

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»

ГАВРИЛЬСВ ВІКТОР МИКОЛАЙОВИЧ

УДК: 616.316.5:616.8-009

Морфо-функціональний стан привушних залоз при порушеннях неврологічного статусу у людей

14.01.22 – стоматологія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Полтава–2012

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Вищому державному навчальному закладі України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України м. Полтава (ректор – заслужений діяч науки та техніки України, доктор медичних наук, професор В.М. Ждан).

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор

Рибалов Олег Васильович, Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України м. Полтава, професор кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор

Гасюк Анатолій Петрович, Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія" МОЗ України, м. Полтава, завідувач кафедри патоморфології з секційним курсом

доктор медичних наук, професор

Романенко Інесса Геннадіївна, Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського МОЗ України, завідувачка кафедри стоматології факультету післядипломної освіти

Захист відбудеться "____" _____ 2012 р. о ____год. на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 44.601.01 при ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України за адресою: 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Вищого державного навчального закладу України "Українська медична стоматологічна академія" (36011, м. Полтава, вул. Шевченка,23).

Автореферат розісланий "____" _____2012 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради
кандидат медичних наук, доцент

О.В. Гуржій

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. У структурі запальних і дистрофічних захворювань щелепно-лищевої ділянки значний (до 10%) відсоток займають сіаладеніти. Кількість нозологічних форм сіаладенітів достатньо велика. Кожний вид сіаладеніту має своєрідну клінічну картину, особливості діагностики та лікування (Солнцев А.М. и соавт., 1991; Афанасьев В.В., 2010). Серед неепідемічних сіаладенітів переважають хронічні паротити, для яких характерні тривалий перебіг, складнощі лікування (Лесовая И.Г., 2000; Афанасьев В.В. и соавт., 2006). Це пов'язано з відсутністю чітких уявлень про етіологію та патогенез неепідемічних запальних захворювань слинних залоз (Ромачева И.Ф. и соавт., 1987; Шипский А.В., 2006, Тимофеев О.О., 2011; Маланчук В.О., 2011).

З часів І.П. Павлова відомо, що слинні залози є високочутливим об'єктом до нервових впливів, що визначило їх провідне місце в науковому обґрунтуванні оцінки умовно-рефлекторної діяльності. І разом з тим, зі всіх захворювань слинних залоз найменш вивченими є їх реактивні зміни, що виникають у результаті таких порушень загального характеру, як патопсихологічні стани (Ткач Т.В., 2002; Фахрисламова Л.Р., 2003). На сьогоднішній день кількість пацієнтів з патопсихологічними станами у зв'язку з активним розвитком техносфери неухильно зростає (Павлова Т.М., 2006). Фактично патопсихологічні стани – це своєрідне відображення реакцій у відповідь на стресові ситуації і, як наслідок цього впливу, – розвиток неврогенного сіалозаденіту. Наукових публікацій відносно характеристик функціонального стану слинних залоз у хворих з патопсихологічними станами вкрай мало і вони суперечливі. Немає чітких уявлень щодо проведення лікувальних заходів у цієї категорії хворих, що і визначило актуальність нашого дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація виконана згідно з планом НДР МОЗ України і є фрагментом комплексно-асоціативної академічної теми науково-дослідницьких робіт: «Вроджені та набуті морфофункціональні порушення зубо-щелепної системи, органів і тканин голови та шиї, їх діагностика, хірургічне та консервативне лікування» (державний реєстраційний номер 011U06301). Автор є безпосереднім виконавцем окремого розділу зазначеної теми.

Мета дослідження: підвищити ефективність діагностики та лікування хворих неврогенним сіалозаденітом.

Для досягнення поставленої мети визначені наступні **задачі дослідження:**

1. Описати клінічні прояви неврогенного сіалозаденіту та вивчити стоматологічний статус.
2. Визначити рівень тривожності у хворих на неврогенний сіалозаденіт.
3. Вивчити секреторну функцію привушних залоз, фізико-хімічні властивості секрету та його клітинний склад у хворих на неврогенний сіалозаденіт.
4. Вивчити вміст Ig A, G, M, SIg A, активність перекисного окислення ліпідів і факторів антиоксидантного захисту в крові та ротовій рідині у хворих на неврогенний сіалозаденіт.

5. Проаналізувати характер анатомічних змін у системі проток слинних залоз хворих на неврогенний сіалозаденіт за результатами сіалографії.
6. Розробити і впровадити в клініку лікувально-профілактичні заходи з корекції патологічних змін, які відбуваються в привушних залозах хворих на неврогенний сіалозаденіт.

Об'єкт дослідження – характер клінічних проявів, функціональних і морфологічних змін привушних залоз у хворих на неврогенний сіалозаденіт.

Предмет дослідження – ефективність діагностичних та лікувально-профілактичних заходів у хворих на неврогенний сіалозаденіт.

Методи дослідження – клінічні, цитологічні, біохімічні, рентгенологічні, статистичні.

Наукова новизна дослідження:

1. Вперше описано клінічну картину неврогенного сіалозаденіту та зроблено її оцінку.
2. Вперше доведено, що у хворих з неврогенним сіалозаденітом існують розлади слиновиділення різного ступеню тяжкості.
3. Вперше комплексним обстеженням морфо-функціонального стану слинних залоз у хворих з лабільною нервовою системою доведено, що в них розвивається первинний хронічний запально-дистрофічний процес – сіалозаденіт.
4. Запропоновано лікувально-профілактичні заходи для хворих з лабільною нервовою системою з проявами неврогенного сіалозаденіту.

Практичне значення отриманих результатів. Проведені дослідження розширюють уявлення про патогенез хронічного сіалозаденіту у хворих з лабільною нервовою системою і сприяють проведенню ефективного лікування цього патологічного процесу. Отримані результати всебічного дослідження слинних залоз можна рекомендувати для впровадження у клініку неврогенних станів з проявами симптоматичної ксеростомії на всіх стадіях реабілітації хворих. Об'єктивне обґрунтування комплексного спеціалізованого обстеження і лікування пацієнтів з лабільною нервовою системою з проявами неврогенного сіалозаденіту дають можливість формувати диспансерні групи з таких хворих, запобігають розвитку грубих системних патологічних змін у слинних залозах та дозволяють проводити корекцію їх стану.

Використання методик комплексного обстеження і лікування неврогенного сіалозаденіту у хворих з лабільною нервовою системою впроваджено в практику лікувально-хірургічного відділення Полтавської обласної клінічної стоматологічної поліклініки. Матеріали дисертації використовуються в навчальному процесі кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава.

Особистий внесок здобувача у виконанні даної роботи. Дисертаційна робота є самостійним науковим дослідженням, виконаним на базі кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї ВДНЗ України "Українська медична

стоматологічна академія" (завідувач кафедри – д. мед. н., доцент Аветіков Д.С.), Полтавської обласної клінічної стоматологічної поліклініки (головний лікар – д. мед. н., професор Скрипніков П.М.), Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського (головний лікар – Скалянський Є.В.), НДІ ГІОРПФ при ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія" (директор – д. мед. н., доцент Весніна Л.Е.). Автором разом з науковим керівником сформульовано мету і завдання дослідження, персонально проаналізовано в деталях літературу з проблеми, що вивчається, проведено інформаційний пошук, виконані клініко-лабораторні дослідження, математично-статистична обробка одержаних результатів та їх оцінка, написані всі розділи роботи, зроблені висновки та практичні рекомендації.

У статтях, опублікованих у співавторстві, участь усіх авторів рівнозначна.

