

Summary

UP-TO-DATE RESORATION OF DEVITALIZED FRONTAL TEETH FROM THE POINT OF VIEW OF BIOMECHANICS.

Popovitch I.Yu.

Key words: restoration, glass-plastic points, filling materials.

The literary survey is devoted to the restoration materials and techniques. As a result the new approach to restoration of devitalized frontal teeth by applying of new domestic glass-plastic points ("PASS", Esta, Ukraine) and new domestic double hardening cement ("CAPO", Esta, Ukraine) has been suggested.

УДК 616.316.5 – 053.3/.5 – 071 - 018

КЛІНІКО-ЦИТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНІЧНОГО ПАРОТИТУ У ДІТЕЙ

Рибалов О.В., Яценко О.І., Андріянова О.Ю.

Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»

Аналіз результатів характеру клінічних проявів хронічного паренхіматозного паротиту у дітей, результатів фізико-лабораторних досліджень в'язкості, прозорості і рН секрету уражених залоз, вивчення клітинного складу їхнього секрету дозволили авторам виділити три ступені тяжкості анатомо-функціональних порушень у привушних залозах. Об'єктивним підтвердженням анатомічних порушень у залозистих структурах були дані сіалографії та цитологічне дослідження секрету уражених залоз. Останньому виду дослідження в клініці захворювань слинних залоз автори віддають перевагу.

Ключові слова: діти, паротит, слинні залози, паротидний секрет, сіалографія.

Наукова література, яка відображає питання захворювань слинних залоз у дітей, здебільшого належить до 80-90 років минулого століття [1,2,3,4]. Серед усіх захворювань слинних залоз у дітей в 58,94% випадків зустрічається хронічний паренхіматозний паротит [5,6,7].

Для обстеження хворих на хронічний паротит сьогодні використовують загальні, приватні та спеціальні методи дослідження [8]. Найбільш доступними є приватні методи, які включають у собі зондування протоків, сіалометрію, сіалографію вражених залоз. Вивченням секреторної функції залоз при сіаладенітах займалась велика кількість дослідників [9,10,11]. При хронічному паротиті як у період загострення, так і в період ремісії хвороби всі автори відмічають зниження слиновідділення.

З метою уточнення діагнозу, контролю перебігу процесу та ефективності лікування ряд авторів рекомендують використовувати цитологічне дослідження секрету вражених залоз [12,13,14].

У клінічній практиці широкого розповсюдження для діагностики хронічного паротиту та інших захворювань слинних залоз знайшла сіалографія - рентгенологічне дослідження з штучним контрастуванням протоків. Дана методика є високоінформативною, дозволяє оцінити анатомічний та функціональний стан слинної залози, уточнити стадію перебігу хвороби [15,16, 17], але в зв'язку зі складністю її виконання й небезпечністю для дитячого організму, використання сіалографії у дітей обмежене.

Незважаючи на велику кількість наукових досліджень, присвячених діагностиці хронічного паротиту, у практичній роботі лікарів-стоматологів залишається значний відсоток помилок, що вірогідно пов'язано зі слабкими знан-

нями особливостей прояву хронічного процесу в слинних залозах у дітей, недостатнім використанням цитологічного та рентгенологічного методів обстеження в сукупності з клінічним перебігом захворювання.

Мета роботи - обґрунтувати діагностичну цінність цитологічного дослідження секрету втягнутих у запальний процес привушних залоз у зіставленні із клінічними і сіалографічними характеристиками хронічного паротиту у дітей.

Матеріал і методи дослідження.

Наше дослідження базується на результатах обстеження 28 дітей у віці від 8 до 14 років, що страждали на хронічний паротит. Давнина захворювання в них коливалася в межах від півроку до 4 років. Дівчаток було -7, хлопчиків - 21. Обстеження всіх дітей проводилося з моменту звернення з явищами загострення хронічного процесу в слинній залозі та у період тривалої ремісії (через 2-3 місяця після ліквідації загострення).

Контрольну групу склали 9 клінічно здорових дітей у віці 7-12 років із санованою порожниною рота.

Відповідно до завдань дослідження використали клінічні (огляд, опитування, пальпація, сіалометрія), цитологічні, фізико-лабораторні й рентгенологічні методи.

Обстеження хворих дітей здійснювалося в процесі їхнього диспансерного спостереження в дитячій міській стоматологічній поліклініці.

Клінічне дослідження починали із з'ясування скарг на характер відчуттів з боку привушних залоз, втягнутих у запальний процес, зміни конфігурації обличчя за рахунок збільшення відповідних залоз, пальпаторно обстежуваних границь

залоз, їхня щільність і рельєф, характер секрету, що виділяється із залози. Дослідження проводили як ураженої, так і симетричної привушної залози. При зборі анамнезу звертали увагу на давнину захворювання, ймовірні причини його появи, характер плину, частоту виникнення загострень, його інтенсивність, тривалість періоду ремісії, наявність супутніх загально соматичних захворювань.

Вивчення секреторної функції привушних залоз здійснювалось шляхом дренажування основної протоки залози затупленими голками для люмбальної пункції. Дослідження проводилося вранці, натщесерце, після стимуляції секреції 5% розчином аскорбінової кислоти (1мл), крапельно нанесеного на спинку язика [18]. Одночасно дренивалися протоки обох привушних залоз. Тривалість збору секрету рівнялася 10 хвилинам.

Фізико-лабораторні дослідження включали вивчення в'язкості секрету привушних залоз, його прозорості й кислотності (водневого показника).

Визначення в'язкості паротидного секрету робили на гемовіскозиметрі ВК-4 за методом [19].

Дослідження прозорості секрету здійснювали на колориметрі фотоелектричному концентраційному (КФК-2МП).

Вимір рН робили за допомогою мікроаналізатора фірми Radelkis (ВНР).

Всі дослідження секрету здійснювалися не пізніше 30 хвилин після його збору.

Цитологічне дослідження паротидного секрету застосовувалося для визначення клітин, що містяться в ньому, їхніх видів, кількісних і якісних співвідношень. Для дослідження матеріал брався або із дренажних голок під час визначення секреторної функції залоз, або за допомогою ложки Фолькмана, що приставлялася безпосередньо до устя вивідної протоки, якщо в'язкість секрету була підвищеною.

Для мікроскопічного дослідження кілька крапель секрету наносили на предметне скло, рівномірно розподіляли його по всій поверхні, висушували на повітрі, фіксували й фарбували за Романовським-Гімзе.

Вивчення препаратів починали під малим збільшенням світлового мікроскопа (об'єктив 8х, окуляр 10х). Визначали загальний фон препарату, клітинний склад в окремих полях зору, кількість клітинних елементів. Під імерсійною системою мікроскопа (об'єктив 90х, окуляр 10х) вивчали характерні риси окремих клітин.

Сіалографія проводилася на стаціонарному апараті Диагномакс М-125 (ВНР), безпосередньо після введення в систему проток досліджуваної залози контрастної речовини (йодамід-380) у двох проєкціях - бічної та прямій (носолобової). Для запобігання швидкого витікання водорозчинної контрастної речовини із залози устя протоки обтурували спеціальним конусоподібним зондом.

Результати досліджень.

Основними скаргами дітей на день звернення (період загострення) були наявність припухлості і незначного болю в ділянці однієї (у трьох хворих в ділянці обох) з привушних залоз, на підвищення до $37,5^{\circ}$ – 38° С температури тіла, загальне нездужання, дискомфорт при прийманні їжі.

При пальпації припухлості визначалася збільшена, ущільнена, горбиста, болісна привушна залоза. Шкірні покриви над залозою були звичайного кольору, легко збиралися в складку, що виключало наявність абсцедування. Відкриття рота зазвичай не страждало. При огляді порожнини рота відзначалася достатня кількість слини, але вона була пінистою. Слизові оболонки щік, язика, під'язикової ділянки були звичайного кольору. При цьому виявлялося зячуче устя протоки, втягнутої в патологічний процес привушної залози, з якого при легкому масуванні залози виділявся в значній кількості густий, в'язкий секрет із гнійними нитками.

У зв'язку з підвищеною в'язкістю секрету проведено дослідження секреторної функції залоз шляхом дренажування проток хворим у фазі загострення паротиту не вдавалося.

