

Нігерії (n=210) та Індії (n=185). Результати. У юнаків українського походження м'язова складова тіла була пов'язана з окружністю стегна та масою тіла; жирова складова тіла корелювала з окружністю живота. У юнаків з Індії м'язова складова тіла мала зворотній, а жирова складова – прямий кореляційний зв'язок з масою тіла. Мінеральна щільність та насиченість мінералами кісток переважала у юнаків з Нігерії.

Ключові слова: антропометрія, доліхоморфи, м'язова маса, відсоток жиру, денситометрія.

Стаття надійшла 28.02.2013 р.

dolychomorphie male the lean body mass was predicted by the thigh circumference and the body mass; body fat directly correlates with the waist circumference. In Indians muscular mass has reverse correlation, but fat mass – direct correlation with the body mass. In Nigerians muscular mass was strongly depended on the waist and gluteal circumferences, body fat directly correlates with the thigh circumferences. Bone mineral density in dolychomorphes reaches the lowest rate in Indians, highest – in Nigerians, and does depend on the body fat percentage.

Key words: anthropometry, dolychomorphes, muscular mass, fat percentage, densitometry.

УДК 616.316.5–002.1-053.3/5:615

П.І. Ткаченко, І.І. Старченко, С.О. Білоконь, О.В. Гуржій, Н.М. Лохматова
ВДНЗ України “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІЗМУКОЇДУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ПАРЕНХІМАТОЗНОГО ПАРОТИТУ У ДІТЕЙ, АКТИВНИЙ ПЕРЕБІГ

В статті наведено результати вивчення змін клінічних проявів загострення хронічного паренхіматозного паротиту при його активному перебізі та клітинного складу паротидного секрету у 25 дітей під впливом комплексного лікування в поєднанні з інстиляціями в протокову систему лізомукоїду. Отримані дані дозволили встановити виражену терапевтичну ефективність запропонованого лікування.

Ключові слова: загострення хронічного паренхіматозного паротиту, активний перебіг, діти, лізомукоїд.

Хронічні захворювання привушних слинних залоз у дітей слід розглядати в безперервному зв'язку зі станом органів і систем всього організму, тим паче, що за даними вітчизняних дослідників останні десятиліття відмічається зростання запальних захворювань слинних залоз. В їх структурі вагоме місце займає хронічний паренхіматозний паротит на долю якого припадає 87,6% від усіх хронічних форм сіалоаденітів. Захворювання характеризується частими рецидивами, тяжко піддається лікуванню у зв'язку з тим що етіологія його і деякі патогенетичні механізми залишаються нез'ясованими, адже вже при першому прояві загострення захворювання в залазах виявляються зміни характерні для хронічного процесу [4, 5].

Клінічні прояви хронічного паренхіматозного паротиту обумовлюються фазами перебігу захворювання. Зокрема, в період загострення діти або ж їх рідні скаржаться на погіршення самопочуття, підвищення температури тіла, наявність припухлості м'яких тканин в області розташування привушної слинної залози, незначну сухість в порожнині рота та відчуття солонуватості ротової рідини. Шкірні покриви над припухлістю у переважній більшості хворих без змін, однак при активному перебігу у хворих які звернулись первинно, може відмічатися незначна гіперемія з колатеральним набряком [3, 5, 7]. Не дивлячись на наявність значної кількості методів обстеження діагностика хронічних захворювань слинних залоз викликає затруднення. Первинний діагноз лікувального закладу, куди звертаються пацієнти у переважній більшості є хибним. Це пояснюється особливостями топографо-анатомічної локалізації та можливістю частого враження їх патологічними процесами незапального походження, а інколи і специфічного характеру. Окрім того, клінічні прояви загострення досить схожі з клінічними проявами епідемічного паротиту і гострим паротитом неепідемічної природи [1, 6].

Найчастіше з метою диференціальної діагностики, встановлення нозологічної форми захворювання, оцінки динаміки патологічного процесу та визначення ефективності лікування в клінічній практиці досить широко звертаються до визначення саме клітинного складу паротидного секрету [5, 7].

У зв'язку з невизначенням етіологічних факторів, відсутністю чіткого уявлення про патогенез, складність клінічного перебігу, лікування хронічного паренхіматозного паротиту досить довготривале, представляє значні труднощі і залежить від форми та стадії захворювання. Досить велике значення відводиться місцевому медикаментозному лікуванню. Зокрема, вивчення протеолітичної дії лізоциму на паротидний секрет в період загострення дозволило виявити виражений вплив на покращення його реологічних та фізико-хімічних властивостей [3, 7]. Останнім часом в стоматологічній практиці з успіхом використовується лізомукоїд, виробником якого являється НПА «Одеська біотехнологія», до складу якого і входить лізоцим, що займає ведуче місце в системі антимікробного захисту ротової порожнини [2, 8].

