заходів. Це вагомо обґрунтовує доцільність його додаткового введення до складу лікувально-профілактичного комплексу у цієї категорії хворих.

Перспективи подальших досліджень в данному напрямку. Виявлені зміни властивостей та складу ротової рідини у дітей хворих на злоякісні пухлини черевної порожнини за умов отримання ними хіміотерапевтичного лікування, можуть бути використані в якості діагностично-прогностичних тестів та ступеню оцінки вираженості порушень складових компонентів гомеостазу тканин порожнини рота, направлених на їх корекцію, а також слугувати підґрунтям для удосконалення лікувально-профілактичних комплексів, направлених на покращення стоматологічного статусу та корекції ланок гомеостазу порожнини рота у даного контингенту пацієнтів.

Список літератури

1. Afanasev V.V. Rol slyunnyih zhelez v gomeostaze organizma / V.V. Afanasev // Rossiyskiy stomatologicheskiy zhurnal. – 2010. – No. 5. – S. 26-27.
2. Byikov V.L. Tkanevyie i kletochnyie vzaimodeystviya v slizistoy obolochke polosti rta pri vvedenii tsitostatikov / V. L. Byikov, I.V. Leonteva // Morfologiya. – 2011. – T.138, No. 3. – S. 7-14.
3. Vaschenko I.Yu. Kliniko-laboratorne obgruntuvannya korektsiyi porushen gomeostazu rotovoyi porozhnini u ditey z gostrim limfoblastnim leykozom ta limfогranulematozom: avtoref. dis. Na zdobuttya stupenya kand.med.nauk: spets. 14.01.22 «Stomatologiya» / I. Yu. Vaschenko // – Poltava, - 2006. – 20 s.
4. Vavilova T.P. Biohimiya tkaney i zhidkostey polosti rta: uchebnoe posobie / T.P. Vavilova // – M.: GEOTAR- Media, - 2008. – 208 s.
5. Denisov A. B. Diagnosticheskaya informativnost slyunyi / A.B. Denisov // – M.: GOU VPO «MGMSU», - 2006. – 40 s.
6. Kanaev S.V. Rol preparata «Tantum Verde» v profilaktike i lechenii porazheniya slizistoy obolochki polosti rta pri tsitostaticheskoy terapii i obluchenii u onkologicheskikh bolnyih / S. V. Kanaev, M. L. Gershanovich // Vopr. Onkol. – 2004.– No. 5. – S. 618-622.
7. Kaskova L.F. Vpliv likuvalno-profilaktichnogo kompleksu na pokazniki rotovoyi ridini v ditey, hvorih na limfoblastniy leykoz, u period stiykoyi kliniko-gematologichnoyi remisii / L.F. Kaskova, I.Yu. Vaschenko // Ukrayinskiy stomatologichniy almanah. – 2005. – No. 2. – S. 36-38.
8. Kaskova L.F. Klinichna effektivnist likuvannya hvorob tkanin parodonta v ditey hvorih na limfoblastniy leykoz, pid chas polihimioterapiyi / L.F. Kaskova, I.Yu. Vaschenko, O.O. Karpenko [ta in.] // Ukrayinskiy stomatologichniy almanah. – 2005. – No. 6. – S.74-76.
9. Leonteva I. V. Morfometricheskaya i gistohimicheskaya charakteristika slizistoy obolochki polosti rta pri vvedenii tsitostatikov / I. V. Leonteva // – M.: MDV. – 2010. – S. 133-135.
10. Maslennikova A. V. Mukozityi slizistoy obolochki polosti rta i glotki: patogenez, klassifikatsiya, vozmozhnosti korektsii / A.V. Maslennikova, N.D. Gladkova, I.V. Balalaeva [i dr.] // Vopr. Onkol. – 2006.– No. 4 (tom 52) S. 379-384.
11. Novitskaya I.K. Eksperimentalnoe izuchenie protivovospalitel'nogo deystviya gelya dlya polosti rta «Zoleh» / I.K. Novitskaya // Innovatsiyi v stomatologii. – 2014. – No. 2 (3). – S.19-21.
12. Pochernyaeva V. F. Likuvannya i profilaktika gepatotoksichnih reaktsiy, yaki vinikayut pri provedenni himiopromenevoyi terapiyi / V.F. Pochernyaeva, A.V. Chornobay, L.O. Limar [ta in.] // URZh.–2010.– T.HVIII, vip. 2. S. 201-203.
13. Rebroya O.Yu. Statisticheskiy analiz meditsinskih daniyih. Primenenie paketa prikladnyih programm STATISTICA / O. Yu. Rebroya // – M.: Media Sfera, - 2002. – 312 s.
14. Suhina I.S. Zmini funktsionalnoyi aktivnosti slinnih zaloz u hvorih na rak molochnoyi zalozu pid chas provedennya polihimioterapiyi / I.S. Suhina // – Harkiv, - 2013. – S. 95-96.
15. Tereshina T.P. Vliyanie kompleksa profilakticheskikh meropriyatiy na sostoyanie polosti rta u lits posle luchevoy terapii opuholey golovoy i shei / T.P. Tereshina, I.K. Novitskaya, O.G. Tsimbalyuk // Visnik stomatologii.–2011.– No.4. – S. 31-33.
16. Tkachenko P.I. Rol rotovoyi ridini v adaptivnih reaktsiyah organizmu pri gostromu odontogennomu osteomieliti tila nizhnoyi schelepi v ditey / P.I. Tkachenko, V.O. Dobroskok // Ukrayinskiy stomatologichniy almanah. – 2013. – No.1. – S.105 – 108.
17. Tkachenko P.I. Zloyakisni novoutvorenyia schelepno-litsevoyi dilyanki u ditey: chastota, struktura ta problemi rannoyi diagnostiki / P.I. Tkachenko, K.E. Ischeykin, S.O. Bilokon [ta in.] //Ukrayinskiy stomatologichniy almanah.–2011.–No.4.–S.52-55.
18. Tkachenko P.I. Stan organiv porozhnini rota i fiziko-himichnih vlastivostey rotovoyi ridini u hvorih na tsukrovyy diabet tipu 2 / P.I. Tkachenko, O.Yu. Zaharchuk, M.P. Mitchenok // Ukrayinskiy stomatologichniy almanah. – 2012. – No.1.– S.23-27.
19. Chissova V.I. Rukovodstvo po onkologii / V.I. Chissova, S.L. Daryalova // – MIA. –M., - 2008. – 840 s.

