

необхідність проведення диференціальної діагностики туберкульоза легких і ендометріоза легких у жінок репродуктивного віку.

**Ключевые слова:** туберкульоз, легені, ендометріоз, гістологічне дослідження.

Стаття надійшла 22.12.2011 р.

There is noticed the necessity of a differential diagnostic between lung tuberculosis and lung endometriosis among reproductive-age women.

**Key words:** tuberculosis, lungs, endometriosis, histological analysis.

УДК: 616. 316. 5 – 002 – 08

В.М. Гаврильєв, О.В. Рибалюк

ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

## КОРЕКЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ З БОКУ ПРИВУШНИХ ЗАЛОЗ У ХВОРИХ НЕВРОГЕННИМ СІАЛОЗОАДЕНІТОМ ТА ЇЇ РЕЗУЛЬТАТИ

Метою роботи стала розробка диференційованого підходу до корекції функціональних порушень з боку привушних залоз у хворих з підвищеними психологічними реакціями. Для корекції функціональних порушень з боку привушних залоз хворим з урахування ступеню важкості неврогенного сіалозаденіту призначалося бужування проток зацікавлених залоз, їх масаж, інсталяція в протоки ектерициду, протеолітичних ферментів (трипсин), електрофорез 5% розчину аскорбінової кислоти на ділянку уражених залоз, професійна гігієна порожнини рота у терапевта-стоматолога, «Седасен форте», «Но-шпа», ретинолу ацетат, полівітамінний комплекс «Алфавіт». Лікувально-профілактичне забезпечення хворих неврогенним сіалозаденітом сприяло ліквідації у більшості хворих запального процесу в уражених залозах (за даними цитологічного дослідження секрету), покращенню їх морфофункціонального стану, покращенню загальносоматичного стану хворих (за характером зниження рівня тривоги).

**Ключові слова:** неврогенний сіалозаденіт, корекція, лікування.

*Робота є фрагментом комплексно-асоціативної академічної теми науково-дослідницьких робіт: «Вроджені та набуті морфо функціональні порушення зубо-щелепної системи, органів і тканин голови та шиї, їх діагностика, хірургічне та консервативне лікування» (державний реєстраційний номер 011U06301).*

З часів І.П. Павлова відомо, що слинні залози є високочутливим об'єктом до нервових впливів, що визначило їх провідне місце в науковому обґрунтуванні оцінки умовно-рефлекторної діяльності [1, 2]. І разом з тим, зі всіх захворювань слинних залоз найменш вивченими є їх реактивні зміни, що виникають в результаті таких порушень загального характеру як невротії [5, 12, 13]. На сьогоднішній день кількість пацієнтів з невротіями в зв'язку з активним розвитком техносфери неухильно зростає [3]. Фактично позаосередкові невротії – це своєрідне відображення реакцій у відповідь на стресові ситуації і, як наслідок цього впливу, розвиток функціональних порушень у всіх паренхіматозних органах, в тому числі і у великих слинних залозах з наступним виникненням в них явищ хронічного запалення [6, 7, 9]. В науковій літературі питанням неврогенного сіалозаденіту (НС) приділено вкрай мало уваги [8, 10, 11].

**Метою** роботи була розробка диференційованого підходу до корекції функціональних порушень з боку привушних залоз у хворих з підвищеними психологічними реакціями.

**Матеріал та методи дослідження.** В залежності від інтенсивності клінічних проявів НС (змін об'єму привушних залоз (ПВЗ), ступеню ксеростомії, клітинного складу секрету ПВЗ, рентгено-анатомічних порушень в системі проток, рівню тривожності) хворі, що досліджувалися, були розподілені на 3 групи: I група – хворі з легким ступенем важкості (44 чоловіки); II група – хворі з середнім ступенем (48 чоловік); III група – хворі з важким перебігом НС (21 чоловік). Усі дослідження проводились нами по загальноприйнятим принципам, що включали загальні, власні і спеціальні методи. Загальні клінічні дослідження – опитування, огляд, пальпація слинних залоз, зондування проток застосовували у всіх хворих. З'ясували: скарги, анамнез захворювання; причини, що могли слугувати пусковим механізмом розвитку змін з боку слинних залоз (стан психоемоційної напруги: сімейні та соціальні негаразди, фобії та ін.); лікування, яке проводилось раніше, його ефективність; уточнювали анамнез життя, наявність інших загальносоматичних і стоматологічних захворювань.

Зі скарг локального порядку виділяли: появу відчуття сухості в порожнині рота, характер і частоту загострень, характер та хронології змін об'єму слинних залоз, порушення функцій, пов'язаних зі слиновиділенням (жування, ковтання, мовлення) і ін. Скарги, зв'язані безпосередньо зі станом психоемоційної напруги: порушення сну, апетиту, зміни артеріального тиску, пітливість, роздратованість та ін.

Уточнювали попередні патологічні стани організму (супутні захворювання, гострі та хронічні інтоксикації, дитячі інфекції), які могли сприяти порушенню функцій великих слинних залоз.

Основна увага приділялась клінічному дослідженню слинних залоз. Огляд проводили оцінюючи порушення конфігурації обличчя в області ПВЗ, стан шкірних покривів над ними, стан червоної облямівки губ та слизової оболонки порожнини рота, ступінь її вологості, зміни з боку вустів вивідних проток, характер ротової рідини (в'язка, піниста, прозорість, наявність включень). При пальпаторному дослідженні залоз відмічали їх розмір і консистенцію, відношення до оточуючих тканин, ділянки больових відчуттів, прохідність

проток за допомогою їх зондування. Для вирішення поставлених задач використовували такі власні методи дослідження: загальну сіалометрію без і з навантаженням секретії, сіалометрію ПВЗ для визначення їх функціонального стану, фізико-хімічні властивості ротової рідини та паротидного секрету (рН, в'язкість, прозорість), цитологічні характеристики секрету ПВЗ. Спеціальні дослідження включали сіалографію ПВЗ, визначення рівню тривожності за шкалою Дж. Тейлора в адаптації В.Г. Норакидзе [4].