Апробація результатів дисертації. Матеріали за темою дисертації були представлені на науково-практичній конференції лікарів-стоматологів (Полтава, 2006); на III (X) з'їзді Асоціації стоматологів України (Полтава, 2008); на I з'їзді сіалологів Росії (Москва, 2009); на Міжнародних конференціях: «Стоматология славянских государств» (Белгород, 2009), «Актуальні питання профілактики і лікування стоматологічних захворювань» (Ужгород, 2010), «Сучасна стоматологія та щелепно-лицева хірургія» (Київ, 2011), «Актуальные вопросы и перспективы развития стоматологии» (Харьков, 2011); на II з'їзді Української асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів (Київ, 2011); на апробаційній вченій раді № 2 – "Стоматологія" (Полтава, 2011).

Публікації. Основні положення дисертаційної роботи відображені в 11 наукових публікаціях, з яких 4 – в наукових фахових виданнях, рекомендованих ВАК України, 4 - в збірниках наукових праць, 3 – в тезах наукових доповідей.

Обсяг і структура дисертації.

Основний текст дисертації викладено на 158 сторінках принтерного тексту і складається зі вступу, аналітичного огляду літератури, опису матеріалів та методів досліджень, 2 розділів власних досліджень, аналізу та обговорення результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури (всього 254 літературних джерела, із них 218 – кирилицею та 36 – латиницею). Робота ілюстрована 35 таблицями, 25 малюнками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення мети і вирішення поставлених задач вивчені результати клінічних, лабораторних, біохімічних досліджень у 113 хворих невrogenним сіалозаденітом віком від 35 до 53 років, які зверталися за допомогою у лікувально-хірургічне відділення ПОКСП. Жінок було 102, чоловіків - 11. Давність захворювання в межах від кількох місяців до понад 3 років.

Контрольну групу досліджуваних склали 19 практично здорових добровольців у віці 35-43 років із санованою ротовою порожниною, які не мали в анамнезі захворювань слинних залоз.

В залежності від інтенсивності клінічних проявів неврогенного сіалозоаденіту (змін об'єму привушних залоз, ступеню ксеростомії, клітинного складу секрету привушних залоз, рентген-анатомічних порушень в системі проток), хворі, що досліджувалися, були розподілені на 3 групи:

- I група - 44 хворих з легким ступенем важкості;
- II група - 48 хворих з середнім ступенем;
- III група - 21 хворий з важким перебігом неврогенного сіалозоаденіту

Усі дослідження проводились нами за загальноприйнятими принципами, що включали загальні, власні і спеціальні методи.

Загальні клінічні дослідження - опитування, огляд, пальпація слинних залоз, зондування проток застосовували у всіх хворих. З'ясовували скарги, анамнез захворювання; причини, що могли слугувати пусковим механізмом розвитку змін з боку слинних залоз (стан психоемоційної напруги: сімейні та соціальні негаразди, фобії та ін.); лікування, яке проводилось раніше, його ефективність; уточнювали анамнез життя, наявність інших загальносоматичних і стоматологічних захворювань.

Зі скарг локального порядку виділяли: припухлість та біль в ділянці залоз, появу відчуття сухості в порожнині рота, характер і частоту загострень, характер та хронології змін об'єму слинних залоз, порушення функцій жування, ковтання, мовлення, пов'язаних зі зниженням слиновиділення та ін. Скарги, пов'язані безпосередньо зі станом психоемоційної напруги: порушення сну, апетиту, зміни артеріального тиску, пітливість, роздратованість та ін.

Уточнювали супутні захворювання, гострі та хронічні інтоксикації, дитячі інфекції, які могли сприяти порушенню функції великих слинних залоз.

Основна увага приділялась клінічному дослідженню слинних залоз. Огляд проводили оцінюючи конфігурацію обличчя, наявність збільшення тканин в області ПЗЗ, стан шкірних покривів над ними, стан червоної облямівки губ та слизової оболонки порожнини рота, ступінь її вологості, зміни з боку вустів вивідних проток, характер ротової рідини (в'язка, піниста, прозорість, наявність включень). При пальпаторному дослідженні залоз відмічали їх розмір і консистенцію, відношення до оточуючих тканин, ділянки больових відчуттів, стан вустів та прохідність проток за допомогою їх зондування.

Для вирішення поставлених задач використовували такі приватні методи дослідження: загальну сіалометрію і сіалометрію на фоні навантаження секретії, сіалометрію ПЗЗ для визначення їх функціонального стану, фізико-хімічні властивості ротової рідини (рН, в'язкість, прозорість), цитологічні характеристики секрету ПЗЗ, гігієнічний індекс ротової порожнини, вивчення поширеності і інтенсивності карієсу, стану тканин пародонту по прийнятій у пародонтології схемі (індекс РМА, пародонтальний індекс).

Вивчення стану зубів, тканин пародонту, гігієни ротової порожнини проводили згідно до рекомендацій з урахуванням Протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «хірургічна стоматологія» (Наказ МОЗ України № 566 від 23.11.2004).

Загальна сіалометрія проводилась усім хворим методом збирання ротової рідини у вимірювальну пробірку вранці, натщесерце протягом 10 хв. після полоскання ротової порожнини водопровідною водою без попередньої стимуляції.

Секреторну функцію ПВЗ вивчали шляхом дренивання їх основних проток металевими катетерами через 30 хв. після відбору ротової рідини з попереднім зондуванням та бужуванням вустя у випадках їх вираженого спазму.

З метою вивчення характеру порушень функціонального стану слинних залоз нами використовувалися навантажувальні саліваторні проби. Для цього через 30 хвилин після завершення збору секрету без стимуляції на язик наносили 10 крапель 1% розчину лимонної кислоти. Сіалометрія без стимуляції секретії і зі стимуляцією проводилася протягом 10 хвилин.

В'язкість ротової рідини та паротидного секрету вивчали гемовіскозиметром ВК-4 з модифікованою панеллю. Дослідження проводили відразу після збору слини.

Визначення рН проводили за допомогою мікроаналізатора фірми Radelkis (УНР). Дослідження проводили не пізніше 30 хв. після отримання матеріалу.

Прозорість паротидного секрету визначали на калориметрі фотоелектричному концентраційному (КФК-2 МП).

Клітинний склад секрету ПВЗ вивчений у 19 здорових осіб і у 113 хворих НС в динаміці спостереження.

Для розрахунку вмісту SIg A в ротовій рідині використовували стандарт очищеного SIg A з концентрацією білка 1 мг/мл.

Визначення імуноглобулінів А, G, M в сироватці крові виконували методом радіальної дифузії в гелі за методом Манчіні. Вміст імуноглобулінів визначали відносно стандартної сироватки крові людини з відомою концентрацією імуноглобулінів.

З метою вивчення стану процесів пероксидації в ротовій порожнині і привушних залозах нами досліджений вміст МДА – продукту ВРО і активність ферментів АОЗ – каталази і СОД в ротовій рідині і паротидному секреті, крові. Цей матеріал вивчався в перші 30 хв. після його отримання.

Рентгенографію ПВЗ з контрастною масою (тріомбрас) проводили за загальноприйнятою методикою в двох проєкціях: прямій (носолюбній) і боковій (профільній).

Оцінку рівня тривожності проведено всім пацієнтам в день звернення та в динаміці спостереження за методикою Дж. Тейлора в адаптації В.Г. Норагідзе.

Отримані дані лабораторних і клінічних досліджень були оброблені за допомогою статистичного аналізу з використанням статистичного апарату електронних таблиць Microsoft Excel 7.0. Достовірність розбіжностей оцінювали за критерієм Стьюдента і признавали їх достовірними при $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення. Результати проведених клінічних, лабораторних, рентгенологічних досліджень дають підставу вважати об'єктивним розділення важкості перебігу неврогенного сіалозаденіту на три ступені: легкий, середній та важкий.

Для хворих з легким ступенем захворювання (44 чоловіки) були характерні скарги на періодичне збільшення однієї (32 хворих) або обох (12 осіб) привушних залоз, незначну сухість в порожнині рота. Тривалість захворювання складала від 3 місяців до 2 років, патологічні зміни з боку слинних залоз вперше відмічено у 21 хворого. Всі хворі появу припухлості в ділянці слинних залоз відмічали на фоні стресової ситуації (смерть близьких, сімейні та виробничі негаразди та ін.).