Метою роботи було вивчення впливу інстиляцій лізомукоїду на клітинний склад паротидного секрету при лікуванні загострення хронічного паренхіматозного паротиту у дітей з активним перебігом.

Матеріал та методи дослідження. Клінічним матеріалом для написання даної роботи слугувало обстеження і лікування 25 дітей у віці від 3 до 15 років з загостренням хронічного паренхіматозного паротиту, активний перебіг. Обсяг досліджень, які проводилися, включав: загальноклінічні методи обстеження (анамнез життя, захворювання, огляд, пальпація, загальний аналіз крові та сечі) та приватні (цитологічне дослідження паротидного секрету) [7]. Для об'єктивізації спостережень за перебігом загострення хронічного паренхіматозного паротиту проводили цитологічне дослідження секрету відповідно до загальноприйнятої методики протягом 5 діб. Збір секрету проводили за допомогою ложки Фолькмана і на предметне скельце наносили 2-3 каплі секрету, робили мазки та фарбували за Романовським-Гімзе. Клітинний склад цитограм вивчали під мікроскопом, визначаючи їх якісні та кількісні параметри в довільно вибраних 10 полях зору із подальшим перерахунком кількості клітин на 1 поле зору [7].

Комплексні лікувальні заходи проводилися відповідно до базової методики, розробленої П.І.Ткаченком [7] з розрахунком всіх доз фармакологічних препаратів на кг/маси тіла.

Крім того, виконували трьохразову інстиляцію в протокову систему лізолекуду з послідуочим щоразовим масуванням привушної залози з проміжком в 5 хвилин, протягом 5 діб, замість 1,0 % розчину лізоциму, як рекомендував свого часу автор методики.

Результати дослідження та їх обговорення. На період загострення хронічного процесу в привушній залозі скарги хворих зводились до наявності значної припухлості в привушній ділянці і болісність. У 8 хворих із 25 біль ірадіював у вухо і скрону. Всі хворі відмічали солонуватий присмак ротової рідини, погіршувався загальний стан і апетит. Температура тіла підвищувалась від 37,4° до 38° С.



Рис. 1. Зовнішній вигляд хворої М., 12 років, амб. карта №10. Припухлість м'яких тканин в ділянці анатомічної проекції правої привушної залози. Загострення хронічного паренхіматозного паротиту справа, активний перебіг.

Із анамнезу захворювання встановлено, що у 3 хворих прослідковувалось до 9 загострень на рік; у 6 – по 7-8; у 9 – по 5-6 і у 7 – по 3-4. Найчастіше тяжчі і триваліші загострення виникали весною і восени. В клінічних аналізах периферичної крові у всіх дітей прослідковувався незначний лейкоцитоз і у 8 прискорення ШОЕ від 16 до 20 мм/год. В сечі змін не виявлено.

При зовнішньому огляді хворих визначалась значна припухлість в ділянці анатомічної локалізації привушної залози, яка виходила за її межі (рис. 1). Шкіра над припухлістю була набрякла у всіх хворих, але залишилась звичайного забарвлення. Пальпаторно визначалось значне збільшення розмірів привушної залози і у 19 хворих вона була щільною, бугристою, а у 6 – щільноеластичною. Пальпаторне обстеження супроводжувалось вираженою больовою симптоматикою у всіх ділянках залози. У 5 хворих виявлено збільшені, рухомі піднижньощелепні регіонарні лімфатичні вузли. У 10 хворих мало місце обмежене відкриття рота, що супроводжувалось больовими відчуттями в ділянці враженої залози. Слизова оболонка порожнини рота мала блідо-рожеву окраску і була добре зволоженою тільки у 7 хворих, а у 18 прослідковувалась її помірна сухість. Слизова оболонка навколо вустя вивідних проток була набрякла і гіперемована у вигляді вінчика у всіх хворих. Крім того, у 16 хворих вустя проток залоз, втягнутих у запалення, було відкритим і при масуванні із головної протоки виділявся в'язкий секрет в помірній кількості з домішками білих пластівцевих включень у 18 хворих, у 7 – його кількість була незначною.

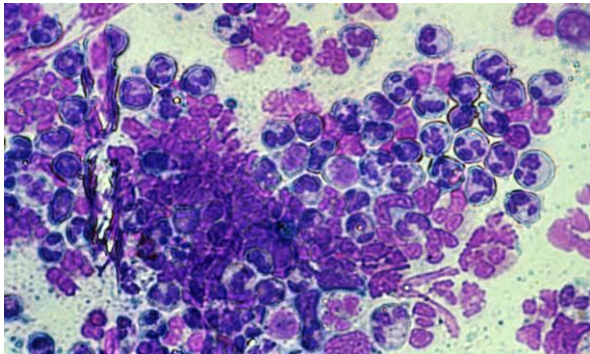


Рис. 2. Мікрофотограма мазка паротидного секрету правої привушної залози хворої М., 12 років, амб. карта №10, при зверненні. На тлі щільного білкового субстрату визначається значна кількість нейтрофілів, поодинокі лімфоцити, моноцити, еозинофіли та зруйновані клітини плоского епітелію.

