

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ  
ПОЛТАВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ  
ИНСТИТУТ**

**На правах рукописи**

**ЯЦЕНКО Игорь Володленович**

**АНАЛИЗ ИСХОДОВ И ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ И  
ХРОНИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ**

*14.01.21 - стоматологія*

**АВТОРЕФЕРАТ**

Диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

ПОЛТАВА – 1992

Работа выполнена на кафедре хирургической стоматологии Полтавского государственного медицинского стоматологического института (ректор – заслуженный деятель науки и техники Украины, профессор Н.С. Скрипников).

**Научный руководитель** - доктор медицинских наук,  
профессор **О. В. Рыбалов**

**Официальные оппоненты** - доктор медицинских наук,  
профессор **В. Ф. Чистякова**  
доктор медицинских наук,  
профессор **Ю. Ф. Григорчук**

**Ведущее учреждение** – Украинский государственный институт  
усовершенствования врачей / г. Харьков /

Защита диссертации состоится „23” сентября 1992 г.. в 11<sup>00</sup> часов на заседании Специализированного Совета Д 088.27.01 при Полтавском государственном медицинском стоматологическом институте по адресу: (314024, г. Полтава, ул. Шевченко, 23).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Полтавского государственного медицинского стоматологического института 314024, г. Полтава, ул. Шевченко, 23.

Автореферат разослан ”23”августа 1992 г.

Ученый секретарь  
Специализированного Совета  
доцент

Н.В. Головки

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. В последнее десятилетие заболевания слюнных желез являются предметом пристального изучения / В.В. Неустроев, 1986; Г.И. Ронь, 1986; Н.Н. Михайленко, 1986; А.М. Солнцев и соавт., 1991; У.А. Саидкаримова, 1991; G. Seifert, 1984; L. Portunato et al., 1990/.

Большинство работ посвящено клинике, диагностике, лечению и профилактике острых и хронических паротитов, слюнокаменной болезни / О.В. Рыбалов, 1986; П.И. Ткаченко, 1987; И.Ф. Ромачева и соавт., 1987; Н.Н. Бажанов и соавт., 1991; E. Rinast et al., 1989; E. McFillivray, 1990/.

В ограниченном числе опубликованных работ отражены отдаленные результаты проведенных лечебных мероприятий и исходов сиаладенитов. Исследования осуществлялись на небольших контингентах пациентов с привлечением не всегда адекватных методов обследования, без сравнительного анализа эффективности проведенных лечебных мероприятий.

В литературе не нашла достаточно объективного отражения роль эпидемического /ЭП/ и острого неэпидемического паротита /ОНЭП/ в развитии хронического паренхиматозного паротита /ХПП/, Хотя большинство исследователей склонны считать основной причиной возникновения ХПП перенесенный ЭП. Лишь в единичных публикациях /Г.Н. Москаленко, 1981; О.В. Рыбалов, 1982; E. Chilla et al., 1983/ Подвергается сомнению эта вероятность.

В связи с тем, что исходы острых и хронических сиаладенитов Недостаточно изучены, имеется значительный пробел в возможности их прогнозирования.

Все это послужило основанием для проведения углубленных Прогностических клинико-лабораторных и статистических исследований.

Цель работы: изучить исходы эпидемического и острого неэпидемического паротита для уточнения их этиологической роли в возникновении хронического паренхиматозного паротита и на основе полученных данных создать прогностическую систему для этих заболеваний.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- изучить особенности морфо-функционального состояния околоушных желез у лиц, перенесших эпидемический паротит;
- изучить особенности морфо-функционального состояния околоушных желез у лиц, перенесших острый неэпидемический паротит;
- изучить особенности морфо-функционального состояния околоушных желез у больных хроническим паренхиматозным паротитом, впервые проявившим себя в детском возрасте и у взрослых;
- разработать и внедрить в практику здравоохранения табличный метод индивидуального прогноза исхода эпидемического, острого неэпидемического и течения хронического паренхиматозного паротита;
- на основе результатов исследования дать рекомендации по использованию в клинике наиболее оптимальных лечебно-профилактических мероприятий у больных хроническим паренхиматозным паротитом.

Научная новизна. Впервые проведено комплексное исследование морфо-функциональных особенностей околоушных желез у переболевших эпидемическим и острым неэпидемическим паротитом. Впервые в комплекс исследования заболеваний слюнных желез включено изучение показателей свободно-радикального окисления и электрокинетических свойств смешанной слюны и паротидного секрета. Доказано, что эпидемический и

острый неэпидемический паротит не является причиной развития хронического паренхиматозного процесса в околоушной железе. Впервые созданы прогностические вычислительные таблицы для определения исходов эпидемического, острого неэпидемического и течения хронического паренхиматозного паротита. На основании прогностических таблиц установлены наиболее оптимальные лечебно-реабилитационные и диспансерные мероприятия у больных хроническим паренхиматозным паротитом.

