

- ний /В.М. Безруков, А.В. Алимский, Б.А. Азрельян // Новое в стоматологии. — 1995. - №4. - С. 18 - 21.
3. Голик В.П. К вопросу об использовании метода структурного анализа в стоматологии /В.П. Голик, В.А. Никитин, А.Н. Зосимов // Вестник стоматологии. - 1996. - № 4. - С. 311 - 315.
 4. Голик В.П. Прогнозирование и профилактика острых язвенно-некротических гингиво-стоматитов /В.П. Голик, В.В. Ткаченко, А.Н. Зосимов // Вестник стоматологии. - 1997. - № 3. - С. 320 - 322.
 5. Гублер Е.В. Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях /Е.В. Гублер, А.А. Генкин. - Донецк: Медицина, 1973. - 80 с.
 6. Доклад комитета экспертов ВОЗ по гигиене полости рта и использованию фторидов. — М.: Медицина, 1995.-54 с.
 7. Косенко К.М. Впровадження медико-економічного стандарту в практику стоматології /К.М. Косенко, Ю.М. Бахуринский, Л.А. Пашківська // Вісник стоматології. — 1999. - №2. - С. 45.

УДК 616.31 – 002 – 02: 616.98 – 083

ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТИТА ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Соколова И.И., Томила Т.В., Воропаева Л.В., Скидан К.В., Томили В.Г.

Резюме. Проведено изучение частоты и выраженности факторов формирования герпетического стоматита, определена их прогностическая и диагностическая значимость. Даны результаты анализа силы влияния этих факторов. Обговорены возможности совершенствования профилактики развития и рецидивирования стоматита вирусной этиологии.

Ключевые слова: герпетический стоматит, профилактика, прогнозирование.

УДК 616.31 – 002 – 02: 616.98 – 083

ПРОФІЛАКТИКА СТОМАТИТУ ВІРУСНОЇ ЕТИОЛОГІЇ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Соколова І.І., Томіліна Т.В., Воропаєва Л.В., Скидан К.В., Томілін В.Г.

Резюме. Проведено вивчення частоти і вираження факторів формування герпетичного стоматиту, визначене їх прогностичне й діагностичне значущість. Надано аналіз сили впливу цих факторів. Обговорені можливості удосконалення профілактики розвитку та рецидивування стоматиту вірусної етіології.

Ключові слова: герпетичний стоматит, профілактика, прогнозування

UDC 616.31 – 002 – 02: 616.98 – 083

DENTAL FIRST AID at the LEVEL of PRIMARY PREVENTION in VIRAL STOMATITIS

Sokolova I.I., Tomilina T.V., Voropaeva L.V., Skidan K.V., Tomilin V.G.

Summary. Frequency and intensity of factors formation of herpetic stomatitis have been studied. Prognostic and diagnostic significances have been evaluated. Analysis of influence power these factors have been done. Abilities of improvement of prevention and the viral stomatitis relapse have been discussed.

Key words: herpetic stomatitis, prevention, forecasting.

Стаття надійшла 27.10.2010 р.

УДК 616.316.5-002.1-053.5-084

П. І. Ткаченко, Н. М. Лохматова, К. Ю. Резвіна

РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ПАРЕНХІМАТОЗНИМ ПАРОТИТОМ

**Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)**

Дане дослідження є фрагментом планової наукової роботи Української медичної стоматологічної академії МОЗ України «Механізми пошкодження зубо-щелепної системи, резистентність організму і обґрунтування засобів профілактики, терапії і реабілітації основних стоматологіч-

них захворювань» (державний реєстраційний № 01970018550).

Вступ. Більшість дослідників вважає, що в розвитку хронічного запалення привушних залоз (ПЗ) важливе значення відіграють мікроорганізми, які знаходяться в порожнині рота і проникають в залозу каналікулярним шляхом. На їх

думку найбільш частими збудниками запалення являються стафілококи і стрептококи в чистій культурі, або їх асоціації [1,4,5].

На думку інших, в патогенезі хронічного паренхіматозного паротиту (ХПП) також відіграє важливу роль зниження в ротовій рідині кількості антимікробних ферментів, що призводить до зниження бар'єрної функції порожнини рота, збільшенню кількості і агресивних властивостей мікробної флори. Автори приділяють також велику увагу змінам протеолітичної активності, посиленню деструктивних та метаболічних процесів безпосередньо в тканинах слинних залоз [4,7,8].