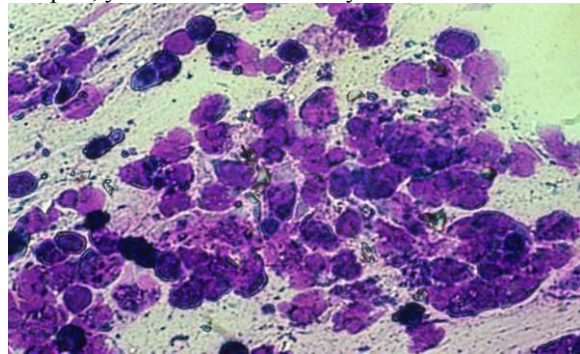


Рис. 3. Мікрофотограма мазка паротидного секрету правої привушної залози хворої М., 12 років, амб. карта №10 на 2-у добу від початку лікування. На тлі помірної щільності білкового субстрату визначаються переважно зруйновані клітини нейтрофілів, поодинокі лімфоцити, моноцити та еозинофіли.

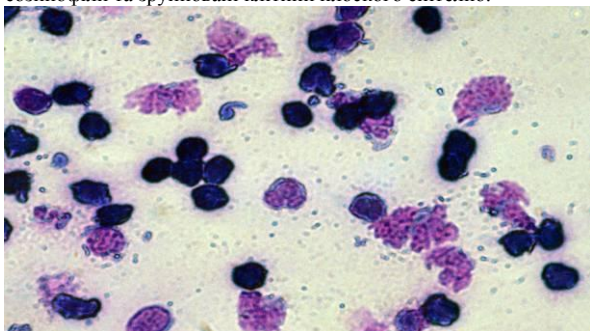


Рис. 4. Мікрофотограма мазка паротидного секрету правої привушної залози хворої М., 12 років, амб. карта №10 на 5-у добу від початку лікування.

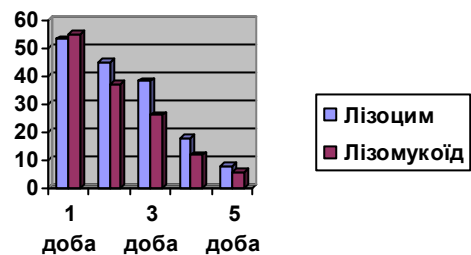


Рис. 5. Кількість клітинних елементів в цитограмах паротидного секрету із розрахунку на 1 поле зору в порівняльному аспекті при активному перебігу хронічного паренхіматозного паротиту, період загострення.

В день звернення за допомогою в цитограмах паротидного секрету на тлі щільного білкового субстрату визначались значні скопичення нейтрофілів, частина яких мала морфологічні ознаки деструкції ядер і цитоплазми. В незначній кількості спостерігались макрофаги, лімфоцити і плазматичні клітини (рис. 2).

У 10 хворих із 25 поряд з наявністю клітин запального ряду в цитограмах зустрічались поодинокі клітини плоского епітелію, інколи зі зміненою структурою. У всіх препаратах виявлялась значна кількість кокової флори, яка розташовувалась як внутрішньо- так і зовнішньоклітинно. Ознайомлення із клітинним складом цитограм паротидного секрету на 2 добу від початку лікування дозволило встановити незначне зменшення щільності білкового субстрату та деструйованих нейтрофілів розташованих переважно групами. Склад інших клітинних структур значно не відрізнявся від обстеження на день госпіталізації (рис. 3). На третю добу в мазках паротидного секрету визначалися невеликі ділянки білкових включень та розрізнені нейтрофіли, кількість пошкоджених форм їх значно зменшувалася, прослідковувалися поодинокі лімфоцити. На 4 добу в цитограмах виявлялися невеликі осередки білкових домішок, помірна кількість нейтрофілів, переважно зі збереженою структурою. Зустрічались поодинокі клітини лімфоцитів та лусочки епітеліальних клітин. На 5 добу цитологічна картина не мала виражених суттєвих відмінностей в порівнянні з попереднім днем, зате клітинних елементів запального ряду було значно менше (рис. 4). Зміна кількості клітинних елементів в паротидному секреті в порівняльному аспекті лікування представлена на рис. 5. Проведене комплексне лікування дозволило ліквідувати клінічні прояви запалення в привушних залозах усіх хворих на 6-7 добу. Нормалізація температури тіла прослідковувалась у всіх дітей в основному на 2-3 добу від початку лікування. На цей період покращувався склад периферичної крові, але при пальпаторному обстеженні у всіх хворих визначалися інфільтративно ущільнені окремі ділянки залози. В порожнині рота всіх дітей була наявна достатня кількість ротової рідини, а слизова оболонка мала блідо-рожеве забарвлення. Вустя вивідних проток залишалися набряклими у всіх хворих, однак вінчик гіперемії навколо них був відсутній. У 6 хворих вустя залишилося зияти. При масуванні із протоки вражених залоз виділявся в'язкий секрет в помірній кількості, який мав в своєму складі дрібні білясті пластівцеві слизові включення.