Практическая ценность работы. Работа представляет теоретический интерес в плане уточнения о этиологии хронического паренхиматозного паротита в вероятных исходах ЭП, ОНЭП и ХПП. Результаты исследования позволили выявить наиболее ценные прогностические факторы, влияющие на исход острого и хронического процесса в околоушной железе. Разработаны прогностические таблицы для определения возможных исходов ЭП, ОНЭП и оценки тяжести течения и исхода ХПП. Проведенное исследование позволяет рекомендовать адекватные лечебные манипуляции при ЭП, ОНЭП и в острый период ХПП, объективно оценивать отдаленные результаты лечения, обосновывает необходимость регулярного проведения оптимальных лечебно-профилактических и диспансерных мероприятий у больных ХПП в период ремиссии.

Апробация работы. Основные положения диссертации Доложены: на VII съезде стоматологов УССР / Львов, 1989 г./; Всесоюзной конференции молодых ученых, посвященной 70-летию ПГМСИ «Физиология и патология перекисного окисления Липидов, гемостаза и иммуногенеза» / Полтава, 1991 г./; Конференции, посвященной 70-летию ПГМСИ «Актуальные Вопросы стоматологии» / Полтава, 1991 г./; Межгосударственном методическом совещании диспансерных центров патологии

слюнных желез / Москва, 1992 г./; Расширенном межкафедральном совещании / Полтава, 1992 г./.

Внедрение результатов исследования в практику.

Усовершенствованные методы обследования и лечения Больных сиаладенитами, описаны в рационализаторских предложениях № 1568/91, 1569/91, 1570/91, 1572/91, 1577/91, 1596/91, 1608/91, 1609/91, 1610/91, 1611/91, 1612/91, 1648/92, 1649/92 внедрены в хирургических отделениях Полтавской детской городской и областной клинической стоматологических поликлиник, Львовской областной клинической стоматологической поликлиники, ЦНИЛ ПГМСИ, а также в учебный процесс кафедр стоматологии детского возраста, хирургической и госпитальной терапевтической стоматологии ПГМСИ.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 11 научных работ /из них 6 в соавторстве/, утверждено 13 рационализаторских предложений.

Положения выносимые на защиту.

1. В исходах эпидемического и острого неэпидемического паротита не наблюдается анатомических и функциональных нарушений в вовлекавшихся ранее в воспалительный процесс околоушных железах. При остром гнойном и гнойно-некротическом паротите исходом может быть частичное или полное склерозирование с частичным или полным нарушением функции желез.
2. Эпидемический и острый неэпидемический паротит не является причиной развития хронического паренхиматозного паротита.
3. Метод последовательного статистического анализа позволяет составить индивидуальный прогноз исхода эпидемического, острого неэпидемического и течения

хронического паренхиматозного паротита.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 200 страницах машинописи, состоит из введения, 5 глав, Заключения, выводов, практических рекомендаций. Библиографический указатель диссертации включает 300 источников /208 отечественных и 92 зарубежных авторов/. Работа иллюстрирована 64 таблицами и 35 рисунками.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Основой настоящей работы послужили результаты комплексного клинико-лабораторного исследования 313 человек, 119 из которых ранее перенесли ЭП, 12 детей больных ЭП, 49 пациентов, перенесших ОНЭП и 101 больного ХПП. Контрольную группу составили 32 клинически здоровых человека с санированной полостью рта.

Объем проводимых исследований включал в себя общие / опрос, осмотр, пальпацию /, частные / сиалометрию, цитологическое исследование секрета, сиалографию / и специальные / физико-химические, биохимические / методы.

Количество выделяющейся смешанной слюны определяли путем сбора ее утром, натощак, в градуированную центрифужную пробирку в течении 10 минут без предварительной стимуляции. Количество продуцируемой смешанной слюны исследовано у 158 пациентов.

Определение величины секреции околоушных желез осуществляли по видоизмененной нами методике Т.Б. Андреевой /1965/. Исследование проводили утром, натощак, в течении 10 минут, стимулируя секрецию нанесением на спинку языка капельно 1 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты. Всего было произведено 277 исследований секреторной функции околоушных желез.

Для цитологического исследования секрета околоушных желез материал получали либо с помощью металлических канюль, либо с помощью ложки Фолькмана, если вязкость секрета была повышена. На предметное стекло наносили несколько капель паротидного секрета, равномерно распределяли его по всей поверхности, высушивали на воздухе и после фиксации окрашивали по Романовскому-Гимзе.

Изучение препаратов начинали под малым увеличением светового микроскопа. Изучали клеточный состав и количество клеток. С иммерсионной системой микроскопа изучали характерные особенности отдельных клеток. Всего изучено 333 цитологических препаратов секрета околоушных желез.

Рентгенологическое исследование проводили на стационарном аппарате Диагномакс М-125 /ВНР/ непосредственно после введения в проток изучаемой околоушной железы контрастного вещества /30% йодолипола, йодамида-380/ в двух проекциях – боковой и прямой /носо-лобной/. В амбулаторных условиях сиалографическое исследование осуществляли только в боковой проекции рентгенаппаратом 5 Д 1. Всего произведено 388 рентгенологических исследований околоушных желез с контрастированием 147 пациентам.

Вязкость смешанной слюны и паротидного секрета определяли на гемовискозиметре ВК-4 сразу после сбора слюны. Всего было сделано 122 исследования вязкости смешанной слюны и 195 – паротидного секрета.

Изучение рН проводили с помощью микроанализатора фирмы Radelkis /ВНР/. Всего было проведено 122 исследования водородного показателя смешанной слюны и 195 – паротидного секрета.

Исследование прозрачности секрета осуществляли на колориметре фотоэлектрическом концентрационном / КФК – 2 МП/. Всего было

сделано 195 исследований прозрачности секрета околоушных желез.

Для определения электрического сопротивления слюны переменному току нами была предложена установка с использованием реографа /рац. предложение №1610/. Имея по прибору данные по сопротивлению слюны переменному току, вводили их в формулу:  $E = \frac{1}{R}$ , где  $E$  – электропроводность,  $R$  – сопротивление. По формуле получали данные по электропроводности смешанной слюны и паротидного секрета. Всего проведено 244 исследования электрокинетических свойств смешанной слюны и 390 – паротидного секрета.

Концентрацию натрия и калия определяли методом пламенной фотометрии, кальция – по методу Каракашова и Вичева, фосфора – по методу Больца и Льюка / В.К. Леонтьев, Ю.А. Петрович, 1976 /, хлора – по методу Мора, магния – комплексометрическим методом / П.П. Коросталев, 1981/. Всего произведено 480 исследований содержания минеральных компонентов в смешанной слюне и 390 – паротидного секрета.

С целью выявления мембранодеструктивных процессов в слюнных железах у больных ХПП, ЭП и у лиц, перенесших ЭП, ОНЭП, было изучено содержание малонового диальдегида /МДА/, продуктов свободнорадикального окисления /СРО/, активность ферментов антиоксидантной защиты – каталазы и супероксиддисмутазы /СОД/ в смешанной слюне и паротидном секрете.

Исследование содержания МДА производили по методике, описанной Ю.А. Владимировым и А.М. Арчаковым /1972/, активность СОД – по методике О.С. Брусова и соавт. /1976/ на КФК-2МП. Активность каталазы определяли по методу А.Н. Баха и С.З. Зубковой /О.Г. Архипова, 1968/. Всего было проведено 345 исследований показателей СРО в смешанной слюне и 501 – в паротидном секрете.

Математическая обработка клинических и лабораторных данных производилась на ЭВМ «Искра – 1256/4» согласно методам, принятым в клинической медицине /Г.Ф. Лакин, 1990/.

Для разработки способа прогнозирования исхода ЭП, ОНЭП и течения ХПП была использована система, основанная на методе последовательного статистического анализа /В.В. Гублер, 1987/.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

При обследовании лиц, перенесших ЭП, клинических изменений в ранее пораженных околоушных железах не выявлено. Количество выделяющейся смешанной слюны и паротидного секрета находилось в пределах нормы. Физико-химические свойства, минеральный состав смешанной слюны и паротидного секрета соответствовал таковым у здоровых. Цитологическая картина секрета околоушных желез, вовлекавшихся ранее в воспалительный процесс, соответствовала картине секрета здоровых желез.

Определение ряда показателей СРО в смешанной слюне и паротидном секрете не выявило достоверных изменений в содержании МДА, активности каталазы и СОД, что подтверждает отсутствие Мембранодеструктивных процессов в ранее пораженных железах. Кроме того, исследование этих же показателей в смешанной слюне и паротидном секрете у больных ЭП на высоте развития вирусного сиаладенита также не выявило их достоверных изменений. Это можно объяснить тем, что морфологические изменения в слюнных железах при ЭП в основном локализуются в строме /М.Н. Мельник и соавт., 1979; И.Ф. Ромачева и соавт., 1987/.

На сиалограммах ранее пораженных ЭП желез определяется хорошее заполнение протоков без их анатомических изменений.

При обследовании лиц, перенесших ОНЭП, выявлено, что исходы заболевания по отношению к околоушным железам, вовлекавшимися в воспалительный процесс, зависели от клинкоморфологической формы имевшегося сиаладенита.

Так, после перенесенного острого серозного паротита /14 человек/, кроме достоверного уменьшения количества натрия в смешанной слюне и паротидном секрете, результаты клинко-лабораторных исследований не выявили отклонений от показателей у лиц контрольной группы.

После перенесенного острого гнойного паротита /20 человек/ секреторная функция заинтересованных околоушных желез была достоверно снижена. Исследование физико-химических свойств смешанной слюны и паротидного секрета не выявило их изменений. Клеточный состав секрета соответствовал норме.

Изучение минерального состава смешанной слюны показало достоверное уменьшение в ней содержания натрия и повышение содержания калия. Выявлено достоверное уменьшение выведения натрия и магния изучаемыми околоушными железами, увеличение в их секрете концентрации хлора.

Показатели СРО смешанной слюны и паротидного секрета достоверно не изменялись.

Сиалографическое исследование выявило у 10 /50%/ пациентов участки склерозирования в ранее вовлекавшихся в процесс долях железы. У остальных нарушений в системе протоков не обнаружено.

После перенесенного гнойно-некротического паротита /15 человек/ количество выделяющейся смешанной слюны / за 10 минут исследования/ находилось в пределах нормы, секреторная функция вовлекавшихся в воспалительный процесс околоушных желез у 12 /80%/ человек была достоверно снижена. У 3 /20%/ обследованных ранее пораженные околоушные железы вообще

не функционировали. Исследование физико-химических свойств смешанной слюны и паротидного секрета не показало достоверных изменений их прозрачности, вязкости, рН, электрокинетических свойств. Клеточный состав секрета был представлен единичными клетками и чешуйками плоского эпителия, т.е. не отличался от клеточного состава слюнных желез у здоровых людей.

Изменения в минеральном составе смешанной слюны и секрета вовлекавшихся в гнойно-некротический процесс околоушных желез были сходны с таковыми после перенесенного гнойного паротита.

Содержание МДА, активность каталазы и СОД были в пределах нормы, что подтверждает отсутствие остаточных мембранодеструктивных процессов в исследуемых железах.

Сиалогграфия околоушных желез, произведенная 9 пациентам, перенесшим гнойно-некротический паротит, показала у 5 человек частичное и у 2 – полное склерозирование железы. У 2 исследуемых обнаружены крупные одиночные полости.

Изучение клинических проявлений ХПП у 101 больного позволило диагностировать у 41 /40,6%/ его активное и у 60 /59,4%/ - торпидное течение.

При активном течении ХПП количество смешанной слюны и паротидного секрета было достоверно снижено как у больных с первыми проявлениями заболевания в детском, так и в зрелом возрасте. Колориметрическое изучение паротидного секрета выявило достоверное снижение его прозрачности / за счет большого количества белесоватых нитей и хлопьев/. Вязкость и электропроводность смешанной слюны и паротидного секрета были достоверно повышены, рН смещался в кислую сторону в обеих группах.

При цитологическом исследовании секрета пораженных

желез у большинства больных на фоне белкового субстрата выявлялись единичные или расположенные группами нейтрофилы, лимфоидные и ретикуло-эндотелиальные клетки, гистиоциты, макрофаги.

В обеих возрастных группах больных с активным течением ХПП в смешанной слюне определено повышенное содержание кальция и хлора, кроме того у заболевших в зрелом возрасте найдено достоверное повышение концентрации калия и фосфора. Содержание калия, кальция, хлора, магния и фосфора у всех больных с активным течением ХПП в секрете околоушных желез было достоверно выше нормы. В смешанной слюне и паротидном секрете выявлено достоверное увеличение содержания МДА и повышение активности каталазы, что подтверждает наличие активных мембранодеструктивных процессов в пораженных железах.

Длительное динамическое наблюдение с рентгенологическим контролем на протяжении от 3 до 7 лет показало, что у больных ХПП с активным течением и первыми проявлениями в детском возрасте в 53,9% случаев сиалографическая картина оставалась без изменений, у 46,1% пациентов отмечалось уменьшение количества полостей. При ХПП с первыми проявлениями заболевания у взрослых людей, сиалографическая картина оставалась без изменений на протяжении всего периода наблюдения у всех исследуемых.