Під час огляду у 32 хворих мала місце припухлість у привушно-жувальній ділянці за рахунок збільшення однієї з привушних залоз (у 14 зліва, у 18 – справа). При пальпації причинні привушні залози були збільшені, м'яко-еластичної консистенції, безболісні.

Червона облямівка губ у всіх хворих була звичайного кольору, інколи мала місце легка ексfolіація епітелію. З боку порожнини рота: слизова оболонка щік, язика, ясен була блідо-рожевого кольору, помірно зволожена.

Гігієнічний індекс в середньому становив $1,5 \pm 0,2$ (задовільний). Поширеність карієсу становила 88,6%. Інтенсивність ураженості зубів карієсом складала 5,6. Індекс РМА становив у цій групі хворих 24%.

Вустя проток залоз, втягнутих у патологічний процес, у 19 хворих були добре видимі, у 25 – не визначалися. Зондування проток у 11 хворих не викликало труднощів, у 33 – було злегка утруднене, за рахунок їх спазмування.

Вустя проток незацікавлених привушних та піднижньощелепних залоз візуально визначалися достатньо добре. Їх зондування не викликало труднощів.

Кількість ротової рідини була незначно знижена і в середньому складала $5,75 \pm 0,03$ мл за 10 хв. (у здорових – $6,25 \pm 0,09$ мл).

Секреторна функція уражених ПВЗ була знижена і в середньому становила $1,70 \pm 0,016$ мл секрету за 10 хв. (у здорових – $1,81 \pm 0,07$ мл). При цьому у 21 хворого з тривалістю захворювання близько 3 місяців показники паротидної секреції хворих – $1,73 \pm 0,11$ мл були вищими, ніж у хворих з анамнезом понад 3 місяці – $1,65 \pm 0,10$. Секреторна функція симетричних привушних залоз у всіх хворих практично не страждала і складала $1,80 \pm 0,05$ мл.

Після стимуляції секреторної функції слинних залоз загальна секреція склала $6,75 \pm 0,09$ мл за 10 хв. Кількість секрету за 10 хв. ураженими привушними залозами збільшувалася до $1,98 \pm 0,05$ мл, симетричними – до $2,05 \pm 0,05$ мл.

Прозорість отриманого секрету втягнутих в патологічний процес привушних залоз становила $0,023 \pm 0,001$ у.о., що в порівнянні з контрольною групою ($0,021 \pm 0,002$ у.о.) свідчить про незначне її зниження. В'язкість ротової рідини становила $1,11 \pm 0,02$ сПз, секрету зацікавлених залоз – $2,60 \pm 0,02$ сПз (секрет здорових слинних залоз – $2,55 \pm 0,2$ сПз).

Водневий показник ротової рідини був $7,23 \pm 0,01$ ($7,35 \pm 0,05$ в нормі), рН паротидного секрету – $7,51 \pm 0,11$ (в нормі $7,55 \pm 0,03$), що свідчить про незначну його зміну в порівнянні з показниками здорових людей.

Цитологічне дослідження секрету уражених ПВЗ виявило, що клітинний вміст був представлений окремими клітинами плоского епітелію, не чисельними

клітинами циліндричного епітелію та поодинокими нейтрофільними лейкоцитами і лімфоїдними елементами.

Виявлено певні зміни імунологічних показників у сироватці крові та в ротовій рідині. В сироватці крові та ротовій рідині були виявлені зміни імунологічних показників, а саме зниження концентрації Ig G в сироватці крові до $8,75 \pm 0,91$ мг/мл (здорові – $11,5 \pm 0,5$ мг/мл) та підвищення концентрації Ig M до $2,03 \pm 0,31$ мг/мл (здорові – $1,15 \pm 0,06$ мг/мл). Концентрація SIg A у ротовій рідині становила $57,09 \pm 4,69$ мг/мл (здорові – $79,4 \pm 0,96$ мг/мл).

Вміст МДА в сироватці крові в середньому по групі складав $77,06 \pm 1,96$ мкмоль/мл ($p < 0,05$). В контрольній групі – $53,8 \pm 1,9$ мкмоль/мл. Активність СОД в сироватці крові в середньому по групі складала $7,42 \pm 0,20$ у.о. ($p < 0,05$), здорові – $7,3 \pm 0,43$.

Вміст МДА в ротовій рідині в середньому по групі складав $1,79 \pm 0,11$ мкмоль/л. У здорових – $1,26 \pm 0,16$ мкмоль/л. У групі здорових осіб активність каталази ротової рідини складала $7,59 \pm 0,4$ у.о. У хворих вона була підвищена і в середньому по групі становила $7,85 \pm 0,34$ у.о. Активність СОД у ротовій рідині практично здорових осіб складала $0,09 \pm 0,01$ у.о., тоді як активність СОД у середньому по групі становила $0,13 \pm 0,03$ у.о. ($p > 0,5$).

Сіалографія привушних залоз, втягнутих в патологічний процес, яка була зроблена 18 хворим, у 14 обстежених виявила незначне звуження початкового відділу основної протоки. У 2 хворих була підвищена імбібіція паренхіми контрастною масою, у 2 – нерівномірне звуження основної протоки, дрібні сіалектази в кінцевих відділах протокового русла.

При обстеженні у невропатолога в більшій частині пацієнтів спостерігалось підвищення або зниження артеріального тиску в середньому на 10-12 мм р. с., пітливість або сухість долонь, тахікардія, брадикардія, що відповідало клінічній картині вегетативного неврозу.

За оцінкою рівня тривожності за шкалою Дж. Тейлора в адаптації В.Г. Норакідзе у 11 обстежуваних він був низьким і склав $1,91 \pm 0,05$ бали, у 23 осіб мав середнє значення ($14,35 \pm 0,05$ бали), у 10 – високим ($43,40 \pm 0,05$ бали).

Таким чином, при легкому ступеню важкості спостерігались слабо виражені зміни морфо-функціонального стану ПВЗ при зростанні рівня тривожності у більшості хворих.

Для хворих з середнім ступенем неврогенного сіалозаденіту (48 чоловік) були характерні скарги на часті (до 3-5 разів на рік) періодичні збільшення однієї або обох привушних залоз, що супроводжувалось сухістю в порожнині рота. Тривалість захворювання складала від 12 місяців до 2 і більше років. Усі хворі в анамнезі відмічали довготривалі явища психоемоційної напруги.

При огляді відмічалася наявність припухлості в привушно-жувальній ділянці за рахунок збільшення однієї з привушних залоз: у 17 – зліва, у 19 – справа, у 12 хворих з обох боків. При пальпації привушні залози були м'яко-еластичної консистенції, збільшені до 3-5 см, слабо болісні у 23 пацієнтів, у 25 – значно.

У всіх хворих червона облямівка губ була звичайного кольору, сухувата, у 27 мала місце легка ексфоціація епітелію лусками до 1-1,5 мм. З боку порожнини рота: слизова оболонка щік, язика, ясен була блідо-рожевого кольору, помірно зволожена у 13 хворих, а у 35 – з ознаками сухості.

Гігієнічний індекс у середньому становив $1,9 \pm 0,3$ (незадовільний). Поширеність карієсу зростала і становила 91,4% (у осіб контрольної групи – 61,9%). Інтенсивність карієсу складала 6,2. Індекс РМА в середньому по групі становив 45%.

Вустя проток привушних залоз, втягнутих в патологічний процес, у 19 хворих були добре видимі, у 11 – визначалися з трудом, у 18 – не визначалися. Зондування проток у всіх хворих було утруднене за рахунок їх спазмування.

Кількість ротової рідини у всіх хворих цієї групи була достовірно ($p < 0,001$) зменшена ($4,39 \pm 0,06$ мл за 10 хв.). Кількість секрету, що одержували з цих залоз за 10 хвилин дослідження, в середньому складала $1,56 \pm 0,07$ мл ($p < 0,001$).

