

Понад 22% українських жінок із надмірною вагою/ожирінням - овдовіли або розлучені, в той час як серед чоловіків із надмірною вагою/ожирінням лише 12,3%, які є неодруженими і ніколи не були в шлюбі.

Більшість чоловіків із надмірною вагою/ожирінням мають освіту на рівні середньої школи. Українці з надмірною вагою/ожирінням різняться за місцем знаходження житла, формою зайнятості, достатком, за статтю та регіонами.

37% українців із надмірною вагою/ожирінням живуть в містах, а 28,9% мешкають в селах.

Особи з надмірною вагою/ожирінням на Півночі та в Центрі сконцентровані в містах (54,0%), а на Заході – зосереджені в селах (48,6%).

Тому так важлива і актуальна боротьба за зниження маси тіла, а конкретно, боротьба з ожирінням.

ЛІТЕРАТУРА

1. Волков В.В. Ожирение // Медицина бессмертия и 280 лет земной жизни. – СПб: Валери СПД, 2002. – С.203-210.

2. Генік С. Таємниці харчування // Мистецтво бути здоровим. – Івано-Франківськ: “Нова Зоря”, 2005. – С. 373-404.

3. Ожиріння // Сімейна медицина. У 5 томах: Т.1. Внутрішні хвороби. У 2 кн. Кн.1. Хвороби органів кровообігу. Ревматичні хвороби. Хвороби органів дихання. Хвороби ендокринної системи / Є.Х. Заремба, Ю.Г. Кияк, О.О. Сергієнко та ін. За ред. В.Г. Передерія, Є.Х. Заремби. – К.: Здоров'я, 2005. – С. 711-718.

4. Панишко Ю.М., Ковцун В.І., Козій Р.С., Тарасов В.В. Здоров'я людини і особливості харчування (Огляд літератури) // Здоровий спосіб життя: зб.наук.ст. / ред. – доц. Ю.М. Панишко. – Львів, 2008. – Вип.33. – С. 37-46.

5. Панишко Ю.М., Ковцун В.І., Козій Р.С., Тарасов В.В. Харчування, вода та довголіття // Здоровий спосіб життя: зб.наук.ст. / ред. – доц. Ю.М. Панишко. – Львів, 2008. – Вип.34. – С. 34-36.

6. Панишко Ю.М., Ковцун В.І., Козій Р.С., Тарасов В.В. Особливості харчування, маса тіла та здоров'я людини // Здоровий спосіб життя: зб.наук.ст. / ред. – доц. Ю.М. Панишко. – Львів, 2011. – Вип 55. – С.36-42.

7. Ред.стаття. Основні причини високого рівня смертності в Україні // Новости медицины и фармации в Украине. – №1-2, январь 2001 г. – С. 16-19.

В.Г. САЙ

ПРОЯВИ АЛЕРГІЧНИХ РЕАКЦІЙ НА СЛИЗОВІЙ ПОРОЖНИНИ РОТА

В статті визначені різної природи алергени, реакції організму на алергени, види реакцій, прояви реакцій на слизовій ротовій порожнині.

Ключові слова: алергени, алергічні реакції, прояви на слизовій рота.

В статье определены разной природы аллергены, реакции организма на аллергены, виды реакций, проявления реакций на слизистой ротовой полости.

Ключевые слова: аллергены, аллергические реакции, проявления на слизистой рта.

The article defines allergens of various nature, reactions of the organism, manifestations of reactions on the mucous membranes of oral cavity.

Key words: allergens, allergic reactions, manifestation on the mucous membrane of mouth.

В останні роки відзначається значний ріст алергічних реакцій в порожнині рота. Ріст алергічних захворювань знаходиться в прямій залежності від способу життя людей,

вживання великої кількості різних синтетичних, білкових лікарських препаратів, неправильного дозування, способу їх прийому. Вакцинація з раннього віку також сприяє змінам реактивності організму і виникненню алергічних захворювань. Частота їх за даними різних авторів складає до 19 % випадків. Зміни, що виникають на слизовій порожнині рота не мають специфічних проявів, які були би характерні для кожного алергена зокрема. Один і той же алерген може викликати різноманітні зміни в порожнині рота. В значній мірі зміни залежать від індивідуальних особливостей організму.