Не дивлячись на відносно велику кількість методів і засобів, які застосовуються для загального та місцевого лікування ХПП, консервативна терапія досить часто дає тимчасовий ефект і короткочасні ремісії, а у деяких хворих навіть спостерігається прогресування захворювання. На жаль до теперішнього часу не існує і ефективного способу профілактики загострення ХПП, тому проведення лікувальних заходів, направлених на їх запобігання, загалом, носить симптоматичний характер та в більшості випадків без врахування знань механізмів розвитку захворювання.

Тому, безумовно, обґрунтованим є положення про те, що хворі з хронічними запальними захворюваннями слинних залоз потребують довгострокового систематичного нагляду по принципу диспансерного з проведенням активної терапії як в період загострення, так і в період ремісії [1, 4, 5,7].

Метою нашого дослідження є вивчення результативності диспансерного забезпечення дітей з хронічним паренхіматозним паротитом.

Об'єкт і методи дослідження. Нами було обстежено 82 хворих безпосередньо до та після проведення курсу протирецидивних заходів і 25 здорових дітей. Анамнез захворювання збирали переважно у батьків. Уточнювали попередні патологічні стани, які могли сприяти або побічно впливати на перебіг захворювання, проводили оцінку стану привушних залоз, слизової оболонки порожнини рота, вустів вивідних протоків, характеру секрету і ротової рідини. Визначали реакцію регіональних лімфатичних вузлів.

З метою визначення якісних і кількісних характеристик мікробної флори, бактеріологічні дослідження проводили згідно методичних рекомендацій по загальній клінічній мікробіології. У кожного штама визначали видову належність. Вірулентні властивості виділених культур вивчали по їх здібності виробляти гемолізін, фібринолізин, гіалуронідазу, а для стафілококів визначали і коагулазну активність з плазмою людської крові [2].

Кількісне визначення бактерій проводили методом секторального посіву на поживні середовища [10]. Особисті дослідження паротидного секрету, проведені нами в контрольній групі, встановили, що концентрація бактерій в ньому не перевищує 10^5 в розрахунку на 1 мл. Виходячи

з цього, критерієм «порогової» значимості ми вважали виділення бактерій в кількості більше 10^5 .

В ротовій рідині та паротидному секреті визначали кількісний вміст секреторного імуноглобуліну А (S Ig A) [3], і бактерицидну активність лізоциму, яку вивчали згідно розробленої нами методики [9].

Динаміку показників перекісного окислення ліпідів (ПОЛ) та антиоксидантного захисту (АОЗ) в ротовій рідині і паротидному секреті вивчали по вмісту дієнових кон'югантів [3], накопиченню малонового діальдегіда, каталази, супероксиддисмутази, активності каталази за методом Бака і Зубкова [2].

Рентгенологічне дослідження привушних залоз проводили в двох проекціях – прямій і боковій [6], на стаціонарному апараті РУМ-20 – М. Сіалографію проводили безпосередньо після введення в протокову систему 30% йодоліпола. В умовах поліклініки дослідження привушних залоз робилось тільки в боковій проекції.

Протягом 10 років всім дітям 2 рази на рік (весною та восени) проводили комплекс протирецидивних заходів, розроблений на кафедрі дитячої хірургічної стоматології ВДНЗ України «УМСА» [7].

Результати досліджень та їх обговорення. При клінічному обстеженні безпосередньо після проведення першого курсу протирецидивних заходів всі 82 дитини скарг не мали. Пальпаторне обстеження області розташування ПЗ, втягнутих в хронічне запалення, дозволило встановити, що у 79 хворих (96%) залози не пальпувалися і лише у 3 (4%) зберігалися незначні осередкові інфільтративні зміни в її глотковому відростку.

В порожнині рота у всіх хворих було достатньо прозорої ротової рідини, слизова оболонка добре зволожена, блідо – рожевого забарвлення, в області устя вивідного протоку вона залишалася набряклою у 3 хворих (4%), устя зяяло у 5 хворих (6%).

При масуванні залоз секрет отримано у всіх хворих, однак у 10 дітей (12%) він був незначно в'язкий з поодинокими дрібними білісуватими пластівцевими включеннями. Його кількість за 10 хвилин склала $1,42 \pm 0,14$ мл, проти $1,35 \pm 0,19$ до проведення профілактичного курсу.