Контрольну групу досліджуваних склали 19 практично здорових добровольців у віці 35-43 років із санованою ротовою порожниною, які не мали в анамнезі захворювань слинних залоз.

Хворі з легким ступенем НС отримували наступний комплекс лікування: бужування проток зацікавлених залоз щодня протягом 5 днів, їх масаж по 5 хв. перед та після їжі 5-7 днів, професійна гігієна та санація порожнини рота у терапевта-стоматолога. З урахуванням рівню тривожності (у 23 осіб мав середнє значення  $(14,35 \pm 0,05)$  бали, у 10  $(43,40 \pm 0,05)$  бали) був високим) 33 пацієнтам додатково до зазначених заходів призначалося «Седасен-форте», до складу 1 капсули якого входить 125 мг екстракту валеріани, 25 мг екстракту м'яти перцевої, 25 мг екстракту м'яти лимонної (меліси) по 1 капсулі 3 рази на добу після їжі протягом 2 тижнів та «Но-шпа» для зняття явищ дохоспазму протокового апарату привушних залоз по 1 табл. 3 рази на добу за 20 хв. до їжі протягом 5 днів.

Хворим з середнім ступенем НС проводилося бужування проток щодня протягом 5-7 днів та масаж зацікавлених залоз по 5 хв. перед та після їжі 5-7 днів, професійна гігієна та санація порожнини рота у терапевта-стоматолога. 39 особам додатково до перерахованих заходів проводилася інстиляція в протоки зацікавлених залоз ектерициду щодня протягом 5-7 днів, гальванізація ділянок уражених залоз № 5. було призначено «Седасен-форте» по 1 капсулі 3 рази на добу після їжі протягом 3 тижнів та «Но-шпа» по 1 табл. 3 рази на добу за 20 хв. до їжі протягом 7 днів, ретинолу ацетат для активації захисних функцій всіх слизових оболонок ротової порожнини, шлунково-кишкового тракту та ін. по 5000 МО 1 раз на добу протягом 14 днів.

Всім хворим з важким ступенем НС було призначено повний комплекс лікувально-профілактичних заходів: бужування проток щодня протягом 5-7 днів, масаж уражених залоз по 5 хв. перед та після їжі 7-10 днів, інстиляція ектерициду та протеолітичних ферментів (трипсин) в протоки зацікавлених залоз через день по 5 процедур, електрофорез на ділянки залоз 5% розчину аскорбінової кислоти № 5, для поліпшення стану мікроциркуляторного русла, позитивного впливу на їх функціональний стан, який необхідний для запобігання застою секрету в порожнинах залози, для активації локальних імунних механізмів. Гігієна та санація порожнини рота у терапевта-стоматолога, «Седасен-форте» по 1 капсулі 3 рази на добу після їжі протягом 4 тижнів та «Но-шпа» по 1 табл. 3 рази на добу за 20 хв. до їжі протягом 10 днів. Для підвищення гомеостазу ротової порожнини призначався складний полівітамінний препарат "Алфавіт", до складу якого входять наступні інгредієнти – вітаміни: тіамін (1,5 мг), нікотинамід (20 мг), В<sub>6</sub> (2 мг), ретинолу ацетат (3333 МО), токоферолу ацетат (10 мг), аскорбінова кислота (80 мг), В<sub>2</sub> (1,7 мг), пантотенова кислота (1мг), фолієва кислота (200мкг), ціанокобаламін (3 мкг), D<sub>3</sub> (100 МО), біотин (30мкг), вітамін К (25 мкг); мікро- та мікроелементи: залізо (18 мг), йод (150 мкг), мідь (2 мг), молібден (250 мкг), магній (40 мг), марганець (2,5 мг), селен (25 мкг), цинк (15 мг), кальцій (100 мг), хром (25 мкг) по 1 таблетці 3 рази на добу протягом 1 місяця. Ефективність комплексного диференційованого лікування хворих з НС проаналізовані нами у строки до 2 років.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз результатів лікування хворих НС комплексом лікувально-профілактичних заходів, направлених на покращення функціонального стану слинних залоз та стабілізацію гомеостазу порожнини рота, показав, що у близькі строки (через 6 місяців після закінчення лікування) із 44 хворих з легким ступенем перебігу НС у 40 (90,91%) осіб констатовано одужання, у 4 (9,09%) – покращення. Підтвердженням чого стали результати власних і спеціальних досліджень зокрема повністю ліквідувалися неприємні відчуття: періодичне збільшення однієї з ПВЗ, сухість в порожнині рота, 5 пацієнтів відмічали незначну сухість слизових оболонок порожнини рота, що виникала вкрай рідко. Обличчя симетричне було у 37 хворих, асиметрія за рахунок незначної припухлості на ділянці однієї із зацікавлених ПВЗ виявлена у 7 осіб. При пальпації у 37 чоловік ПВЗ були м'яко-еластичної консистенції, безболісні, розміром до 3-5 см, в 3 хворих вони були дещо збільшені, у 4 – припухлість була обумовлена набряком підшкірної клітковини. У всіх хворих червона облямівка губ була звичайного кольору, без ознак ексфоліації епітелію. З боку порожнини рота у всіх досліджуваних слизова оболонка щік, язика, ясен була блідо-рожевого кольору, помірно зволожена.

Гігієнічний стан порожнини рота у всіх хворих помітно поліпшився і становив  $1,7 \pm 0,2$  (хороший). