
**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ**

**Державне підприємство “Український науково-
дослідний інститут морської медицини”
Державний департамент морського і річного
транспорту України
Професійна спілка робітників морського
транспорту України
Фонд морської медицини**

ВІСНИК
МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році

Зареєстрований в Міністерстві інформації України
Свідоцтво серія КВ № 2830

№ 4 (16)
(жовтень-грудень)

Одеса 2001

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **А.О. Лобенко**

В.Ю.Волянський (заступник головного редактора), В.Г.Руденко (заступник головного редактора), Н.А.Мацегора (відповідальний секретар), О.Г.Андрієвський, О.К.Асмолов, В.О.Васильєв, О.І.Верба, Ю.І.Гульченко, Т.В.Демидова, Л.А.Звягіна, Б.С.Запорожченко, О.М.Ігнат'єв, В.О.Лісобеї, Т.П.Опаріна, О.М.Поливода.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Р.В.Богатирьова (Київ), П.В.Волошин (Харків), Є.М.Горбань (Київ), С.О.Гуляр (Київ), Л.М.Давидов (Київ), В.М.Запорожан (Одеса), В.О.Зубков (Одеса), М.Ф.Ізмеров (Москва), М.О.Корж (Харків), Н.Н.Корпан (Австрія, Відень), В.Й.Кресюн (Одеса), Ю.І.Кундієв (Київ), М.В.Курик (Київ), І.І.Кутько (Харків), М.В.Лобода (Київ), І.М.Логан (Одеса), Л.Т.Малая (Харків), В.В.Поворознюк (Київ), М.Д.Тронько (Київ), М.І.Хвисьюк (Харків), П.М.Чуєв (Одеса), Чайковський Ю.Б. (Київ), О.О.Шалімов (Київ), О.А.Шандра (Одеса).

Адреса редакції

65049, м. Одеса, вул. Суднобудівна, 1
(кафедра морської медицини та професійних хвороб)
Телефони: (0482) 631-600, 630-573
Факс: (0482) 68-63-24

Редактор Н.І. Єфременко

Здано до набору р.. Підписано до друку р.. Формат 70×108/16
Папір офсетний № 2. Друк офсетний. Умов.-друк.арк. .
Зам №

Видавництва “Друк” 65029, м. Одеса,
вул. Старопортофранківська, 61. Тел. 23-55-26

ISSN 0049-6804

- ©Міністерство охорони здоров'я України, 1999
- ©Державне підприємство “Український науково-дослідний інститут морської медицини”, 1999
- ©Державний департамент морського і річкового транспорту України, 1999
- ©Професійна спілка робітників морського транспорту України, 1999
- ©Фонд морської медицини, 1999

14. Михальчук О.Е., Шевченко Л.І., Яковлев О.О. та ін. Особливості функціонального стану гіпофізарно-тироїдної системи та надниркових залоз у новороджених від матерів з гіперплазією щитовидної залози // Педіатрія, акушерство та гінекологія.- 1997.- №5.- с. 7-8.
15. Glinoe D. et al. Maternal and neonatal function at birth in a area of marginally low iodine intake // J. Clin. Endocrinol. Metab.- 1992.- №75.- P. 800-805.
16. Sakinah S. et al. Racial disparity in the prevalence of thyroid disorder during pregnancy // Annals of the Academy of Medecine Singapore.- 1993.- №4.- P. 63-66.
17. Glinoe D. et al. A randomized trial for the treatment of mild iodine deficiency during pregnancy: maternal and effects // J. Clin. Endocrinol. Metab.-1995.- №1.- P. 58-69.
18. Pop V.J. et al. Microsomal Ab during gestation in relation to postpartum thyroid dysfunction and depression // Asta Endocrinol.- 1993.- №129.- P. 26-30.
19. Hall R. The clinical and technical background to the use of free hormone measurements in thyroid disease. Kodak Clinical Diagnostics, UK. - 1992.
20. Balen A, Kurtz A. Successful outcome of pregnancy with severe hypothyroidism // Brit. J. Obstet. Gyn.- 1990.- №97.- P. 36-39.
21. Бурумкулова Ф.Ф., Герасимов Г.А. Заболевания щитовидной железы и беременность // Проблемы эндокринологии. - 1998. - №2. - С.27-32.
22. Чобитько В.Г., Солун М.Н. Заболевания щитовидной железы и беременность // Терапевтич.архив. - 1991. - №20. - С.52-55.
23. Михайленко Е.Т., Мацидонская Г.Ф. Взаимосвязь между функцией щитовидной железы и фето-плацентарной системой у беременных // Акушерство и гинекология. - 1989. - №8. - С.3-5.
24. Thyroid diseases in pregnancy. ACOG Technical Bulletin Number 181 // Int. J. Gynecology And Obstetrics.- 1993.- №43.- P. 2-8.
25. Потин В.В., Юхлова Н.А., Бескровный В.В. и др. // Проблемы эндокринологии. - 1989. - №1. - С.44-48.

Summary.