Лабораторне вивчення в'язкості паротидного секрету в цей період захворювання показало достовірне ($P < 0,05$) її збільшення ($2,8 \pm 0,1$ сПз) у порівнянні з в'язкістю в здорових дітей ($1,0 \pm 0,1$ сПз). При цьому прозорість секрету була значно знижена ($0,075 \pm 0,005$ у.о.) стосовно секрету в здорових ($0,018 \pm 0,011$ у.о.) - $p < 0,001$.

При загостренні хронічного паротиту водневий показник зміщався в кислу сторону ($7,35 \pm 0,05$), що вірогідно ($p < 0,05$) відрізняло його від рН в дітей у нормі ($7,60 \pm 0,02$).

У нормі клітинний склад секрету привушної залози представлений одиничними клітинами плескатої епітелію.

При цитологічному дослідженні матеріалу, одержаного із проток уражених привушних залоз у фазі загострення захворювання, в препаратах виявлялися великі ділянки оксифільно пофарбованого слизу, у яких розташовувалися численні скупчення нейтрофільних сегментоядерних лейкоцитів на різних стадіях дегенерації, моноцити і макрофаги, лімфоїдні елементи, одиничні клітини циліндричного епітелію (рис. 1).

У зв'язку із загальноприйнятими правилами обстеження хворих з запальними захворюваннями слинних залоз у період загострення в дітей сіалографічне дослідження не робилося.

У фазі ремісії хронічного паренхіматозного паротиту із всіх 28 дітей, що спостерігалися, в 21 ніяких порушень в загальному стані і з боку привушних залоз не відзначалося. У 8 дітей встановлено, що періодично, особливо після переохолодження, мали місце неприємні відчуття в ділянці уражених залоз і їхнє незначне припухання, що ліквідувалося після застосування теп-

лових компресів.

При огляді дітей у цей період захворювання змін в ділянці привушних залоз не визначалося. При пальпації привушні залози були м'якими, безболісними, без відчутного збільшення. У порожнині рота у всіх дітей спини було досить, слизова оболонка мала звичайний колір. В 9 дітей устя проток привушних залоз були розширеними, в інших їх місцезнаходження можна було визначити по виділенню секрету при масуванні залози або при зондуванні протоки.

У більшій частині дітей (21 чол.) секрет з уражених залоз був звичайної в'язкості ($1,1 \pm 0,1$ сПз), прозорим, але містив слизуваті грудочки. В 7 дітей секрет мав підвищену в'язкість ($1,7 \pm 0,2$ сПз). При нанесенні краплі секрету на предметне скло й перегляді в минаючому світлі виявлялися тонкі, білястого кольору нитковидні включення.

При вивченні секреторної функції привушних залоз в 12 дітей вона була близька до норми ($1,8 \pm 0,3$ мл), в 9 - недостовірно знижена ($1,5 \pm 0,2$ мл), в 7 - зниженої ($1,1 \pm 0,1$ мл). Прозорість секрету, отриманого із привушних залоз у перших 12 дітей, не відрізнялася від прозорості секрету в здорових дітей ($0,017 \pm 0,012$ у.о.), в 9 - вона була трохи зниженою ($0,021 \pm 0,012$ у.о.), в 7 - ще більш низької ($0,028 \pm 0,011$ у.о.), але вірогідності відносно нормальних показників не було.

В 21 дитини рН секрету уражених залоз відмінностей від цього показника в здорових дітей не мала ($7,61 \pm 0,03$), в 9 - мала незначні зсуви в кислу сторону ($7,41 \pm 0,03$).

Цитологічні дослідження секрету уражених залоз в дітей у фазі ремісії захворювання в 12 пацієнтів виявили наявність у препаратах нечисленних клітин плескатої епітелію, одиничних лімфоцитів (рис.1).

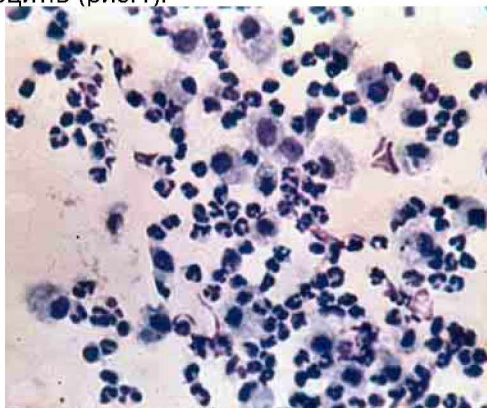


Рис.1 Фото ділянки мазка секрету привушної залози у фазі ремісії хронічного паротиту. Визначаються поодинокі клітини плоского епітелію та поодинокі лімфоцити.