У больных с торпидным течением ХПП продукция смешанной слюны и секреторная функция пораженных желез понижалась недостоверно. Физико-химические свойства смешанной слюны находились в пределах показателей контрольной группы. Отмечено достоверное снижение прозрачности и повышение вязкости паротидного секрета. Смещение рН в кислую сторону, увеличение электропроводности паротидного секрета выявлены только у больных с первыми проявлениями заболевания в зрелом возрасте.

У большинства больных обеих возрастных групп при цитологическом исследовании секрета пораженных желез выявлены единичные нейтрофилы и клетки лимфоидного ряда.

В смешанной слюне и паротидном секрете у больных с торпидным течением найдено достоверное увеличение содержания калия, кальция, хлора и снижение концентрации натрия. У больных с первыми проявлениями заболевания у взрослых в смешанной слюне и паротидном секрете найдено достоверное увеличение содержания МДА. Повышение активности каталазы и СОД носило недостоверный характер. У больных ХПП с первыми проявлениями болезни в детском возрасте только в секрете околоушных желез отмечалось достоверное повышение активности каталазы.

Длительный динамический рентгенологический контроль /от 3 до 14 лет/ за пораженными железами установил, что у 22,64% больных с торпидным течением и первыми проявлениями ХПП в детском возрасте происходило исчезновение полостей, у 54,72% - число сиалэктазов уменьшалось, у 22,64% - их количество оставалось без изменений. При ХПП с первыми проявлениями у взрослых контрольные сиалографические исследования показали, что у 40% больных в сиалографической картине изменений не произошло, у 40% - количество и размер полостей уменьшился, у 20% - они почти исчезли.

Проспективное наблюдение за больными ХПП показало, что исходы заболевания зависят от возрастного периода его первых проявлений. Выздоровление отмечено нами только у 15,79% больных с торпидным течением и первыми проявлениями ХПП в детском возрасте. При хроническом паротите с первыми проявлениями у взрослых людей выздоровление наблюдалось только у 2 /3%/ больных.

Ухудшение состояния с развитием признаков болезни

Шегрена отмечено у 44% больных с активным течением ХПП и первыми проявлениями заболевания у взрослых.

По результатам исследований нами была проведена выборка клинических проявлений, данных дополнительных методов исследования, видов лечебных воздействий у больных острым и хроническим паротитами, которую по исходам мы разделили на две подгруппы: благоприятный и неблагоприятный. Разделив каждый фактор, влияющий на исход сиаладенита, на диапазоны, определяли прогностический балл для каждого диапазона, затем высчитывали степень информативности исследуемого фактора. После этого все факторы, в порядке уменьшения информативности, разбитые на диапазоны, к которым определены баллы, объединялись в прогностическую таблицу.

Проведя статистический анализ факторов, влияющих на исход воспалительного процесса в околоушной железе при ОНЭП, определили 12 наиболее информативных, из которых составили прогностическую таблицу /табл.1/.

Таблица 1

Прогностическая таблица для распознавания исхода острого неэпидемического паротита (фрагмент)

№ п/п	Факторы	Диапазоны фактора	Прогностический балл
1	2	3	4
1.	Вид лечения	- консервативное - хирургическое	-9 +9
2.	Гиперемия кожи в области пораженной железы	- не имеется - имеется	-9 +9
3.	Сиалографическая картина после стихания острого воспаления	- норма - частичное склерозирование железы - полное склерозирование железы	-9 +7 +9

1	2	3	4
4.	Размер железы в острый период	- незначительно увеличена - выраженное увеличение - значительное увеличение	-9 -8 +3
-----			
10.	Склонность к аллергическим реакциям	- не было - есть, слабовыраженная - есть, отчетливая	-3 +6 +6
11.	Сопутствующие заболевания	- не имеются - имеются	-3 +5
12.	Тяжесть процесса	- легкая форма - средней тяжести - тяжелая форма	-2 +2 +3

Определив допустимый порог ошибок (который в наших исследованиях составил +13 баллов), проводили прогностическое исследование, суммируя баллы, соответствующие тем диапазонам, которые выявились у обследуемого.

Если сумма баллов была – 13 и ниже, выносилось решение – прогноз благоприятный, т.е. в исходах заболевания не будет выраженных морфофункциональных изменений со стороны пораженных околоушных желез. Если сумма баллов достигла +13 или была выше, то выносилось решение о неблагоприятном прогнозе, т.е. в железе после перенесенного паротита возможны различной степени морфологические и функциональные нарушения.