O.V.Petrosyan, A.Ye. Polyakov

DIFFUSE NONTOXIC GOITER AND PREGNANCY

Influence of diffuse nontoxic goiter (DNG) was studied onto the course of pregnancy mechanisms of stimulation of thyroid gland, during pregnancy, its morpho-functional changes were described in the pregnant women without thyroid pathology and with DNG/ Methods of correction of the revealed disturbances were determined.

УДК 616.31 - 085:615.322

Романова Ю.Г., Рябошапка А.А., Балыков В.В., Меньшикова Н.С., Кривопляс П.А.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АДОПТАГЕНА РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ НА ТКАНИ ПАРОДОНТА У ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Одесский государственный медицинский университет

Беременность, хотя и является физиологическим процессом, тем не менее изменяет генетически запрограммированную функцию иммунной системы в связи с обеспечением выживаемости и развития плода [1,2].

Установлено, что в процессе беременности снижается иммунный статус ротовой полости, увеличивается интенсивность поражения зубов кариесом, развивается патологический процесс в тканях пародонта.

С целью профилактики стоматологических заболеваний во время беременности женщинам был предложен курс с использованием экстракта эхинацеи пурпурной [5,7]. Профилактику проводили, начиная с 7 – 10 недели беременности в течение 4 месяцев.

В 1-й группе беременные женщины принимали экстракт эхинацеи внутрь по разработанной схеме, во 2-й группе дополнительно назначали уход за полостью рта с использованием зубной пасты и зубного эликсира, содержащих экстракт эхинацеи.

Для оценки отдаленных результатов применения экстракта эхинацеи мы провели исследования состояния зубов и тканей пародонта у женщин в послеродовой период.

Исследовали интенсивность кариеса (КПУз и КПУп), гигиенический индекс по Федорову-Володкиной [3] и пародонтальные пробы: Шиллера-Писарева [3], индекс ПИ [4], пробу Ясиновского [8] в модификации [6].

Интенсивность кариеса (прирост) оценивали приблизительно через 1 год (начало беременности - послеродовой период) и 1,5 года (включая последующие 6 месяцев). Гигиенический индекс и показатели состояния тканей пародонта в послеродовой период сравнивали с данными, зафиксированными во время беременности сразу после окончания профмероприятий (последний триместр беременности).

Результаты исследований. Показатели интенсивности кариеса у женщин контрольной группы в начале беременности - составили $11,0 \pm 0,8$ (КПУэ) и $11,15 \pm 1,12$ (КПУп). Через 1 год они были такие - $12,1 \pm 1,11$ и $12,5 \pm 1,15$, а через 1,5 года индекс КПУз составил - $12,7 \pm 1,09$, а КПУп - $12,9 \pm 1,04$. Прирост кариеса за 1год КПУз был $1,1 \pm 0,09$, а по КПУп - $1,35 \pm 0,12$; через 1,5 года - $1,6 \pm 0,07$ и $1,7 \pm 5,11$ - соответственно.

В 1-й опытной группе интенсивность кариеса до начала исследований была $10,4 \pm 0,9$ (КПУз) и $10,8 \pm 0,95$ (КПУп); через 1 год - $11,3 \pm 1,05$ и $11,9 \pm 1,05$; через 1,5 года $11,7 \pm 1,05$ и $12,0 \pm 1,1$. Прирост кариеса у них за 1год составил по КПУз - $0,9 \pm 0,09$, по КПУп - $1,1 \pm 0,1$, а за 1,5 года - $1,3 \pm 0,12$ и $1,8 \pm 0,13$ соответственно. Во второй опытной группе в начале беременности КПУз был $9,8 \pm 1,1$, КПУп - $11,8 \pm 1,18$. Через 1 год эти показатели были такие - $10,5 \pm 1,01$ и $12,7 \pm 1,18$; через 1,5 года - $10,7 \pm 1,05$ и $12,9 \pm 1,05$. Прирост кариеса за год был $0,7 \pm 0,08$ (КПУз) и $0,9 \pm 0,08$ (КПУп); через 1,5 года прирост составил - $0,9 \pm 0,05$ и $1,1 \pm 0,1$ соответственно.

Гигиенический индекс (ГИ) у женщин контрольной группы в конце беременности был $1,98 \pm 0,12$, сразу после родов - $1,95 \pm 0,17$, индекс ПИ в конце беременности - $2,25 \pm 0,1$, после родов - $2,48 \pm 0,19$, проба Шиллера -Писарева - до родов $1,15 \pm 0,11$, после родов $1,29 \pm 0,11$. Количество лейкоцитов и эпителиальных клеток в 1мл ротового смыва было до родов на уровне $604,5 \pm 41,5$ тыс. и $36,7 \pm 2,5$ тыс. соответственно; после родов - $611,7 \pm 55,2$ и $38,5 \pm 2,9$.