Реферати

КОРРЕКЦИЯ СЕКРЕТОРНОЙ АКТИВНОСТИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И КАЧЕСТВЕННЫХ СВОЙСТВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЦИТОСТАТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ

Ткаченко П.И., Попело Ю.В.

Показатели полученные в динамике наблюдения и характер их изменений свидетельствуют об осязаемом снижении секреторной активности слюнных желез и выраженном изменении pH, оптической плотности, вязкости, активности альфа-амилазы ротовой жидкости на фоне применения химиотерапевтических препаратов. Между тем, при условии дополнительного введения в состав комплекса мероприятий геля «Золех» в виде аппликаций, позволило провести коррекцию нарушений большинства показателей, которые изучались.

Ключевые слова: дети, злокачественная опухоль,

CORRECTION OF SECRETORY ACTIVITY OF THE SALIVARY GLANDS AND QUALITATIVE PROPERTIES OF ORAL FLUID IN CHILDREN WITH MALIGNANT TUMORS OF THE ABDOMINAL CAVITY, RECEIVING CYTOTOXIC DRUGS

Tkachenko P.I., Popelo Yu. V.

The indexes obtained in the dynamics of observation and the nature of changes witnessed a tangible reduction of secretory activity of the salivary glands and marked changes in pH, optical density, viscosity and activity of alpha-amylase of oral fluid during treatment with chemotherapy drugs. Meanwhile, under the conditions of the additional introduction of the gel «Zoleh» in the form of applications to the composition of the measures allowed to carried out the correction of violations of most indexes which were studied.

Key words: children, malignant tumors, oral liquid,