Проверка таблицы, проведенная в двух режимах – обучающем и экзаменующем, дала следующий результат: правильных ответов – 88,3 – 87,4%, ошибочных – 2,2 – 2,8%, неопределенных – 9,5 – 9,8%.

Проверка таблицы, составленная по выборке в отношении ЭП, показала, что правильных ответов в экзаменующем режиме было –

93,7%, ошибочных – 2,8%, неопределенных -3,5%.

У больных ХПП статистический анализ из множества факторов, влияющих на течение и исход заболевания, выявил 20 наиболее информативных, на основе которых составили прогностическую таблицу /табл.2/.

Таблица 2

Прогностическая таблица для распознавания течения и исхода хронического паренхиматозного паротита (фрагмент)

№ п/п	Факторы	Диапазоны фактора	Прогностический балл
1	2	3	4
1.	Количество обострений	- одно в 2-3 года - одно в год - более 1 раза в год - 2-3 в год	-12 +2 +12 +10
2.	Прозрачность паротидного секрета	- незначительное количество включений - значительное количество включений	-8 +8
3.	Наличие сопутствующих заболеваний	- не имеются - имеются	-9 +6
4.	Регулярность лечебно-профилактических мероприятий в период ремиссии	- регулярно - не регулярно - вообще не проводится	-12 +1 +8
-----			
18.	Количество смешанной слюны в период ремиссии	- в норме - незначительно уменьшено - выраженное уменьшение	-2 +3 +8
19.	Характер проводимого местного консервативного лечения в период обострения	- инстилляция в проток лекарственных веществ, массаж, компрессы, физ. процедуры - проводились частично - не проводились	-4 +3 +5
20.	Возраст первого проявления заболевания	- до 15 лет - после 15 лет	-2 +5

Если сумма баллов была в пределах +13 - +80, выносилось решение – «состояние без изменений», более +80 баллов – «ухудшение состояния», -13 - -50 баллов – «стойкое улучшение», -50 баллов и ниже – «выздоровление».

Проверка в обучающем и экзаменующем режимах показала следующий результат: правильных ответов – 85,8-87,5%, ошибочных – 3,7-4,5%, неопределенных – 10,8-8,0%.

Многофакторный анализ течения и исходов ХПП дал возможность оценить эффективность диспансерного обеспечения больных этого профиля и проводимых у них лечебно-профилактических мероприятий в период ремиссии заболевания. Обязательным условием оказалось регулярность этих мероприятий – не менее 2 раз в год (весной и осенью). Лечебный комплекс включал в себя 7-дневный курс введения в пораженную железу масла семян шиповника, электрофорез области околоушных желез 1% раствором аскорбиновой кислоты, прием внутрь антиоксидантов и иммунокорректирующих препаратов.

Результаты проверки табличного метода подтверждают высокую точность и надежность разработанной прогностической системы. Ошибочные и неопределенные ответы в основном обусловлены недостаточностью имеющейся диагностической информации. С учетом того, что в настоящее время в медицинской практике широкое применение находят компьютеры, данные вычислительных таблиц можно ввести в компьютер и машинным способом прогнозировать исход и течение ХПП, определять наиболее оптимальные методы лечения.

## **ВЫВОДЫ**

1. Установлено, что у лиц, перенесших эпидемический паротит, исход заболевания для околоушных желез благоприятный, морфо-функциональных нарушений в них не возникает.
2. Выявлено что у лиц, перенесших острый неэпидемический

паротит, изменения в околоушных железах зависят от клинико-морфологической формы имевшего место процесса. Острый серозный и гнойный паротит без абсцедирования не вызывает в слюнных железах выраженных морфо-функциональных нарушений. Гнойно-некротический паротит исходом заболевания имеет частичное или полное склерозирование паренхимы со снижением био-функциональных способностей железы.

3. После перенесенного эпидемического и острого неэпидемического паротита в ранее пораженных железах хронического воспаления не наблюдается, поэтому можно утверждать, что эти острые заболевания околоушной железы не лежат в основе развития хронического паренхиматозного паротита.
4. У больных хроническим паренхиматозным паротитом с первыми проявлениями в детском возрасте исход заболевания зависит от активности процесса и относительно благоприятный / 15,79% - выздоровление, 56,58% - стойкое улучшение /. У 27,63% состояние остается без изменений.
5. У больных хроническим паренхиматозным паротитом с первыми проявлениями заболевания после 15 лет выздоровление установлено лишь у 8% больных, у 24% - наблюдалось стойкое улучшение, в 24% состояние оставалось без изменений, у 44% - имело место прогрессирование заболевания с развитием признаков болезни Шегрена.
6. Разработанный нами и апробированный метод индивидуального прогнозирования позволяет объективно оценить тяжесть процесса, определить исход ЭП, ОНЭП и течение ХПП в перспективе, выбрать более рациональный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий. Имеющиеся алгоритмы вычислительных таблиц реально использовать в компьютерных системах /ЭВМ/.