Морфофункціональні особливості будови слизової оболонки рота обумовлюють клінічну специфіку прояву алергії, що вимагає спеціальних засобів для її ліквідації. Серед факторів, що сприяють росту алергічних захворювань є спадкова схильність, на фоні якої в організмі людини під дією навколишнього середовища формується стан алергічної реакції. Значну роль в її формуванні відіграють щеплення проти різних інфекційних захворювань, застосування антибіотиків і інших лікарських середників. Безумовно низка побутових і виробничих факторів теж має вплив на збільшення числа алергічних захворювань. Сюди відносять промислові хімічні сполуки, полімери, значна «хімізація» побуту та ін.

У виникненні медикаментозної алергії велике значення має необгрунтоване застосування одночасно декількох препаратів у лікуванні захворювань і безконтрольний прийом ліків.

Алергенами можуть бути речовини самої різної природи. Вони будуть стимулювати виробництво антитіл в організмі і можуть викликати алергічну реакцію (підвищену чутливість). Властивостями алергенів володіють більшість речовин білкової природи, білково-полісахаридні, білково-ліпідні сполуки, а також прості хімічні речовини об'єднані з білком. Антигенними властивостями володіють деякі тканини організму, такі як нервова тканина, щитоподібна залоза і ін. Ці тканини організму при певних умовах можуть мати антигенні властивості. Це відбувається в результаті дії на тканини організму вірусів, бактерій або їх токсинів і виникненні своєрідних комплексних сполук, утворення патологічних білків в організмі під впливом холоду, опіку, променевого впливів, дії медикаментів і ін.

Антитіла утворюються в організмі як відповідь на введення алергенів. Вони продукуються плазматичними клітинами. Підвищена чутливість до антигену виробляється через 7-15 днів, після яких в організмі визначаються антитіла. Основна фізіологічна функція антитіл - нейтралізація шкідливих біологічних агентів, але вони можуть здійснювати і ушкоджуючу дію. В значній мірі ці зміни залежать від індивідуальних особливостей організму, а різноманітність клінічних форм алергії обумовлено різними типами реакції сенсibiliзації: реакції негайного типу і реакції сповільненого типу. Ці реакції відрізняються одна від іншої за своїми клінічними проявами і механізмами виникнення.

Клінічно алергічна реакція негайного типу може проявлятися у вигляді анафілактичного шоку, кропивниці, ангіоневротичного набряку Квінке, астматичного стану. Симптоми цих реакцій виникають через декілька хвилин або годин після дії на організм хворого специфічного алергена. При цьому в тканинах або в рідких середовищах організму виявляють циркулюючі антитіла, специфічні для даного антигену.

Реакції сповільненого типу розвиваються протягом багатьох годин або днів при самих різноманітних патологічних станах: різного роду інфекціях, при контактній, медикаментозній, харчовій алергії, аутоалергії, трансплантації тканин. Клінічно вони можуть проявлятися екзематозним дерматитом, стоматитом, глоситом, хейлітом, бульозними і папульозними висипами, петехіальними крововиливами.

При сповільненій алергічній реакції в сироватці крові відсутні антитіла, але в клітинах лімфоїдної тканини утворюються шкідливі комплекси.

Медикаментозна алергія має перебіг переважно за типом реакції негайного типу, а бактеріальна - за типом реакції сповільненого типу. Харчова алергія однаково часто розвивається як за негайним типом так і за сповільненим.

Медикаментозну алергію може викликати кожен лікарський засіб не тільки білкового походження, але і ліпоїдного і полісахаридного. Високими алергізуючими властивостями

наділені медикаментозні препарати в основі яких є бензолне кільце з амінною групою або атомом хлора: сульфаніламіди, антибіотики, новокаїн, протитуберкульозні середники і ін.