У женщин первой опытной группы до родов показатели гигиены и состояния тканей пародонта были следующие: ГИ - $1,84 \pm 0,14$, индекс ПИ - $2,01 \pm 0,19$; проба Шиллера - Писарева $0,88 \pm 0,06$; количество лейкоцитов $516,8 \pm 29,5$, а эпителиальных клеток - $31,5 \pm 2,4$ тыс. в 1 мл ротового смыва. После родов эти показатели были такие: ГИ - $1,77 \pm 0,16$, индекс ПИ - $2,3 \pm 0,21$, проба Шиллера-Писарева - $0,87 \pm 0,09$, лейкоциты в ротовых смывах - $525,6 \pm 48,4$, Эпителиальные клетки - $31,0 \pm 2,8$.

Показатели состояния пародонта и гигиены у женщин второй опытной группы после профмероприятий в конце беременности были: ГИ - $1,45 \pm 0,11$, индекс ПИ - $1,62 \pm 0,15$, проба Шиллера-Писарева $0,54 \pm 0,04$, содержание лейкоцитов в ротовых смывах $412,4 \pm 39,5$, эпителия - $33,4 \pm 2,0$.

После родов: ГИ - $1,35 \pm 0,15$, индекс ПИ - $2,64 \pm 0,14$, Шиллера-Писарева $0,51 \pm 0,05$, количество лейкоцитов - $402,1 \pm 39,6$, эпителиальных клеток - $33,0 \pm 1,2$.

Обсуждение полученных мероприятий. У женщин, которым во время беременности не проводили специальных профилактических мероприятий, прирост кариеса по КПУз и КПУп был значительно больше, нежели у женщин, который в течение 4-х месяцев беременности применяли экстракт эхинацеи. Причем в группе, где применялся полный комплекс профмероприятий, отличие по уменьшению прироста кариеса по сравнению с контрольной группой были достоверные.

Гигиенический индекс у женщин всех групп был ниже предыдущих данных, однако заметных отличий не наблюдалось. А вот индексы и пробы, отражающие состояние пародонта у женщин контрольной и опытной групп, отличались. Динамика изменений их у женщин контрольной группы в сторону увеличения в послеродовой период, по

сравнению с данными до родов свидетельствовала, что воспалительный процесс в тканях пародонта не уменьшился.

Показатели состояния тканей пародонта у женщин опытных групп указывали на стабилизацию процесса.

Заключение. Применение в период беременности с целью профилактики стоматологических заболеваний препаратов, стимулирующих естественные защитные силы ротовой полости, ведет к снижению развития патологических процессов в тканях пародонта и поражения зубов кариесом и в послеродовом периоде.

Ключевые слова: пародонт, экстракт эхинацеи пурпурной, интенсивность кариеса, послеродовый период.

Литература.

1. Гаркави Л. Х., Квакина Е. Б., Уколова М. А. Адаптационные реакции и резистентность организма.- Ростов-на-Дону, 1977.-324с.
2. Говалло В. И. Иммунология репродукция. –М.: Медицина, 1985.-189с.
3. Иванов В. С. Заболевание пародонта. -М.: Медицина, 1989. 272 с.
4. Сукманский О. И.; Барабаш Р. Д.; Березовская З. В. Метод дифференциальной оценки эмиграции лейкоцитов полости рта // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. - 1980. - Вып. 5 - С. 76-77.
5. Романова Ю. Г. Влияние снижения активности факторов ротовой полости на развитие стоматологической патологии у беременных женщин // Вісник стоматології . - 2000. - №1. - С.27-29.
6. Фёдоров Ю. А.; Корень В. Н. Основы гигиены полости рта. - Л.: Медицина, 1973. С.15.
7. Чулак Л. Д., Романова Ю. Г. Эффективность использования экстракта эхинацеи пурпурной беременными женщинами для повышения минерализующих свойств слюны // Вісник стоматології. - 1999. - №2 - С.22-24.
8. Ясиновский М. А. К физиологии, патологии и клиники слизистых оболочек. - Харьков-Киев: Укрмедгиз, 1931 - 170 с.

Summary.

Romanova Yu.G., Riaboshapko A.A., Balikov V.V., Kriviplias P.A., Menshikova N.S.
CLINICAL ESTIMATION OF A PLANT ORIGIN ADAPTOGEN ON THE PARADONT TISSUES IN WOMEN IN THE AFTER BIRTHS PERIOD

The immune state of oral cavity was determined to reduce during pregnancy, the intensity of teeth affection by caries increased, the pathologic process developed in periodontal tissues.

УДК 616.12-008.331.1

В.Г.Руденко,Т.П.Опарина, М.Д.Выходцевский, В.С.Осадчук
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПЛАВСОСТАВА

Украинский НИИ морской медицины, Одесский государственный медицинский университет

Артериальная гипертензия (АГ) является наиболее распространенным заболеванием сердечно-сосудистой системы. При скрининговых исследованиях повышение артериального давления (АД) обнаружено у 24% лиц в возрасте 20-59 лет [6].

Наличие АГ является важным фактором риска развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений (инфаркта миокарда, мозгового инсульта, внезапной сердечной смерти), а также существенно лимитирует профессиональную пригодность работников ряда отраслей, прежде всего на водном транспорте, где предъявляются наиболее жесткие требования к состоянию здоровья [2,3,7]. Особенности труда моряков в рейсовых