

СТОМАТОЛОГІЯ ДИТЯЧОГО ВІКУ



УДК 616.316–002

ГІРУДОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ПАРЕНХІМАТОЗНОГО ПАРОТИТУ В ДІТЕЙ

Вищий державний
навчальний заклад
України "Українська
медична стоматологічна
академія"

П.І.Ткаченко,
О.В.Гуржій,
С.О.Білоконь,
А.М.Гоголь

Аналіз літературних джерел показує, що у всіх випадках комплексне лікування загострення хронічного запального процесу в привушних залозах має поєднувати застосування антибактеріальної, протизапальної й імунорегуючої терапії з фізіотерапевтичним впливом та інстиляціями в протокову систему лікарських засобів [3, 9, 11]. Однак, зважаючи на відсутність чітких уявлень про патогенез захворювання та значну кількість патологічних змін як на рівні порожнини рота, так і організму загалом, численні лікувальні заходи мають елементи симптоматичної спрямованості, що обумовило появу останнім часом спроб застосування альтернативних шляхів терапії хронічних процесів у слинних залозах [8], зокрема і гірудотерапії [1, 10]. На жаль, ці напрацювання переважно стосуються дорослого контингенту хворих, що і спонукало нас до вивчення процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) і факторів антиоксидантного захисту (АОЗ) ротової рідини і паротидного секрету в разі введення гірудотерапії в лікувальний комплекс цієї нозологічної форми.

Мета роботи – дослідження процесів ПОЛ і факторів АОЗ ротової рідини і паротидного секрету на тлі гірудотерапії в період загострення хронічного паренхіматозного паротиту в дітей.

Матеріали і методи дослідження

Нами проведено обстеження і лікування 53 дітей з активним перебігом хронічного паренхіматозного паротиту (ХПП). Залежно від характеру лікувальних заходів хворих розділили на 2 групи. У 1 групу ввійшло 20 дітей, яким застосовувався розроблений нами комплекс лікувальних заходів, спрямований на ліквідацію гострих запальних явищ [12]. Другу групу склали 33 хворих, яким крім вищезгаданого комплексу застосовували гірудотерапію, за застосування якої проводили загальне

обстеження хворих із додатковим вивченням коагуляційних властивостей крові на початку лікування та після другої процедури. Місцями прикладання на привушній ділянці були 3-4 точки (VB 2, E 6 і E 7) (мал). Експозиція протягом 30-40 хв. відповідала термінам повного кровонасичення. Курс лікування складав 5-7 процедур з інтервалом 2 дні. Зауважимо, що після відпадання *Hirudo medicinalis* із ранок протягом тривалого часу виділяється значна кількість крові, що потребує накладання асептичної пов'язки.

Динаміку показників ПОЛ та АОЗ у ротовій рідині та паротидному секреті вивчали за вмістом дієнових кон'югатів [6], накопиченням малонового диальдегіду (МДА) [5], каталази [2], супероксиддисмутази (СОД) [11]. Крім того, стан ПОЛ визначали методом хемілюмінесценції [7].

Результати дослідження та їх обговорення

На час звертання в клініку в ротовій рідині хворих світлосума збільшувалась в 1,3 разу, а інтенсивність свічення – в 1,2 разу. Одночасно реєструвалося підвищення рівня МДА до і після інкубації, а його приріст збільшувався в 1,3 разу порівняно з показником здорових дітей [12]. Активність СОД підвищувалась, а активність каталази, навпаки, знижувалась.

У паротидному секреті світлосума й інтенсивність свічення підвищувались у порівнянні з контролем в 1,5 і 1,6 разів відповідно. Значно підвищувався рівень МДА до і після інкубації, а відсоток приросту зростав в 1,9 разу. Активність СОД підвищувалась, активність каталази знижувалась.

На час клінічного одужання у хворих, що отримували розроблений нами лікувальний комплекс, у ротовій рідині світлосума залишалася вірогідно підвищеною, а початковий і кінцевий рівні МДА незначно наближалися до показників контрольної групи. Однак відсоток приросту МДА залишався на попередньому рівні. Активність СОД знижувалась, а каталази зростала, хоча її абсолютна величина залишалася низькою.