Після проведення навантажувальних саліваторних проб загальна секреція складала $4,85 \pm 0,06$ мл за 10 хв. дослідження, а паротидна – $1,88 \pm 0,07$ мл.

Прозорість отриманого секрету втягнутих в патологічний процес привушних залоз становила $0,043 \pm 0,001$ у.о., що в порівнянні з контрольною групою ($0,021 \pm 0,002$ у.о.) свідчить про її зниження. В'язкість ротової рідини була підвищеною до $1,20 \pm 0,07$ сПз (в контрольній групі $1,0 \pm 0,01$ сПз), в'язкість секрету залоз із явищами сіалозоаденіта також була підвищеною ($2,63 \pm 0,05$ сПз) в порівнянні з в'язкістю секрету здорових залоз ($2,55 \pm 0,02$ сПз).

Водневий показник ротової рідини становив $7,11 \pm 0,04$, паротидного секрету – $7,45 \pm 0,13$, що вказувало на тенденцію зміщення його в кислий бік у порівнянні зі здоровими (рН ротової рідини – $7,35 \pm 0,05$, паротидного секрету – $7,55 \pm 0,03$).

Клітинний склад секрету зацікавлених залоз був представлений елементами запального ряду, лімфоїдними клітинами, макрофагами, клітинами циліндричного епітелію. При цьому кількість виявлених клітинних форм, особливо нейтрофільних лейкоцитів, збільшувалась з тривалістю захворювання.

Певні зміни імунологічних показників були виявлені в сироватці крові та ротовій рідині. Відмічалось зниження концентрації Ig G в сироватці крові до $9,07 \pm 0,97$ мг/мл (у здорових – $11,5 \pm 0,5$ мг/мл) та підвищення концентрації Ig M до $1,95 \pm 0,35$ мг/мл (у здорових – $1,15 \pm 0,06$ мг/мл). У ротовій рідині концентрація SIg A становила $48,15 \pm 7,41$ мг/мл (здорові – $79,4 \pm 0,96$ мг/мл).

Вміст МДА в сироватці крові в середньому по групі складав $96,5 \pm 2,15$ мкмоль/мл (в контрольній групі – $53,8 \pm 1,9$ мкмоль/мл). Активність СОД в сироватці крові в середньому по групі складала $7,67 \pm 0,12$ у.о. (контрольна група – $7,30 \pm 0,43$ мкмоль/мл).

Вміст МДА в ротовій рідині по групі складав $2,24 \pm 0,14$ мкмоль/л (в контрольній – $1,26 \pm 0,16$ мкмоль/л). Активність каталази ротової рідини в середньому по групі становила $8,61 \pm 0,37$ у.о (у здорових складала $7,59 \pm 0,4$ у.о.). Активність СОД в ротовій рідині у хворих у середньому по групі становила $0,14 \pm 0,02$ у.о. (у здорових – $0,09 \pm 0,01$ у.о.).

Сіалографія виявила характерні зміни в системі проток уражених залоз: колбовидні та кулясті ектазії проток III-V порядків, звуження та розширення ділянок основної протоки, нерівномірне звуження та розширення основної протоки привушної залози і підвищена імбібіція її паренхіми.

При обстеженні у невропатолога продовжувало спостерігатися підвищення або зниження артеріального тиску в середньому на 10-15 мм р. с., пітливість або сухість долонь, тахікардія, брадикардія, розлади сну та відсутність апетиту, що відповідало клінічній картині вегетативного неврозу.

Рівень тривожності за шкалою Дж. Тейлора в адаптації В.Г. Норакидзе у 29 обстежуваних був середнім і склав $13,07 \pm 0,5$ балів, у 19 – високим ($34,74 \pm 0,5$ балів).

При обстеженні хворих з важким ступенем неврогенного сіалозаденіту (21 чоловік) виявлялися скарги на збільшення привушних слинних залоз, постійну сухість у порожнині рота, утруднене мовлення, пережовування та, особливо, ковтання їжі. Тривалість захворювання складала від 2,5 до понад 3 років.

При первинному обстеженні звертав на себе увагу загальний стан хворих – виражена тривога, пов'язана з невпевненістю у виліковуванні, інколи до нав'язливого стану. Об'єктивно відмічалась припухлість однієї привушно-жувальної ділянки у 7 хворих, обох у 14. Під час пальпації виявлено збільшені до 4-5 см привушні залози м'яко-еластичної консистенції, у 16 хворих з вираженими болісними відчуттями, у 5 – малоболісні.

Червона облямівка губ у всіх хворих була сірувато-рожевого кольору, суха, у 11 – виражена ексфоціація епітелію лусками до 1-1,5 мм. З боку порожнини рота: слизова оболонка щік, ясен була яскраво-рожевого кольору, мало зволожена у 13 хворих, а у 8 – практично суха. Язик у всіх пацієнтів місцями був вкритий потужним шаром нальоту.

Гігієнічний індекс у всіх хворих був поганий і становив в середньому $2,6 \pm 0,21$ бали. Показник поширеності карієсу – 95,24%. Інтенсивність ураженості зубів карієсом на одного обстеженого у хворих з важким ступенем перебігу неврогенного сіалозаденіту становила 15,04. Індекс РМА в середньому по групі становив 52,3%.

Вустя проток незацікавлених привушних та піднижньощелепних залоз візуально визначалися погано. Їх зондування викликало труднощі. Виділення секрету було значно знижене.

Вустя проток привушних залоз, втягнутих у патологічний процес, у 7 хворих визначалися з трудом, у 14 – не визначалися. Їх зондування у всіх хворих було утруднене і дуже важке.

Кількість ротової рідини значно ($p < 0,001$) зменшувалась і була в межах $0,98 \pm 0,14$ мл за 10 хв. Секреція ураженими залозами за 10 хв. у середньому складала $0,34 \pm 0,05$ мл.

Після проведення навантажувальних саліваторних проб загальна секреція складала $1,13 \pm 0,06$ мл за 10 хв. дослідження, паротидна – $0,68 \pm 0,07$ мл.

Прозорість отриманого секрету втягнутих у патологічний процес привушних залоз складала $0,068 \pm 0,003$ у.о., що в порівнянні з контрольною групою ($0,021 \pm 0,002$ у.о.) свідчить про її значне зниження. В'язкість ротової рідини була

підвищеною – $2,65 \pm 0,3$ сПз (у здорових – $2,55 \pm 0,02$ сПз). В'язкість секрету зацікавлених залоз також була підвищеною і становила $1,41 \pm 0,07$ сПз (в контрольній групі – $1,0 \pm 0,01$ сПз).

Водневий показник ротової рідини і паротидного секрету мав ще більшу тенденцію до зміщення в кислий бік у порівнянні з хворими легкого та середнього ступеню і здоровими і становив відповідно $7,10 \pm 0,02$ та $7,38 \pm 0,14$.

У препаратах секрету привушних залоз було відмічено підвищення кількості слизу, поява ретикуло-ендотеліальних клітин, одиничних макрофагів, груп лімфоцитів, плазматичні клітини, виявлялися клітини циліндричного епітелію зі зміненою структурою, келихоподібні клітини; клітини плоского епітелію частіше розташовувалися в невеликих пластах, число без'ядерних клітин було значним, що підтверджує підвищену десквамацію. Виявлялися скупчення клітин з їх активною метаплазією. В ряді препаратів (у хворих з тривалістю основного процесу понад 3 роки) виявлялись малочислені клітини кубічного епітелію.

Спостерігалися зміни імунологічних показників у сироватці крові та ротовій рідині. Концентрації Ig G в сироватці крові становила $9,62 \pm 1,02$ мг/мл (здорові – $11,5 \pm 0,5$ мг/мл), Ig M – $1,58 \pm 0,27$ мг/мл (здорові – $1,15 \pm 0,06$ мг/мл). У ротовій рідині концентрація SIg A була знижена до $38,6 \pm 9,12$ мг/мл (здорові – $79,4 \pm 0,96$ мг/мл).