Сприятливим фактором, що підвищує чутливість організму до лікарських середників є алергічна схильність. Алергічний стан частіше виникає у тих хворих, в анамнезі яких були вказівки на алергію до інших алергенів, а також у хворих, бронхіальною астмою, екземою, вазомоторним ринітом і ін. Грибкові захворювання шкіри також є сприятливим моментом для появи лікарської алергії. Підвищена чутливість в порожнині рота однаково часто виникає як при прийомі ліків всередину, так і при парентеральному введенні. При медикаментозній алергії специфічних елементів ураження на слизовій оболонці порожнини рота не спостерігається. За клінічними ознаками ці зміни подібні до банальних проявів стоматитів різних видів і тому диференційну діагностику із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота іншої етіології провести дуже складно.

З алергічних **реакцій негайного типу** в стоматологічній практиці зустрічається **анафілактичний шок і ангіоневротичний набряк Квінке**. Симптоми цих реакцій виникають одразу після дії алергена і за 15-30 хвилин досягають свого максимуму. За важкістю проявів визначають анафілактичний шок легкого ступеню, середньої важкості і важкий. Анафілактичний шок легкого ступеня представляє собою незначні прояви судинної дистонії: головокружіння, свербіж, неприємні відчуття в різних частинах тіла, гіперемія шкіри, тахікардія, гіпотонія без втрати свідомості. Тривалість такого стану - від декількох хвилин до декількох годин. При анафілактичному шоці середньої важкості у хворого розвиваються різка слабкість, запаморочення, затемнення перед очима, погіршення слуху, кашель, затруднене ковтання, відчуття здавлення грудної клітки, нудота, блювота. Спостерігається швидка зміна гіперемії шкіри блідістю, холодний піт, падіння артеріального тиску, тахікардія, можливі приступи задухи, обморочний стан.

Важкий **анафілактичний шок** розвивається блискавично: колапс і коматозний стан, що супроводжується втратою свідомості, прострацією, порушенням ритму дихання, мимовільними дефекацією і сечовипусканням. Смерть настає протягом 5-40 хвилин. На важку ступінь припадає 10-15 % смертельних випадків від анафілактичного шоку. При недостатньому об'ємі допомоги хворий може загинути і в більш пізні терміни у зв'язку з незворотніми змінами в життєво важливих органах.

Ангіоневротичний набряк Квінке часто поєднується з кропивницею, оскільки ці захворювання мають спільний патогенез. При цьому захворюванні відбувається звільнення гістаміну і інших біологічно активних речовин, що супроводжується місцевим розширенням кровоносних судин, підвищенням їх проникливості. В результаті виникає міжклітинний набряк і утворюється пухир. При кропивниці можливий шкірний свербіж. Набряк Квінке може виникнути у відповідь на харчові і холододові алергени. До лікарських препаратів, що здатні викликати набряк Квінке і кропивницю відносять амідопірин, пеніцилін, броміди, анестетики, сироватки, вакцини.

Захворювання починається раптово. Хворий відмічає відчуття незручності, збільшення в об'ємі губи, язика або обличчя. Появі набряку може передувати свербіж. Найчастішою локалізацією набряку являються губи, повіки, лоб, щоки, язик. В таких випадках відмічається безболісне збільшення губи. При значному набряку язик різко збільшується в об'ємі і з трудом вміщується в роті. Одночасно можуть набрякати м'яке піднебіння, глотка, мигдалики. Набряк виникає протягом декількох хвилин або годин і може самостійно зникнути. Велику небезпеку для життя представляє набряк гортані. Набряк виникає швидко, хворий схвильований, відмічає затруднене дихання, розвивається афонія, наростає синюшність лиця. У подібних випадках необхідна невідкладна допомога, навіть трахеотомія.

Реакції сповільненого типу і їх прояви в порожнині рота. Алергічні медикаментозні ураження слизової оболонки порожнини рота залежно від локалізації позначають як хейліт, глосит, стоматит і ін.