Бактеріологічним дослідженням, проведеним у 59 хворих (62 залози) встановлено, що із секрету 2 залоз (3%) виділено епідермальні стафілококи, із секрету 3 (5%) – гемолітичні стрептококи і в секреті 2 залоз (3%) виявлено негемолітичні стрептококи. Росту мікробів не отримано із секрету 55 залоз (89%).

Із виділених штамів лише гемолітичний стрептокок володів гемолітичною активністю. Інші бактерії факторів патогенності не виявляли. Кількість мікроорганізмів становила $10^2 - 10^4$.

Відмічалось також встановлення кількості S Ig A та бактерицидної активності лізоциму як в ротовій рідині, так і в паротидному секреті в межах показників групи здорових дітей (табл. 1).

Таблиця 1

Показники рівня секреторного імуноглобуліну А та бактерицидної активності лізоциму в ротовій рідині і паротидному секреті в динаміці проведення протирецидивних заходів

№ з/п	Показник	Здорові (n=25)	Терміни обстеження хворих	
			До проведення протирецидивних заходів (n=82)	Після проведення протирецидивних заходів (n=49)
Ротова рідина				
1.	S Ig A, мг %	17,21±1,51	15,18±1,19	17,89±1,22
2.	Активність лізоциму, ОД	299,38±17,31	269,86±19,41	287,72±18,63
Паротидний секрет				
1.	S Ig A, мг %	15,07±1,27	10,32±1,34*	14,88±1,22
2.	Активність лізоциму, ОД	224,49±17,27	156,53±18,32*	218,69±18,16

Примітка: *відповідність достовірності по відношенню до здорових (p<0,05).

Таблиця 2

Показники перекисного окислення ліпідів та антиоксидантного захисту в ротовій рідині в динаміці проведення протирецидивних заходів

№ з/п	Показник	Здорові (n=25)	Терміни обстеження хворих	
			До проведення протирецидивних заходів (n=82)	Після проведення протирецидивних заходів (n=49)
1.	МДА, початковий рівень, мкмоль/л	1,47±0,46	2,14±0,48	1,58±0,42
2.	МДА, після 1,5 годин інкубації, 1,5мкмоль/л	1,89±0,64	2,82±0,51	2,01±0,34
3.	Приріст МДА, %	28,57	31,78	27,22
4.	СОД, ОД	-0,05±0,01	-0,04±0,02	-0,05±0,02
5.	Каталаза, ОД	4,32±0,52	2,63±0,29*	4,27±0,41

Примітка: *відповідність достовірності по відношенню до здорових (p<0,05).

Таблиця 3

Показники перекисного окислення ліпідів та антиоксидантного захисту в динаміці проведення запропонованих протирецидивних заходів

№ з/п	Показник	Здорові (n=25)	Терміни обстеження хворих	
			До проведення протирецидивних заходів (n=82)	Після проведення протирецидивних заходів (n=49)
1.	МДА, початковий рівень, мкмоль/л	1,44±0,13	2,54±0,24*	1,28±0,31
2.	МДА, після 1,5 годин інкубації, 1,5мкмоль/л	1,72±0,15	4,18±0,32*	1,77±0,22
3.	Приріст МДА, %	38,71	64,57	38,28
4.	СОД, ОД	-0,03±0,01	-0,03±0,02	-0,03±0,01
5.	Каталаза, ОД	1,23±0,11	0,92±0,10*	1,27±0,11

Примітка: *відповідність достовірності по відношенню до здорових (p<0,05).

В ротовій рідині і паротидному секреті стабілізація процесів ПОЛ супроводжувалася підвищенням рівня каталази при незмінному рівні активності СОД (табл. 2, 3).

Рентгенологічне обстеження проведено в цій групі у 39 хворих (47%), яким воно раніше не проводилося. Встановлено, що у 10 хворих (26%) в паренхімі залоз виявлялася наявність великої кількості сіалектазів від 2 до 4 мм в діаметрі. У 4 дітей (40%) визначалося розширення як головного протоку, так і протоків 1 – 3 порядків.

Присутність великих і дрібних сіалектазів виявлена у 13 дітей (33%), і у 5 із них (38%), вони поєднувалися з розширенням головного вивідного протоку залози.

У 16 хворих (41%) в паренхімі залоз виявлені дрібні порожнини. У 9 дітей (56%) вони займали всю залозу і у 7 (44%) окремі її долі. Головний вивідний проток був розширений у 3 дітей (19%) і у 2 (13%) нерівномірно звужений.