Вміст МДА в сироватці крові в середньому по групі складав $110,83 \pm 2,03$ мкмоль/мл (в контрольній групі – $53,8 \pm 1,9$ мкмоль/мл). Активність СОД у сироватці крові в середньому по групі складала $8,48 \pm 0,26$ у.о. ($p < 0,05$).

Вміст МДА в ротовій рідині хворих у середньому по групі складав $2,50 \pm 0,13$ мкмоль/л (в контрольній – $1,26 \pm 0,16$ мкмоль/л). Активність каталази ротової рідини становила $10,53 \pm 0,61$ у.о. (в групі здорових – $7,59 \pm 0,4$ у.о.). Активність СОД у ротовій рідині в середньому по групі становила $0,23 \pm 0,05$ у.о. (у здорових осіб – $0,09 \pm 0,01$ у.о.).

Сіалографічна картина привушних залоз характеризувалася звуженнями основної протоки, проток I-III порядків, колбовидними та кулястими ектазіями проток II-V порядків, порушеннями заповнення проток II-V порядків за рахунок їх звуження майже по всьому об'єму залози при наявності окремих сіалектазів.

Невропатологом констатовано підвищення або зниження артеріального тиску в середньому на 10-15 мм р. с., пітливість або сухість долонь, тахікардія, брадикардія, розлади сну та відсутність апетиту, періодичні кишково-шлункові розлади (понос або закрепи), що відповідало клінічній картині вегетативного неврозу.

Рівень тривожності у 7 хворих був середнім і становив $16,87 \pm 0,05$ бали, у 14 – високим ($37,50 \pm 0,05$ балів).

Для корекції виявлених порушень з боку слинних залоз хворі з легким ступенем неврогенного сіалозоаденіту отримували наступний комплекс лікування: бужування проток зацікавлених залоз щодня протягом 5 днів, їх масаж по 5 хв. перед та після їжі 5-7 днів, професійна гігієна та санація порожнини роту у терапевта-стоматолога. З урахуванням рівню тривожності (у 23 осіб мав середні значення $14,35 \pm 0,05$ бали, у 10 – високий – $43,40 \pm 0,05$ бали) 33 пацієнтам додатково

до зазначених заходів психотерапевт рекомендував призначати "Седасен-форте", до складу 1 капсули якого входить 125 мг екстракту валеріани, 25 мг екстракту м'яти перцевої, 25 мг екстракту м'яти лимонної (меліси), по 1 капсулі 3 рази на добу після їжі протягом 2 тижнів. "Но-шпа" для зняття явищ дохоспазму протокового апарату слинних залоз по 1 табл. 3 рази на добу за 20 хв. до їжі протягом 5 днів. Контроль проводився щомісячно протягом 3 місяців. Курс лікування 13 хворим з середнім ступенем і 6 з важким повторювався на другому місяці.

Хворим з середнім ступенем неврогенного сіалозаденіту проводилося бужування проток щодня протягом 5-7 днів та масаж зацікавлених залоз по 5 хв. перед та після їжі 5-7 днів, професійна гігієна та санація порожнини роту у терапевта-стоматолога. 39 особам додатково до перерахованих заходів проводилася інстиляція в протоки зацікавлених залоз ектерициду щодня протягом 5-7 днів, гальванізація ділянок уражених залоз № 7, призначення «Седасен-форте» по 1 капсулі 3 рази на добу після їжі протягом 3 тижнів та «Но-шпа» по 1 табл. 3 рази на добу за 20 хв. до їжі протягом 7 днів, ретинолу ацетат для активації захисних функцій всіх слизових оболонок ротової порожнини і шлунково-кишкового тракту по 5000 МО 1 раз на добу протягом 14 днів. Протягом 2 місяців 18 хворим з середнім ступенем важкості і 11 з високим курс лікування проводився двічі.

Хворим з важким ступенем неврогенного сіалозаденіту в комплекс лікувально-профілактичних заходів входило бужування проток щодня протягом 5-7 днів, масаж уражених залоз по 5 хв. перед та після їжі 7-10 днів, інстиляція ектерициду та протеолітичних ферментів (трипсин) у протоки зацікавлених залоз через день по 5 процедур, електрофорез на ділянки залоз 5% розчину аскорбінової кислоти № 7 для поліпшення стану мікроциркуляторного русла, позитивного впливу на їх функціональний стан, який необхідний для запобігання застою секрету в порожнинах залози, для активації локальних імунних механізмів. Призначалася індивідуально олія шипшини на слизову оболонку порожнини рота. Гігієна та санація порожнини роту у терапевта-стоматолога, "Седасен-форте" по 1 капсулі 3 рази на добу після їжі протягом 4 тижнів та "Но-шпа" по 1 табл. 3 рази на добу за 20 хв. до їжі протягом 10 днів. Для підвищення гомеостазу ротової порожнини призначався полівітамінний препарат "Алфавіт" по 1 таблетці 3 рази на добу протягом 1 місяця. Щомісячний контроль за станом слинних залоз та їх функцією протягом 3 місяців, обов'язково призначали повторний курс лікування 4 хворим з середнім рівнем тривоги і 9 – з високим.

Ефективність комплексного диференційованого лікування хворих з неврогенним сіалозаденітом проаналізовані нами у строки від 6 місяців до 2 років.

Слід констатувати, що із 44 хворих з легким ступенем неврогенного сіалозаденіту, які регулярно лікувались у хірурга-стоматолога, у 40 (90,91%) осіб констатовано одужання, у 4 (9,09%) – покращення; із 48 пацієнтів з середнім ступенем важкості одужання відмічено у 35 (72,91%), покращення – у 11 (22,92%), без змін – у 2 (4,17%) осіб; із 21 хворого з важким ступенем неврогенного сіалозаденіту одужання відмічено у 13 (61,91%), покращення – у 6 (28,57%), без змін у 2 (9,52%).

Аналіз результатів лікування хворих неврогенним сіалозаденітом, спрямованого на покращення функціонального стану слинних залоз та стабілізацію гомеостазу порожнини рота, показав, що у близькі строки (через 6 місяців після закінчення лікування) із 44 хворих з легким ступенем неврогенного сіалозаденіту в 40 (90,91%) осіб констатовано одужання, у 4 (9,09%) – покращення. Підтвердженням цього стали результати власних і спеціальних досліджень, зокрема, повністю ліквідувалися неприємні відчуття в ділянках привушних залоз, періодичні збільшення однієї з них, сухість у порожнині рота, 5 пацієнтів іноді відмічали незначну сухість слизових оболонок порожнини рота. Обличчя симетричне було у 37 хворих, при пальпації привушні залози у них були м'яко-еластичної консистенції, безболісні, розміром до 3-5 см. У 7 осіб була незначна припухлість у ділянці однієї із зацікавлених привушних залоз, що було обумовлено набряком підшкірної клітковини. У всіх хворих червона облямівка губ була звичайного кольору, без ознак ексфоціації епітелію. З боку порожнини рота у всіх досліджуваних слизова оболонка щік, язика, ясен була блідо-рожевого кольору, помірно зволожена.

Гігієнічний стан порожнини рота у всіх хворих після проведення навчання навичкам гігієни порожнини рота помітно поліпшився і становив $1,7 \pm 0,2$ (хороший). Індекс РМА = $17,5 \pm 2,1\%$.

Загальна секреція підвищувалась до меж норми і становила $6,08 \pm 0,12$ мл за 10 хв., відмічалась нормалізація секреторної функції привушних залоз – $1,74 \pm 0,10$ мл за 10 хв. Наблизилися до норми показники фізико-хімічних властивостей ротової рідини та паротидного секрету (прозорість, в'язкість, рН).