Катаральний стоматит (хейліт, глосит) є найбільш легкою формою медикаментозного ураження. Хворі відчувають свербіж, печію, незначний біль при вживанні гарячої або гострої їжі. Слизова оболонка порожнини рота насичено червоного кольору, набрякла. Якщо патологічні зміни локалізовані на язика, спинка його набуває яскраво червоного кольору. Виражені явища десквамації епітелію, атрофії сосочків язика.

Ерозивно-виразковий стоматит є більш важкою формою медикаментозного ураження. Хворих турбує біль, затруднення при прийомі їжі, важко розмовляти. Ступінь вираженості больових відчуттів залежить від поширення патологічних змін, локалізації ерозій і виразок. Появі ерозій передують везикулярні або бульозні висипи, які розміщені на гіперемійованій і набряклій слизовій. Постійності в локалізації елементів не буває. Уражаються слизові оболонки щік, губ, язика і ін. Загальний стан хворих незадовільний, відмічається підвищення температури до 37,5 - 38,5°C, загальна слабкість, втрата апетиту. Ерозивно-виразковий стоматит може поєднуватися з екзематозним, ексfolіативним дерматитом і іншими проявами алергічної реакції. Ураження порожнини рота часто нагадує клінічну картину багатформної ексудативної еритеми.

Досить часто медикаментозна алергія в порожнині рота проявляється **багатформною ексудативною еритемою** зі всіма характерними для цього захворювання елементами ураження. При цьому разом з ураженнями слизової оболонки порожнини рота можуть уражатися інші слизові, шкіра, внутрішні органи.

Медикаментозні алергії проявляються у вигляді геморагічних крововиливів з локалізацією тільки на слизовій порожнини рота або одночасним ураженням інших слизових і шкіри. Петехіальні крововиливи з'являються на різних ділянках слизової порожнини рота або одночасно на інших слизових та шкірі. Петехіальні крововиливи частіше спостерігаються по краю ясен, ясенних сосочків, в ділянці щік, язика. Петехії різної форми і розміру (від 3-5 мм до 1 см в діаметрі) не виступають над рівнем слизової і не щезають при натискуванні. Загальний стан хворих незадовільний, скарги на слабкість, нездужання.

Виразково-некротичні ураження слизової порожнини рота. Клінічні прояви цього захворювання неоднорідні. Процес може бути локалізованим і проявлятися на твердому піднебінні, язика або щоках. Перебіг при цьому сприятливий, виразки епітелізуються протягом короткого часу. Інколи процес набуває дифузного характеру із залученням не тільки слизової порожнини рота, але і піднебінних мигдаликів, задньої стінки глотки і навіть всього шлунково-кишкового тракту. Виразки вкриті некротичним нальотом білувато-сірого кольору. З рота надходить зловонний запах. Скарги на сильні болі в роті, затруднене відкривання рота, болі при ковтанні, підвищену температуру. Ці ураження подібні до виразково-некротичних стоматитів Венсана, травматичних і трофічних виразок, специфічних виразкових уражень при туберкульозі і сифілісі, виразкових уражень при лейкемії.

ВИСНОВКИ: Враховуючи поліетіологічність алергічних захворювань необхідно спрямувати увагу на виявлення причин захворювання - наявність алергенів. У зв'язку з цим застосувати комплексне лікування з врахуванням загальної і місцевої терапії, дієтотерапії, повної санації порожнини рота, ліквідації хронічних патологічних джерел в організмі в цілому і особливо в суміжних ділянках ротової порожнини (в мигдаликах, придаткових пазухах).

ЛІТЕРАТУРА:

1. Гожая Л.Д. Аллергические заболевания в ортопедической стоматологии. М., - 1988.
2. Гольдштейн М.М, Донцов В.И. Лекарственная аллергия: Обзор зарубежной литературы //Клиническая иммунология: Экспресс. информ./ВНИИМИ. - 1985. - Т.4. - С.1-14.
3. Кудрин А.Н., Бородин Ю.П. Лекарственная аллергия. - М., "Знание". - 1985. - 64 с.
4. Йегер Л. Клиническая иммунология и алергология. В 2-х т. - М., «Медицина», 1986. - Т. 2. - 511 с.