7. Установлено, что наиболее оптимальным методом лечебно-профилактических мероприятий у больных хроническим паренхиматозным паротитом является двукратный в год /весной и осенью/ курсы введения в пораженную железу масла семян шиповника, электрофорез области желез 1% раствором аскорбиновой кислоты, прием внутрь препаратов антиоксидантного действия /токоферол/, иммунокоррекция организма натрия нуклеинатом.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. При обследовании больных с сиаладенитами необходимо более широко использовать специальные методы исследования /изучение физико-химических свойств смешанной слюны и паротидного секрета, их биохимический состав/. Применение частных методов исследования /сиалометрия, сиалография, цитологическое исследование секрета/ обязательно для всех больных с воспалительными заболеваниями слюнных желез.
2. Тактика диспансерных мероприятий у больных ХПП должна проводиться с учетом сроков первого проявления заболевания и активности его течения. Больных ХПП с первыми проявлениями заболевания в детском возрасте и торпидным течением процесса, не имеющих обострения в течении 3 лет и с положительной морфо-функциональной динамикой, можно снимать с учета по выздоровлению. Больные ХПП, достигшие 15-летнего возраста, подлежат переводу для диспансерного наблюдения из детских медицинских учреждений в стоматологические клиники для взрослых.
3. Больные ХПП с первыми проявлениями заболевания после 15 лет и торпидным течением процесса, не имеющие обострений в Течении 5 лет и с положительной морфо-функциональной динамикой, рекомендуется снимать с диспансерного учета по выздоровлению.

Тактика наблюдения больных ХПП со стойким улучшением избирается индивидуально для каждого больного и зависит от клинико-морфологического состояния околоушных желез.

У больных с состоянием без изменений или с ухудшением сроки диспансерного наблюдения должны быть более продолжительными.

4. Лечебные мероприятия у больных ХПП в период ремиссии заболевания является важным фактором для благоприятного исхода. Частота лечебно-профилактических курсов – 2 раза в год при торпидном течении процесса, 2-4 раза в год при активном течении заболевания. В комплекс противорецидивного лечения необходимо включать иммунокорректирующие, антиоксидантные и общеукрепляющие препараты. С целью уменьшения деструктивных изменений эпителиальной выстилки протоков и улучшения их функции вводится масло семян шиповника.
5. Вычислительные таблицы для определения исходов острого и течения хронического сиаладенита реально использовать для постановки индивидуального прогноза и выбора более оптимальных лечебно-профилактических мероприятий в любой стоматологической поликлинике или челюстно-лицевом стационаре.

#### СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РОБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Анализ публикаций в журнале «Стоматология» материалов по вопросам патологии слюнных желез за 25 лет (1960-1984 г.г.) // Рукопись деп. во ВНИИМИ МЗ СССР № 12405-86.- МРЖ.- 1987. -№3, - раздел XII, - С.5. /соавт. О.В. Рыбалов/.
2. Система реабилитации и диспансерное обеспечение детей, больных хроническим паренхиматозным паротитом // Комплексное лечение и профилактика стоматологических заболеваний. Матер. VII съезда

стоматологов УССР. – Киев, 1989, - С.317-318. /соавт. О.В. Рыбалов, П.И. Ткаченко/.