При цитологічному дослідженні секрету раніше уражених ПВЗ визначалися малочисельні клітини плоского епітелію та поодинокі нейтрофільні лейкоцити, що характерно для клітинного складу секрету здорових слинних залоз.

Визначення рівня тривожності за шкалою Дж. Тейлора в адаптації В.Г. Норакідзе у 22 хворих із НС легкого ступеню виявлено, що у 19 осіб він був низьким і склав $1,53 \pm 0,05$ бали, у 3 – середній ($9,27 \pm 0,05$ бали), що відображує зниження рівня тривоги у більшості хворих.

Із 48 пацієнтів із середнім ступенем неврогенного сіалозаденіту одужання відмічено у 35 (72,91%), покращення – у 11 (22,92%), без змін – у 2 осіб (4,17%), що підтверджено суб'єктивними і об'єктивними даними. У 35 пацієнтів скарги були відсутні, 11 осіб відмічали періодичні (до 2-3 разів протягом 6 місяців) неприємні явища в уражених привушних залозах (важкість, поколювання, інколи відчуття свербіж), які завжди виникали після пережитих нервових зривів будь-якого генезу. Двоє хворих відмічали часті припухання слинних залоз, періодичну сухість у порожнині рота.

При об'єктивному обстеженні у 35 досліджуваних обличчя було симетричне, привушні залози мали м'яко-еластичну консистенцію, нормальний розмір, їх пальпація була безболісна. Червона облямівка губ звичайного кольору без ознак сухості, слизова оболонка присінку рота, ясен, щік, язика – блідо-рожевого кольору, достатньо зволожена. Зондування вивідних проток не викликало труднощів. У 11 пацієнтів спостерігалися значно збільшені привушні залози (у 9 чоловік з одного

боку, у 2 – з обох). Червона облямівка губ у цих пацієнтів була звичайного кольору, без ознак ексфоціації епітелію. При зондуванні вустів проток уражених привушних залоз у цих хворих виявлялися явища незначного дохоспазму.

У всіх хворих з одужанням і покращенням відмічалася нормалізація показників гігієнічного стану ротової порожнини, секреторної діяльності слинних залоз у цілому та привушних зокрема. Нормалізувалися фізико-хімічні показники ротової рідини та секрету привушних залоз.

У хворих з одужанням клітинний склад був представлений малочисленими клітинами плоского епітелію і одиничними нейтрофільними лейкоцитами. Цитологічне дослідження секрету зацікавлених привушних залоз у 11 хворих з одужанням виявило підвищену кількість нейтрофільних лейкоцитів, одиничні лімфоїдні клітини, макрофаги, клітини циліндричного епітелію.

Сіалографія була зроблена 9 досліджуваним з 11, у яких було відмічено покращення. У 3 з них картина була без відхилень від норми, у 6 – мали місце різного характеру звуження основної протоки, проток I-II-III порядків, колбовидні та кулясті екстазії проток II-V порядків.

Рівень тривожності за шкалою Дж. Тейлора в адаптації В.Г. Норахідзе став низьким у 35 хворих і склав $1,13 \pm 0,05$ бали, у 11 осіб залишався з середніми значеннями ($8,23 \pm 0,05$ бали), у 2 – високим ($13,21 \pm 0,05$ бали), що в цілому по групі свідчило про його зниження після проведеного лікування.

Із 21 хворого з важким ступенем неврогенного сіалозаденіту через 6 місяців одужання відмічено у 13 (61,91%), покращення – у 6 (28,57%), без змін - у 2 (9,52%), це також підтверджено клінічною картиною, значним покращенням гігієнічного стану порожнини рота, підвищенням секреторної активності уражених привушних залоз, нормалізацією фізико-хімічних властивостей ротової рідини та паротидного секрету.

При цитологічному дослідженні секрету привушних залоз у 6 чоловік, в яких зареєстровано одужання, клітинний склад був малочисельний, в препаратах визначалися поодинокі клітини плоского епітелію, одиничні клітини циліндричного епітелію. У 4 хворих з покращенням було відмічено в мазках секрету незначну кількість слизу, ретикуло-ендотеліальні клітини, одиничні макрофаги, групи лімфоцитів.

Сіалографія, проведена 5 пацієнтам з явищами покращення, виявила у 3 незмінену протокову систему, у 2 – наявність звуження проток II-V порядків, окремі сіалектази.

Визначення рівня тривожності виявило, що у 18 осіб він був низьким і склав $2,18 \pm 0,05$ бали, у 3 – середній ($8,67 \pm 0,05$ бали), що відображає зниження рівня тривоги у більшості хворих до нормальних показників.

Слід констатувати, що із 22 хворих з легким ступенем перебігу неврогенного сіалозаденіту, які спостерігалися та проходили регулярні курси лікування у хірурга-стоматолога, у 19 (86,36%) осіб констатовано одужання, у 3 (13,64%) – покращення; із 34 пацієнтів з середнім ступенем важкості одужання відмічено у 22 (64,71%), покращення – у 9 (26,47%), без змін – у 3 (8,82%) осіб; із 12 хворих з

важким ступенем неврогенного сіалозоаденіту одужання відмічено у 7 (58,34%), покращення – у 3 (25,00%), без змін – у 2 (16,66%).

Таким чином, динамічне лікувально-профілактичне забезпечення хворих неврогенним сіалозоаденітом, що проводилося нами, сприяло позитивному впливу на анатомічні і функціональні зміни з боку привушних залоз (підвищення паротидної і загальної секреції, зменшення в'язкості і прозорості слини, нормалізація рН ротової рідини та паротидного секрету, покращення гігієнічного стану порожнини рота) і допомогло ліквідації у більшості хворих патологічного процесу в уражених слинних залозах (за даними цитологічного дослідження секрету), покращенню загального психоемоційного стану хворих (за характером зниження рівня тривоги).

Теоретичне і практичне значення проведеної нами роботи по відношенню до прояву реактивних змін зі сторони слинних залоз у осіб з лабільною нервовою системою відображає першочергові завдання профілактики виникнення глибоких патологічних змін у слинних залозах цієї категорії хворих, кількість яких в наш час неухильно зростає.

Отже, наші дослідження підтверджують вислів Бабаєвої А.Л., Шубнікової Е.А. (1979), що великі слинні залози людини, володіючи багатогранними функціями, відповідають на різноманітні зовнішні впливи та внутрішньоорганні порушення своєрідними реакціями, змінюючи свої структурно-функціональні характеристики.

Виходячи з відомого положення про єдність системи гомеостазу організму в цілому та тісний зв'язок діяльності слинних залоз від вегетативної їх іннервації на фоні психоемоційної напруги, проведене нами дослідження є новим фрагментом наукових розробок у цьому напрямку.

Одержані дані досліджень свідчать про цілеспрямованість і перспективність вивчення проблеми морфо-функціонального стану слинних залоз по відношенню до пацієнтів, що страждають неврогенним сіалозоаденітом при умовах дотримання принципів комплексного обстеження та призначення адекватного етіопатогенетичного лікування таких хворих.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлено клініко-лабораторне обґрунтування та нове вирішення важливого науково-практичного завдання сучасної стоматології в питаннях підвищення ефективності діагностики і лікування сіалозоаденіта у хворих з лабільною нервовою системою шляхом використання патогенетично-обґрунтованих диференційованих підходів до тактики обстеження та комплексного лікування в залежності від ступеня важкості захворювання. У відповідності до задач дослідження, отриманих результатів ми прийшли до таких висновків.

1. Для клінічних проявів неврогенного сіалозоаденіту у хворих на фоні психоемоційної напруги характерно різного ступеню збільшення привушних залоз, що визначалося пальпаторно, поява відчуття сухості губ та слизової оболонки порожнини рота, погіршення гігієнічного стану порожнини рота від задовільного (при легкому ступені) до поганого (при важкому перебігу). При

цьому розповсюдженість карієсу сягає 95,24%, індекс РМА зростає від 24% (у хворих з легким перебігом захворювання) до 52,3% (у хворих з важким перебігом).