Вивченням клінічної результативності від застосування протирецидивного лікувального комплексу, використаного протягом першого року після взяття на диспансерний облік, дозволило встановити що загострення ХПП виникло у 52 дітей (63%). Причому, у 12 дітей (23%) загострення виникло один раз на рік, у 14 (27%) – два, у 12 (23%) – тричі, у 9 (17%) – чотири рази і у 5 (10%) – п'ять разів. Загалом, на одного хворого за перший рік спостереження приходилося по 1,7 загострень (при взятті на диспансерний облік цей показник становив 3,6). Тобто кількість загострень зменшилась в 2,1 разів.

Віддалені результати відносно ефективності запропонованого профілактичного комплексу щодо запобігання загострення в ПЗ прослідковано протягом 10 років. Отримані дані представлені на рис. 1.

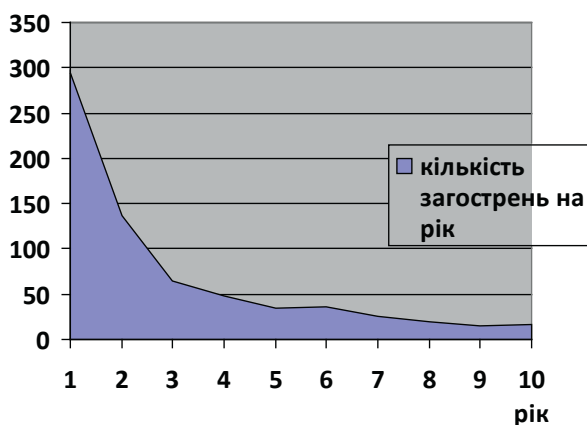


Рис. 1. Кількість загострень на рік в динаміці диспансерного спостереження при використанні запропонованого протирецидивного лікування хронічного паренхіматозного паротиту.

Згідно представлених даних можна констатувати, що проведення навіть двох перших курсів дозволило значно зменшити кількість загострень, а стабілізація процесу в привушних залозах у більшості хворих спостерігалася вже на другому

році. Кількість загострень за 10-й рік на одного хворого склала 0,2, що в 18 разів менше від показників до взяття на лікування і в 8,5 разів менше при порівнянні з першим роком спостереження.

Загострення ХПП мало місце лише у 7 хворих (9%). У 3 дітей (42%) воно виникло раз на рік, у 2 дітей (29%) – двічі і у 2 дітей (29%) – тричі. Причому, у 5 хворих (71%) загострення виникло в зв'язку з недотриманням рекомендацій.

За 10 років диспансерного спостереження і застосування запропонованого протирецидивного лікування у 80 хворих (98%) із цієї групи вдалося досягти значного покращення, що проявлялося зменшенням кількості загострень та полегшенням перебігу їх. У 2 хворих (2%), взятих на облік лише два роки тому і які систематично не дотримувалися рекомендацій і нехтували регулярним лікуванням спостерігалася така ж кількість на рік, але їх перебіг був значно легшим. В підлітковий кабінет, для подальшого нагляду та лікування, переведено з покращенням перебігу ХПП 20 дітей (24%), які досягли 15-річного віку.

Висновки. Таким чином, регулярне проведення запропонованого нами, патогенетично обґрунтованого комплексу профілактичних заходів та дотримання рекомендацій сприяє встановленню тривалої стійкої ремісії хронічного паренхіматозного паротиту, що підтверджується зменшенням кількості загострень в 2,1 рази після першого року їх проведення, в 18 разів за 10 років, та 8,5 разів в порівнянні з першим роком спостереження.