В 9 дітей знайдена помірна кількість клітинних форм, які були представлені нечисленними клітинами циліндричного епітелію й клітинами лімфоїдного ряду (рис.2).



Рис.2 Фото ділянки мазка секрету привушної залози у фазі ремісії хронічного паротиту. Визначаються скупчення клітин лімфоїдного ряду, поодинокі клітини циліндричного епітелію.

В 7 хворих у ділянках білкового субстрату в значній кількості визначалися групи клітин лімфоїдного і ретикулярного ряду (рис.3), клітини циліндричного епітелію, скупчення нейтрофільних лейкоцитів у різних стадіях дегенерації.

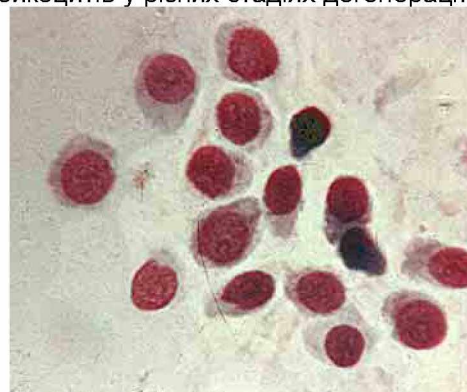


Рис.3 Фото ділянки мазка секрету привушної залози у фазі ремісії хронічного паротиту. Відмічаються на фоні клітинного білкового субстрату групи клітин лімфоїдно-ретикулярного ряду, клітини циліндричного епітелію, нейтрофільні лейкоцити на різних стадіях дегенерації.

Типовою сіалографічною картиною для всіх хворих дітей із хронічним паротитом була наявність на рентгенограмах округлих порожнин - сиалектазів - у системі контрастованих дрібних проток (IV - V порядків). Однак величина й кількість цих порожнин у спостережуваних хворих були різноманітними.

Аналіз сіалограм дав можливість виділити три характерні рентгенологічні форми хронічного паротиту в дитячому віці:

1. мілкоектатичну; 2. середнектатичну; 3. крупноектатичну.

Мілкоектатична форма спостерігалася в 10 дітей і характеризувалася наявністю кулястих ектазій розмірами до 2 мм у діаметрі на тлі всієї паренхіми залози або її окремих часток (рис.4).

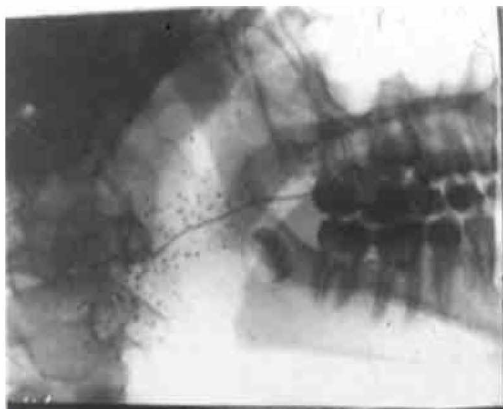


Рис.4 Сіалограма правої привушної залози дитини К. 8 років, історія хвороби № 421. На фоні усієї паренхіми залози відмічаються багаточисленні екстазії розміром до 2 мм. Хронічний паротит, мілкоектатична форма.

При середнеектатичній формі (8 хворих) визначалися в залозі порожнини від 2 мм до 3 мм (рис.5).



Рис.5 Сіалограма правої привушної залози дитини Д., 9 років, історія хвороби №543. На фоні паренхіми усієї залози відмічаються багато чисельні екстазії розміром більше ніж 2 мм. Хронічний паротит, середнеектатична форма.

При крупноектатичній формі (5 хворих) величина порожнин була більш 3 мм, при цьому в 3 дітей були сполучення сіалектазій з розширеними дрібних і великих проток (рис.6).



Рис.6 Сіалограма правої привушної залози дитини Т., 10 років, історія хвороби №48. На фоні паренхіми усієї залози відмічаються екстази розміром більше 3 мм, розширення та порушення цілісності усіх проток. Хронічний паротит, крупноектатична форма.