Підсумок

Результати клінічного обстеження дітей в період загострення хронічного паренхіматозного паротиту, активний перебіг дозволили встановити, що комплексне лікування сприяло нормалізації загального стану пацієнтів на 2-3 добу, а ліквідація явищ загострення завершувалась на 6-7 добу. Порівняльний аналіз кількісного складу клітинних елементів запального ряду в секреті привушних залоз дозволив встановити більш виражену позитивну динаміку їх змін при введенні в протокову систему лізомукоїду, в порівнянні з 1% розчином лізоциму, на що вказувало превалювання в цитограмах збережених форм нейтрофілів.

Перспективи подальших досліджень. Вподальшому планується вивчення подібних клініко-цитологічних показників у дітей з млявим перебігом загострення хронічного паренхіматозного паротиту.

Література

1. Афанасьев В.В. Роль эпидемического паротита в развитии хронических заболеваний слюнных желез / В.В.Афанасьев, И.В.Михеева // *Стоматология*. – 1993. – № 1. – С. 26-28
2. Левицкий А.П. Лизоцим-содержащие препараты в профилактике и лечении стоматологических заболеваний / А.П.Левицкий, О.В.Деньга, А.Г.Крычко [и др.] // *Мат. III з'їзду Асоціації стоматологів України*. – Полтава, 2008. – С. 196-197
3. Москаленко Г.Н. Диагностика хронического паротита у детей / Г.Н.Москаленко, С.В.Дьякова // *Российский стоматологический журнал*. – 2001. – № 5. – С. 25-27
4. Москаленко Г.Н. Хронический паренхиматозный паротит у детей (этиология, диагностика, лечение) / Г.Н.Москаленко // – Москва : ГОУ ВПО "МГМСУ", 2006. – С.52-54
5. Рыбалов О.В. Клиника, диагностика, лечение и профилактика острого и хронического сиаденитов у детей: автореф. дис. на соискание науч. степени доктора мед. н.: 14.00.21 «стоматология» / О.В. Рыбалов // – Москва, 1987. – 41 с.
6. Рыбалов О.В. Підсумки та перспективи наукових досліджень у розділі патології слинних залоз / О.В.Рыбалов // *Матеріали I (VIII) з'їзду Асоціації стоматологів України*. – К., 1999. – С. 56-60
7. Ткаченко П.І. Патогенетичні особливості запальних процесів щелепно-лицевої ділянки у дітей та диференційовані підходи до їх лікування / П.І.Ткаченко // – Полтава, 1998. – 416 с.
8. Ткаченко П.І. Вплив лізомукоїду на кількісні та якісні характеристики цитограм із поверхні післяекстракційного згустку лунки / П.І.Ткаченко, М.П.Митченко // *Світ медицини і біології*. – 2009. – №3. – С.156-161

Реферати

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИЗОМУКОИДА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АКТИВНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ

Ткаченко П.И., Старченко И.И., Белоконь С.А., Гуржий Е.В., Лохматова Н.М.

В статье приведены результаты изучения изменений клинических проявлений обострения хронического паренхиматозного паротита при его активном течении и клеточного состава паротидного секрета у 25 детей под воздействием комплексного лечения в сочетании с инстилляциями в протоковую систему лизомукоида. Полученные данные позволили установить выраженную терапевтическую эффективность предложенного лечения.

Ключевые слова: обострение хронического паренхиматозного паротита, активное течение, дети, лизомукоид.

LIZOMUKOIDA EFFECTIVENESS IN TREATMENT OF ACTIVE FLOW OF CHRONIC PARENCHYMATOUS PAROTITIS IN CHILDREN IN EXACERBATION

Tkachenko P.I., Starchenko I.I., Belokon S.A., Gurzhiy E.V., Lochmatova N.M.

In this study, changes in clinical signs of exacerbation of chronic parenchymatous parotitis with his active flow and cellular composition of parotid secretion in 25 children under the influence of combined treatment, combined with installations in duct systems lizomukoida. The data allowed to establish pronounced therapeutic efficacy of the proposed treatment.

Key words: exacerbation of chronic parenchymatous parotitis, active flow, children, lizomukoid.

Стаття надійшла 6.02.2013 р.