Перспективи подальших досліджень. Отримані дані вказують на перспективність та високу ефективність проведення реабілітаційних заходів у дітей, що хворіють на хронічний паренхіматозний паротит за умов диспансерного забезпечення. Це дає змогу проведення повноцінного комплексного протирецидивного лікування, яке забезпечує стійку ремісію та зменшує кількість рецидивів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Андріянова О.Ю. Стан гомеостазу порожнини рота і обґрунтування його корекції у дітей, хворих на хронічний паренхіматозний паротит: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматологія»/ Андріянова О.Ю. – Полтава, 1996. -26 с.
2. Архипова О.Г. Методи дослідження в профпатології / Архипова О.Г. – М.: Медицина, 1988. – 157 с.
3. Методи клінічних та експериментальних досліджень в медицині / [Л.В.Беркало, О.В.Бобович, Н.О.Боброва та ін.]; За ред. І. П. Кайдашева. – Полтава, 2003. – 320с.
4. Рибалов О.В. Наше бачення етіології та патогенезу хронічного паренхіматозного паротиту/ Рибалов О.В. // ДентАрт. – 1995. – №2. – С. 60-62.
5. Рибалов О.В., Пргнозирование исхода хронического паренхиматозного паротита/ Рибалов О.В., Яценко И.В.// Вестн. стоматологии. - 1995.- №2. – С. 29-32.
6. Рабухина Н.А. Рентгенодиагностика в стоматологии / Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. -М.:МИА, 1999.-434 с.
7. Ткаченко П.І. Патогенетичні особливості запальних процесів щелепно-лицевої ділянки у дітей та диференційовані підходи до їх лікування: дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматологія» / Ткаченко П.І.– Полтава, 1998. – 416с.

8. Ткаченко П.І. Особиста точка зору на етіологію та патогенез гострих запальних процесів щелепно-лицевої ділянки в дітей / Ткаченко П.І. // Український стоматологічний альманах- № 5. – Полтава. – 2006. – С. 38-43.
9. Ткаченко П.І. Бактерицидна активність лізоциму ротової рідини у дітей, прооперованих з гострими формами апендициту /Ткаченко П.І., Гуржий О.В., Борщова Л.І. та [ін.]// Актуальні питання стоматології та загальної медицини: Наук.конф. до 30-річчя стомат. Фак-ту та 70-річчя проф. Г.І. Сироти: Мат.конф. – Дніпропетровськ, 1993. – С. 187-188.
10. Фельдман Ю.М. Количественное определение бактерий в клинических материалах / Фельдман Ю.М., Маханева Л.Г., Шапиро А.В, Кузьменко В.Д. // Лабор. Дело. – 1984. - № 10. – 618 с.

УДК 616.316.5-002.1-053.5-084**РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАРЕНХИМАТОЗНЫМ ПАРОТИТОМ****Ткаченко П.И., Лохматова Н.М., Резвина К.Ю.**

Резюме. В статье приведены результаты определения эффективности диспансерного обеспечения детей с хроническим паренхиматозным паротитом путем изучения состояния околоушных желез, бактериологических, иммунологических и биохимических характеристик паротидного секрета и ротовой жидкости. Доказано, что регулярное проведение предложенного нами, патогенетически обоснованного комплекса профилактических мероприятий и соблюдения рекомендаций способствует установлению длительной стойкой ремиссии хронического паренхиматозного паротита у детей.

Ключевые слова: хронический паренхиматозный паротит, дети, профилактика.

УДК 616.316.5-002.1-053.5-084**РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ПАРЕНХИМАТОЗНИМ ПАРОТИТОМ****Ткаченко П.І., Лохматова Н.М., Резвіна К.Ю.**

Резюме. У статті приведені результати визначення ефективності диспансерного забезпечення дітей з хронічним паренхіматозним паротитом шляхом вивчення стану привушних залоз, бактеріологічних, імунологічних і біохімічних характеристик паротидного секрету і ротової рідини. Доведено, що регулярне проведення запропонованого нами, патогенетично обґрунтованого комплексу профілактичних заходів і дотримання рекомендацій сприяє встановленню тривалої стійкої ремісії хронічного паренхіматозного паротиту у дітей.

Ключові слова: хронічний паренхіматозний паротит, діти, профілактика.

UDC 616.316.5-002.1-053.5-084**EFFECTIVENESS of DISPENSARY MAINTENANCE of CHILDREN with a CHRONIC PARENCHYMATOUS PAROTITIS****Tkachenko P.I., Lokhmatova N.M., Rezvina K.Yu.**

Summary. In article results of definition of efficiency of dispensary maintenance of children with a chronic parenchymatous parotitis by studying of a condition of parotid glands, bacteriological, immunologic and biochemical characteristics parotid secret and a stomatic liquid are resulted. Regular carrying out offered by us is proved, that, pathogenetically proved complex of preventive actions and observance of references promotes an establishment of long stable remission of a chronic parenchymatous parotitis at children.

Key words: chronic parenchymatous parotitis, children, prevention.

Стаття надійшла 22.10.2010 р.