При порівнянні результатів цитологічного до-

слідження секрету уражених залоз і даних сіалографії виявилось, що у більшості хворих з мілкоектатичними змінами в залозі (10 чоловік) у мазках виділень із проток виявлялися в основному одиничні клітини плоского епітелію і лімфоїдні елементи.

При середнеектатичній формі характерною цитологічною картиною секрету залоз, втягнутих у запальний процес, була наявність нечисленних клітин циліндричного епітелію, клітин лімфоїдного ряду, рідких нейтрофільних лейкоцитів.

При крупноектатичній формі хронічного паротиту в цитологічних препаратах переважали групи клітин лімфоїдного й ретикулярного ряду, клітини циліндричного епітелію, дегенеровані нейтрофільні лейкоцити.

Висновки

Системний аналіз характеру клінічних проявів захворювання, результатів даних фізиколабораторних досліджень в'язкості, прозорості і рН секрету уражених залоз, вивчення клітинного складу їхнього секрету дозволили виділити три ступені тяжкості анатомо-функціональних порушень у привушних залозах: легку, середньої важкості й важку.

При легкому ступені тяжкості секреторна функція уражених привушних залоз зазвичай близька до норми, прозорість секрету не відрізняється від прозорості секрету в здорових дітей і його в'язкість і рН не страждають. Клітинний склад секрету представлений нечисленними клітинами плоского епітелію, одиничними лімфоцитами.

Для порушень середньої тяжкості характерним є незначне зниження функції втягнутих у хронічний запальний процес привушних слинних залоз, прозорість секрету зазвичай не порушена, але в ньому, як правило, втримуються слизуваті грудочки, в'язкість секрету недостовірно підвищується, рН у більшості дітей не страждає. При цитологічному дослідженні секрету кількість клітинних форм значно більше, ніж при легкому ступені, і зазвичай представлені нечисленними клітинами циліндричного епітелію і клітинами лімфоїдно-ретикулярного ряду.

При значних змінах в уражених залозах секреторна функція вірогідно зменшується, прозорість секрету знижується за рахунок наявності в ньому нитковидних включень і збільшення в'язкості, рН незначно зміщується в кислу сторону. Мікроскопічно в секреті залоз, втягнутих у патологічний процес, відзначається ущільнення загального фону препарату (ділянки білкового субстрату), наявність у значній кількості груп клітин лімфоїдного і ретикулярного ряду, клітин циліндричного епітелію, окремі скупчення у вигляді тяжів нейтрофільних лейкоцитів на різних стадіях дегенерації.

Об'єктивним підтвердженням анатомічних порушень у залозистих структурах є сіалографія

- штучне контрастування проток слинної залози. При цьому виявлено, що при легкому ступені функціональних порушень і нечисленності клітинного складу секрету в уражених залозах мають місце мілкоектатичні (до 2 мм у діаметрі) розширення проток. При середньому ступені функціональної неповноцінності залози величина сіалектазів доходить до 3 мм у діаметрі, а при важкій - до 4 мм і більше із залученням у процес дрібних і великих проток у вигляді їхнього розширення.

В зв'язку з несприятливим впливом на дитячий організм рентгенівського опромінення, ми вважаємо, що застосування сіалографії в діагностичному процесі щодо хронічного паротиту можна значно обмежити. У більшій мірі доказовими при цьому можуть служити вивчення характеру секретії уражених залоз, в'язкості, прозорості секрету і його клітинного складу.

Література

1. Москаленко Г.Н. Хронический паренхиматозный паротит у детей: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М. 1984. - 24с.
2. Рыбалов О.В. Особенности клинического течения и лечения неспецифических паротитов у детей // Педиатрия. - 1990. - № 9. - С.45-47.
3. Руман Г.М. Прогнозирование отдалённых результатов лечения хронического паренхиматозного паротита у детей: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - Минск, 1989. - 22с.
4. Ткаченко П.И. Патогенетические аспекты терапии хронического паренхиматозного паротита у детей: Дисс... канд. мед. наук. - Калинин, 1988. - 183с.
5. Рыбалов О.В., Андриянова О.Ю., Червиц М.Я. Изменение минерального состава ротовой жидкости и секрета поражённых желёз при хроническом паренхиматозном паротите у детей // Вестник стоматологии, 1996. - № 5. - С.23 - 24.
6. Тарасенко Л.М., Суханова Г.А., МИЩЕНКО В.Г., НЕПОРОДА К.С. Слюнные железы (биохимия, физиология, клинические аспекты). - Томск, 2002. - 124с.