3. Секрет слюнных желез субстрат при исследовании их патологии // Состояние ортодонтической помощи в СССР и перспективы ее развития. Матер. I Всесоюзной конференции. – Полтава, 1990, - С.137-138. /соавт. О.В. Рыбалов, М.Е. Приходько, Ф.З. Шукуров/.
4. Изменения физико-химических свойств смешанной слюны и секрета околоушных слюнных желез у лиц, перенесших эпидемический и хронический паренхиматозный паротит // Состояние ортодонтической помощи в СССР и перспективы ее развития. Матер. I Всесоюзной конференции. – Полтава, 1990, - С.166-168.
5. Показатели перекисного окисления липидов в паротидном секрете больных хроническим паренхиматозным паротитом // Физиология и патология ПОЛ, гемостаза и иммуногенеза. Матер. Всесоюзн. конф. молод. ученых, посвящ. 70-летию ПГМСИ. – Полтава, 1991, - С.106.
6. Факторы перекисного окисления липидов в смешанной слюне больных хроническим паренхиматозным паротитом // Физиология и патология ПОЛ, гемостаза и иммуногенеза. Матер. Всесоюзн. конф. молод. ученых, посвящ. 70-летию ПГМСИ. – Полтава, 1991, - С.107.
7. Показатели свободнорадикального окисления в паротидном секрете непораженных околоушных желез у больных хроническим паренхиматозным паротитом // Физиология и патология ПОЛ, гемостаза и иммуногенеза. Матер. Всесоюзн. конф. молод. ученых, посвящ. 70-летию ПГМСИ. – Полтава, 1991, - С.107-108.
8. Наследственный хронический паротит // Актуальные вопросы стоматологии. Матер. науч. конф. – Полтава, 1991, -Т.1, - С.188. /соавт. О.В. Рыбалов, В.И. Ковачев/.
9. Показатели свободнорадикального окисления смешанной слюны и паротидного секрета у лиц перенесших острый и хронический паротит //

Актуальные вопросы стоматологии. Матер. науч. конф. – Полтава, 1991, -Т.1, - С.189. /соавт. О.В. Рыбалов, О.И. Цебржинский/.

10. Характеристика контингента больных паротитами находящихся на учете в диспансерном центре патологии слюнных желез // Актуальные вопросы стоматологии // Матер. науч. конф. – Полтава, 1991, -Т.1, - С.253.
11. Показники вільнорадикального окислення в змішаній слині та паротидному секреті у хворих хронічним паренхіматозним паротитом // Профілактика і лікування каріозної хвороби та її ускладнень. – Харків, ХМІ, 1992, - С.68-71. /соавт. О.В. Рыбалов/.

#### РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Приспособление для сбора секрета из околоушной слюнной железы // Рац. предл. № 1568. ПГМСИ, 1991. Соавт. О.В. Рыбалов.
2. Приспособление для массажа слюнной железы с одновременным нанесением и втиранием лекарственных веществ // Рац. предл. № 1569. ПГМСИ, 1991. Соавт. О.В. Рыбалов.
3. Микрокувета для исследования электрокинетических свойств биологических жидкостей // Рац. предл. № 1570. ПГМСИ, 1991. Соавт. О.В. Рыбалов, В.Г. Лазарович.
4. Модификация панели гемовискозиметра ВК-4 // Рац. предл. № 1572. ПГМСИ, 1991.
5. Спаренные электроды для определения электрокинетических свойств биологических жидкостей // Рац. предл. № 1577. ПГМСИ, 1991. Соавт. О.В. Рыбалов.
6. Игла-канюля с obturatorом // Рац. предл. № 1598. ПГМСИ, 1991. Соавт. О.В. Рыбалов.
7. Рамка для подсчета количества сиалэктазов на сиалограммах // Рац. предл. № 1608. ПГМСИ, 1991. Соавт. О.В. Рыбалов.

8. Метод определения прозрачности секрета больших слюнных желез // Рац. предл. № 1609. ПГМСИ, 1991. Соавт. О.В. Рыбалов.
9. Приспособление для сбора секрета из околоушной слюнной железы // Рац. предл. № 1568. ПГМСИ, 1991. Соавт. О.В. Рыбалов.
10. Установка для измерения сопротивления и электропроводности жидких биологических тканей // Рац. предл. № 1610. ПГМСИ, 1991. Соавт. О.В. Рыбалов, В.Г. Лазарович.
11. Применение методик определения показателей СРО в крови для исследования этих показателей в паротидном секрете // Рац. предл. № 1612. ПГМСИ, 1991. Соавт. О.В. Рыбалов, О.И. Цебржинский.
12. Способ распознавания течения и исхода хронического паренхиматозного паротита // Рац. предл. № 1648. ПГМСИ, 1992.
13. Способ распознавания исхода острого сиаладенита // Рац. предл. № 1649. ПГМСИ, 1992.

ЯЦЕНКО Игорь Володленович

Анализ исходов и прогноз у больных острым  
и хроническим паротитом

Автореферат диссертации на соискание  
ученой степени кандидата медицинских  
наук

Ответственный за выпуск доцент Н.В. Головкин

Подписано к печати 13.07.92 г. Формат 60/84, 1/16  
Бумага белая писчая. Печать офсетная. Объем 1 п.л. Тираж 102.  
Заказ №936. Бесплатно. Подразделение оперативной типографии  
Статистического управления Полтавской области  
г. Полтава, ул. Пушкина, 103.