5. Синицын Р.М. и др. Клиника, диагностика и лечение аллергических заболеваний слизистой оболочки полости рта. Метод. рекомендации. – Одесса, 1980.
6. Лопатин В.С. Лекарственный анафилактический шок. М., 1983.
7. Максимович Л., Гайденко А.И. Прописывание, несовместимость и побочное действие лекарственных средств. – Киев, «Здоровье», 1987. – 143 с.
8. Пухлик Б.М. Лекарственная аллергия. – Киев. «Здоровье» - 1989. – 95 с.
9. Пухлик Б.М. Как будем лечить аллергию?// Новости медицины и фармации № 350, декабрь. – 2010. – С. 3 - 4.
10. Стародубцев В.С., Робустова Т.Г., Биберман Я.М. Оказание помощи больным при анафилактическом шоке// Стоматология. - 1987.- Т.66, № 4. - С.75-77.
11. Царевский Л.П. Иммунология лекарственной аллергии// Арх. патологии. – 1984. - № 10.- С. 11-18.

**В.Г. САЙ, Л.В. ЧАПЛІЕНКО, Л.О.СОКИРКО
ДЖЕРЕЛА ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ РЕВМАТИЗМОМ**

Акцентується увага на необхідності ліквідації вогнищевої інфекції будь-якої локалізації для успішного лікування основного захворювання.

Ключові слова: вогнища інфекції, лікувальні заходи.

Акцентируется внимание на необходимости ликвидации очаговой инфекции любой локализации для успешного лечения основного заболевания.

Ключевые слова: очаги инфекции, лечебные мероприятия.

The stress is made on the necessity of liquidation of focal infection for a successful treatment of the main disease.

Key words: foci of infection; treatment measures.

При лікуванні хронічних захворювань організму велике значення відводиться вогнищевій інфекції, особливо стрептококової, яка при певних умовах може стати причиною сенсibiliзації організму, сприяти розвитку ревматизму і інших патологічних процесів.

Значна кількість джерел інфекції (в ротовій порожнині, горлі, кишківнику, сечовивідних шляхах і т. ін.) здатні підтримувати перебіг ревматичного процесу і викликати його загострення. Основними збудниками ускладнень можуть бути мікроорганізми екзогенного та ендогенного походження. Ендогенні інфекції обумовлюють мікроорганізми, що вегетують на слизових оболонках, на поверхні або глибоких шарах шкіри, в активних або в тліючих вогнищах інфекції (мигдалики, пародонт, нирки, суглоби і т. д.). Ендогенне інфікування відбувається гематогенним, лімфогенним або контактним шляхом - із сусідніх джерел запалення. Основними збудниками ревматичного запального процесу є переважно інфекції ендогенного походження. Розвитку ендоінфекцій сприяють імунодефіцит, перевтома і переохолодження, судинні операції і травми, операції в ротовій порожнині, попередня нерациональна антибіотикотерапія препаратами широкого спектру дії. Особливо актуальним ендогенне інфікування буде у хворих з багаточисельними травмами, інтоксикаціями, імунодефіцитами.

З метою ліквідації інфекційно-запальних вогнищ при лікуванні запальних процесів, крім медикаментозного, застосовують оперативне втручання - видалення патологічно змінених мигдаликів, зубів, що знаходяться в інфекційних вогнищах. В літературі є величезна кількість повідомлень, що свідчать про те, що санація порожнини рота, проведена одночасно з медикаментозним лікуванням хворих на ревматизм сприяє їх скорішому видужанню, ліквідації ревматичних атак. Вплив санації порожнини рота на активність ревматичного процесу підтверджена даними біохімічних, імунологічних та інших видів