7. Москаленко Г.Н., Дьякова С.В. Диагностика хронического паренхиматозного паротита у детей // Российский стоматологический журнал - 2000. - № 5.
8. Ромачёва И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев В.В., Морозов А.Н. Заболевания и повреждения слюнных желёз. - М., Медицина. - 1987. - 240 с.
9. Попов С.С. Функция слюнных желёз и состав слюны при дефектах зубных рядов, болезнях слюнных желёз и ортопедическом лечении: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - Омск, 1984. - 21с.
10. Рыбалов О.В., Приходько М.Е., Шукуров Ф.З. Секрет слюнных желёз - субстрат для исследования при их патологии // Состояние ортодонтической помощи в СССР и перспективы её развития. Тез. I Всесоюзной конф. - Полтава, 1990. - С.51 - 53.
11. Димитров С. Приложение на раздельната сиалометрия за определяне на функционалната активност при хронични неспецифични възпалителни заболявания на подчелюстните и околоушните слюнчени жлези // Стоматология. - София. - 1984. - № 6. - С.7 - 11.
12. Кимеле Э. Цитологическая диагностика в стоматологии. - Рига. - 1984. - 181с.
13. Михайленко Н.Н. Возрастные особенности клинического течения и лечения хронических паротитов: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - Киев, 1986. - 18с.
14. Кац А.Г. Цитограмма пунктата и секрета слюнных желёз при хроническом паренхиматозном паротите // Стоматология.-1982.-№ 1.-С.59 - 61.
15. Губерская Т.А. Рентгенологические особенности хронического паротита у больных с болезнью и синдромом Шегрена // Актуальные вопросы диагностики, лечения и диспансеризации больных ревматическими заболеваниями. - Ярославль. - 1998. - С. 91- 93.
16. Мамонтов В.В., Язукавичус Л.А. Контрастная электронорентгеносиалография в диагностике заболеваний слюнных желёз // Вестник рентгенологии. - 1995. - № 2. - С.80 - 83.
17. Лісова І.Г. Сіалографія у діагностиці хронічних захворювань слинних залоз \ Український стоматологічний альманах.- 2002. - №1. - С.33-35.
18. Яценко И.В. Анализ исходов и прогноз у больных острым и хроническим паротитом: Дисс... канд. мед. наук. - Полтава, 1992. - 197с.
19. Косицкий Г.И., Полянцев В.А. Руководство к практическим занятиям по физиологии. - М., -Медицина. - 1988. - С.137-138.

Реферат

КЛИНИКО-ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОТИТА У ДЕТЕЙ

Рыбалов О.В., Яценко О.И., Андриянова О.Ю.

Ключевые слова: дети, паротит, слюнные железы, паротидный секрет, сиалография.

Анализ результатов характера клинических проявлений хронического паренхиматозного паротита у детей, физико-лабораторных исследований вязкости, прозрачности и pH секрета поражённых желез, изучение его клеточного состава позволили авторам анатомо-функциональные нарушения в околоушных железах разделить на три степени тяжести. Анатомические нарушения железистых структур объективно подтверждаются сиалографией и цитологическим исследованием секрета поражённых желез. Последнему виду исследования в клинике заболеваний слюнных желез авторы отдают преимущество.

Summary

CLINICAL AND CYTOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CHRONIC PAROTITIS IN CHILDREN

Rybalov O.V., Yatsenko O.I., Andriyanova O.Yu.

Key words: children, parotitis, salivary glands, parotid secret, sialography.

The analysis of the peculiarities of clinical signs of chronic parenchymatous parotitis in children, laboratory studies of viscosity, transparency and pH secret of affected glands, as well as study of its cell composition allowed authors to classify the anatomic and functional impairments in parotid glands into three categories of severity. Anatomic impairments of glandular structures were fairly proved by sialography and cytological inspection of gland secret, which is preferred by authors in clinic of salivary gland diseases.