2. У всіх хворих неврогенним сіалозаденітом рівень тривоги за шкалою Дж. Тейлора в адаптації В.Г. Норахідзе має тенденцію до збільшення і був високим у 10 з 44 хворих з легким ступенем, у 19 осіб з 48 з середнім та у 14 з 21 хворого з важким ступенем, що корелює зі ступенем захворювання.
3. У хворих неврогенним сіалозаденітом відмічено зниження об'єму ротової рідини, зменшення секреторної функції привушними залозами, що залежить від вираженості дохоспазму вивідних проток і реактивного запально-дистрофічного процесу в паренхімі. При легкому ступені секреторна функція становила $1,70 \pm 0,016$ мл, при середньому – $1,56 \pm 0,07$ мл, важкому – $0,34 \pm 0,05$ мл за 10 хв дослідження, що пояснює тяжкість клінічних проявів ксеростомії. При цьому знижується прозорість паротидного секрету, збільшується його в'язкість, водневий показник зміщується у кислий бік.
4. У всіх хворих на фоні зниження секреторної активності привушних залоз, відмічається підвищення десквамації епітелію проток різного рівня, виявляються клітини запального ряду. При значному падінні функції в секреті уражених залоз додатково з'являються клітини циліндричного епітелію зі зміненою структурою, келихоподібні клітини.
5. У ротовій рідині та крові у хворих на неврогенний сіалозаденіт має місце достовірне падіння рівня секреторного імуноглобуліну А, імуноглобулінів А, G, М, що вказує на порушення локального і загального імунного статусу та підтверджує зниження імунокомпетентності слинних залоз. Спостерігається активізація процесів перекисного окислення ліпідів та зниження рівня факторів антиоксидантного захисту в крові та ротовій рідині, що зумовлено пошкодженням структурних компонентів слинних залоз та психоемоційною напругою.
6. У хворих неврогенним сіалозаденітом на сіалограмах привушних залоз виявлені анатомічні порушення у вигляді фрагментарного звуження та наявності ектазій в основній протоці, протоках II-V порядків, характер і кількість яких залежали від ступеня захворювання.
7. Розроблений та запропонований нами лікувально-профілактичний комплекс, направлений на корекцію гомеостазу ротової порожнини з урахуванням рівня тривоги, який включає стреспротективні, спазмолітичні, протизапальні препарати, фізичні та фізіотерапевтичні заходи, є ефективним, на що вказують віддалені результати спостереження: через два роки у 86,36% хворих з легким, у 64,71% - з середнім, у 58,34% з важким ступенем захворювання настала стійка ремісія. Це дозволяє рекомендувати його для використання в сіалологічній практиці при умові диспансерного нагляду хворих.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Хворі, що страждають неврогенним сіалозоаденітом, потребують активного диспансерного спостереження їх лікарями-стоматологами різних спеціалізацій та невропатологами.

З метою своєчасного виявлення змін з боку привушних залоз та органів порожнини рота і визначення ступеня порушення їх функції в план обстеження хворих неврогенним сіалозоаденітом необхідно включати, перш за все, вивчення швидкості слиновиділення, секреторної активності великих слинних залоз, фізико-хімічних властивостей, біохімічних, імунологічних показників ротової рідини, сіалограм, які являються високоінформативними маркерами для встановлення ступеня вираженості функціональних та анатомічних змін у залозах.

Для нормалізації психоемоційного стану слід рекомендувати препарати седативної дії, а для відновлення функціональної активності привушних залоз показано бужування головних вивідних проток, професійний масаж залоз та аутомасаж, електрофорез шкірних покривів у ділянці їх анатомічної проекції 5% розчином аскорбінової кислоти, застосування загальнозміцнюючих препаратів та спазмолітиків з обов'язковим проведенням повної санації порожнини рота.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Рибалов О. В. Структура запальних захворювань слинних залоз / О. В. Рибалов, В. М. Гаврильєв // Український стоматологічний альманах. — 2007, — №4. — С. 15—18. *Особистий внесок – робота над архівними даними щелепно-лицевого відділення Полтавської обласної стоматологічної поліклініки, проведення обробки отриманих даних та підготовка статті до друку.*
2. Гаврильєв В. М. Навантажувальні саліваторні проби в діагностичному і лікувальному процесах у хворих з неврогенною сіалопатією / В. М. Гаврильєв, О. В. Рибалов // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. — 2009. — Т. 9. — вип. 4. — частина 2. — С. 158—161. *Особистий внесок – набір пацієнтів, їх клінічне стоматологічне обстеження, проведення лабораторного дослідження та підготовка статті до друку.*
3. Гаврильєв В. М. Вміст імуноглобулінів А, G, М, у сироватці крові та в ротовій рідині у хворих на неврогенний сіаладеніт / В. М. Гаврильєв, О. В. Рибалов, В. Д. Ахмеров // Український стоматологічний альманах. — 2010. — № 6. — С. 27—29. *Особистий внесок – набір пацієнтів, їх клінічне стоматологічне обстеження, проведення лабораторного дослідження та підготовка статті до друку.*
4. Гаврильєв В. М. Корекція функціональних порушень з боку привушних залоз у хворих неврогенним сіалозоаденітом та її результати / В. М. Гаврильєв, О. В. Рибалов // Світ медицини та біології. — 2012. — № 1. — С. 43—46. *Особистий внесок – набір пацієнтів, їх клінічне стоматологічне обстеження, проведення лабораторного дослідження та підготовка статті до друку.*
5. Рибалов О. В. Нейрогенні та гормональні прояви з боку слинних залоз / О. В. Рибалов, В. М. Гаврильєв // Інноваційні технології – в стоматологічну практику :

- матер. III (X) з'їзду Асоціації стоматологів України. — Полтава, 2008. — С. 283—284. *Особистий внесок – набір пацієнтів, їх клінічне стоматологічне обстеження, проведення лабораторного дослідження та підготовка тез до друку.*
6. Рыбалов О. В. Морфофункциональные реактивные и органические нарушения со стороны слюнных желёз при невропатиях / О. В. Рыбалов, О. И. Яценко, В. Н. Гаврильев // Актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний поврежденных слюнных желез : матер. науч.-практ. конфер. с междунар. участием, посвященной I съезду сиалологов Российской Федерации, 9 сент. 2009 г. : тезисы докл. — М., 2009. — С. 63—66. *Особистий внесок – набір пацієнтів, їх клінічне стоматологічне обстеження, проведення лабораторного дослідження та підготовка тез до друку.*
 7. Рыбалов О. В. Значение нагрузочных сливаторных проб в диагностике и оценке эффективности лечения хронического паротита / О. В. Рыбалов, В. Н. Гаврильев // Стоматология славянских государств : матер. III междунар. науч.-практ. конфер. — Белгород, 2009. — С. 289—293. *Особистий внесок – набір пацієнтів, їх клінічне стоматологічне обстеження, проведення лабораторного дослідження та підготовка тез до друку.*
 8. Гаврильев В. М. Цитологічні характеристики секрету привушних залоз у хворих з лабільною нервовою системою / В. М. Гаврильєв, О. В. Рибалов // Актуальні питання профілактики і лікування стоматологічних захворювань : матер. наук.-практ. конфер. стоматологів Закарпаття з міжнар. участю. — Ужгород, 2010. — С. 118—120. *Особистий внесок – набір пацієнтів, їх клінічне стоматологічне обстеження, проведення лабораторного дослідження та підготовка тез до друку.*
 9. Гаврильев В. М. Тактика корекції функціональних порушень при неврогенному сіалозаденіті / В. М. Гаврильєв, О. В. Рибалов // Матеріали II з'їзду Української асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів. — Київ, 2011. — С. 105—107. *Особистий внесок – набір пацієнтів, їх клінічне стоматологічне обстеження, проведення лабораторного дослідження та підготовка тез до друку.*
 10. Гаврильєв В. М. Клінічна характеристика неврогенного сіалозаденіту / В. М. Гаврильєв, О. В. Рибалов // Сучасна стоматологія та щелепно-лицева хірургія : матер. наук.-практ. конфер. з нагоди 90-ліття з дня народження декана стоматологічного факультету Київського медичного інституту імені О.О. Богомольця, професора Коваленко Василіси Степанівни. — Київ, 2011. — С. 124—125. *Особистий внесок – набір пацієнтів, їх клінічне стоматологічне обстеження, проведення лабораторного дослідження та підготовка тез до друку.*
 11. Гаврильєв В. М. Особливості діагностики неврогенного сіалозаденіту / В. М. Гаврильєв, О. В. Рибалов, М. Г. Скікевич // Актуальные вопросы и перспективы развития стоматологии : матер. конфер. с междунар. участием, посвященные юбилею заведующего кафедрой хирургической стоматологии и ЧЛХ ХНМУ, д. мед. н., профессора Рузина Г.П. — Харьков, 2011. — С. 45—46. *Особистий*