У секреті привушних залоз показники світлосуми, інтенсивності свічення, початковий і кінцевий рівні МДА незначно зменшувалися, залишаючись вірогідно високими відносно контрольних величин. Відсоток приросту МДА порівняно з попереднім дослідженням помітно знижувався, залишаючись підвищеним в 1,6 разу. Активність СОД знижувалась, а каталази підвищувалась, однак їхні усереднені величини вірогідно відрізнялися від контрольних.

На 6-7 добу в ротовій рідині хворих, яким додатково проводили сеанс гірудотерапії, виявлялася відносна нормалізація показників світлосуми й інтенсивності свічення, початкового рівня МДА і після 1,5 год. інкубації та приросту МДА. Активність факторів АОЗ наближалася до контрольних величин.



Мал. Сеанс гірудотерапії

У секреті слинних залоз хворих, які перенесли загострення, величини світлосуми й інтенсивності свічення зменшувалися, хоча світлосума залишалася достовірно високою. Початковий рівень МДА падав, а рівень МДА після 1,5 годин інкубації достовірно відрізнявся від контрольного показника. Відсоток його приросту був незначно підвищений. Активність СОД і каталази встановлювалися на рівні фізіологічної норми.

Висновки

1. Загострення ХПП характеризується активацією вільнорадикального окислення та інгібуванням активності антиокислювальних ферментів ротової рідини і паротидного секрету.

2. Застосування гірудотерапії в комплексному лікуванні загострення ХПП дозволяє в більш короткі терміни досягти поліпшення рівня показників перекисного окислення ліпідів та відносної нормалізації факторів антиоксидантного захисту.

Література

1. Абалмасов Д.В., Афанасьев В.В., Пожарицкая М.М. Гирудотерапия при воспалительных и дистрофических заболеваниях слюнных желез // *Стоматолог.* – 2004. – № 11. – С. 38.
2. Архипова О.Г. Методы исследования в профпатологии. – М.: Медицина, 1988. – С. 156-157.
3. Безруков С.Г., Виблый А.С. Некоторые особенности патогенеза и лечения хронических паротитов в возрастном аспекте // *Таврический медико-биологический вестник.* – 1999. – № 1-2. – С. 103-107.
4. Брусов О.С., Герасимов А.Н., Панченко Л.Ф. Влияние природных ингибиторов радикальных реакций на аутоокисление адреналина // *Бюл. эксперим. биол. и мед.* – 1976. – № 1. – С. 33-36.
5. Владимиров Ю.А., Арчаков А.И. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. – М.: Наука, 1972. – 252 с.
6. Воскресенский О.Н., Туманов В.А. Ангиопротекторы. – К.: Здоров'я, 1982. – 120 с.
7. Кузьмина Е.В., Нелюбин А.С., Щенникова М.К. Применение индуцированной ХЛ для оценки свободнорадикальных реакций в биологических структурах // *Межвуз. сб. «Биохимия и биофизика микроорганизмов».* – Горький, 1983. – С. 179-183.
8. Лесовая И.Г. и соавт. Озонирование протоков больших слюнных желез в комплексном лечении больных хроническим сиаладенитом // *Український стоматологічний альманах.* – 2004. – № 3-4. – С. 31-35.
9. Пинелис И.С., Скурпатов А.Т. Иммунокоррекция в комплексном лечении больных сиаладенитами // *Стоматология.* – 1997. – № 1. – С. 32-33.
10. Пожарицкая М.М., Абалмасов Д.В., Афанасьев В.В. Использование гирудотерапии при лечении сиаладенита и сиалоденоза // *Рос. стомат. журн.* – 2001. – № 6. – С. 15-17.
11. Ткаченко П.І. Оцінка ефективності лікувальних заходів при загостренні хронічного паренхіматозного паротиту у дітей по показниках цитограм паротидного секрету // *Вісник проблем біології та медицини: Вип. 24, 1997.* – С. 36-43.
12. Ткаченко П.І. Патогенетичні особливості запальних процесів щелепно-лицевої ділянки у дітей та диференційовані підходи до їх лікування: Дис...д. мед. н. – Полтава, 1998. – 416 с.

Стаття надійшла
27.04.2006 р.