внесок – набір пацієнтів, їх клінічне стоматологічне обстеження, проведення лабораторного дослідження та підготовка тез до друку.

АНОТАЦІЯ

Гаврильєв В.М. Морфо-функціональний стан привушних залоз при порушеннях неврологічного статусу у людей. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. – Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія" МОЗ України, Полтава, 2012.

Дисертація присвячена підвищенню ефективності діагностики та лікування хворих сіалозаденітом, що виникає у осіб з лабільною нервовою системою.

На підставі вивчення функціональної активності привушних слинних залоз, фізико-хімічних характеристик ротової рідини і секрету залоз, втягнутих у патологічний процес, його клітинного складу і характеру змін протокової системи (за даними сіалографії) виділено три ступеня тяжкості перебігу неврогенного сіалозаденіту: легкий, середній, важкий. Отримані дані дали можливість пояснити виникнення неврогенного сіалозаденіту, що розвивається у людей на фоні підвищеного рівня тривоги, коли спостерігається падіння секреторної функції слинних залоз, зміни імунних властивостей їх секрету і ротової рідини, підвищення активності процесів перекисного окислення ліпідів у крові та ротовій рідині, що сприяє проникненню патогенної мікрофлори і розвитку хронічного запалення в залозі з явищами дохоспазму в системі проток.

На підставі цього запропоновано і впроваджено в практику лікувально-профілактичні заходи з корекції патологічних змін, які відбуваються в привушних залозах хворих на неврогенний сіалозаденіт різного ступеня тяжкості.

Автором доведено, що при лікуванні хворих з неврогенним сіалозаденітом необхідно, за рекомендацією невропатолога, знижувати в них рівень тривожності, вживати заходи для зняття дохоспазму, підвищувати функціональну активність слинних залоз, проводити протизапальну терапію.

Аналіз віддалених результатів свідчить, що використання запропонованих методик лікування хворих з неврогенним сіалозаденітом в 86,36% пацієнтів з легким ступенем, в 64,71% з середнім, в 58,34% з важким ступенем захворювання виявилось ефективним.

Ключові слова: привушні залози, неврогенний сіалозаденіт, діагностика, сіалографія, лікувально-профілактичні заходи.

АННОТАЦИЯ

Гаврильєв В.Н. Морфо-функциональное состояние околоушных желез при нарушениях неврологического статуса у людей. – На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – стоматология. – Высшее государственное учебное

заведение Украины "Украинская медицинская стоматологическая академия" МОЗ Украины, Полтава, 2012.

Диссертация посвящена повышению эффективности диагностики и лечения больных с сиалозаденитом, который возникает у лиц с лабильной нервной системой.

На основании изучения функциональной активности околоушных слюнных желез, которое выявило уменьшение количества ротовой жидкости и паротидного секрета; изменение физико-химических характеристик ротовой жидкости и секрета желез, вовлеченных в патологический процесс: снижение прозрачности, повышение вязкости, изменение водородного показателя; результатов цитологического исследования паротидного секрета: повышенную десквамацию эпителия протоков, наличие клеток воспалительного ряда, бокаловидных клеток; характера сиалографических изменений протоковой системы: наличие расширений и сужений протоков I-V порядков, сиалэктазов выделено три степени тяжести неврогенного сиалозаденита: легкая, средняя, тяжелая. Полученные данные дают возможность объяснить возникновение неврогенного сиалозаденита, который развивается у лиц на фоне повышенного уровня тревоги, когда наблюдается падение секреторной функции слюнных желез, изменение иммунных свойств их секрета и ротовой жидкости, повышение активности процессов перекисного окисления липидов в крови и ротовой жидкости, что способствует проникновению патогенной микрофлоры в систему протоков, развитию хронического воспаления в железе с явлениями дохоспазма.

Все это дало возможность предложить и внедрить в практику лечебно-профилактические мероприятия по коррекции патологических изменений, которые происходят в околоушных железах больных неврогенным сиалозаденитом разной степени тяжести.

Автором доказано, что при лечении больных неврогенным сиалозаденитом необходимо снижать у них уровень тревожности, принимать меры для снятия дохоспазма (согласно рекомендациям невропатолога), повышать функциональную активность слюнных желез, проводить противовоспалительную терапию.

Анализ отдаленных результатов свидетельствует, что использование предложенных методик лечения больных неврогенным сиалозаденитом, которые включали стресспротективные, спазмолитические, противовоспалительные препараты, физические и физиотерапевтические мероприятия, у 86,36% пациентов с легкой степенью, у 64,71% со средней, у 58,34% с тяжелой степенью заболевания оказалось эффективным.

Ключевые слова: околоушные железы, неврогенный сиалозаденит, диагностика, сиалография, лечебно-профилактические мероприятия.

SUMMARY

Gavrilev V.N. Morph-functional characteristics of parotid salivary glands, in case of dysfunction of neurological status in people. – On rights for a manuscript.

Dissertation to achieve scientific degree – the candidate of medical sciences speciality 14.01.22 – Stomatology. – High educational establishment of Ukraine the "Ukrainian medical stomatological academy" of MPH of Ukraine, Poltava, 2012.

Dissertation is sanctified to the increase efficiency of diagnostics and treatment of patients with sialiodenitis, that arises up in persons with the normal nervous system.

On the basis of study of functional activity of parotid salivary glands, physical, chemical characteristics of mouth liquid and secret of the glands pulled in a pathological process, it's cellular composition and character of changes of the transmitter system (based on sialography's data) it is distinguished three degrees of neurogenic sialiodenitis : light, middle, heavy. The obtained data gave an opportunity to explain the origin of neurogenic sialiodenitis, that develop in people based on increasing level of stress, decreasing secretory function of salivary glands, change of immune features of mouth liquid and secret, increasing activity of oxidization processes of lipids in blood and mouth liquid that assists penetration of pathogenic micro flora and development of chronic inflammation in the gland with duct-spasm phenomena in duct system.

On the basis of this, were offered and inculcated in medical practice and preventive measures in correction of pathological changes that take place in the parotid glands of patients with neurogenic sialiodenitis in different degrees.

The author proved, that in treatment of patients with neurogenic sialiodenitis it is necessary recommendation of neurologist, to reduce the level of anxiety in them, take measure for the removal of duct-spasm, to promote functional activity of salivary glands, to conduct anti-inflammatory therapy.

The analysis results testifies that the use of offer methods of treatment patients with neurogenic sialiodenitis for 86,36% patients with an lighth degree, in 64,71% with middle, in 58,34% with the heavy degree of disease it appeared effective.

Keywords: parotid glands, neurogenic sialiodenitis, diagnostics, sialography, medical and preventive events.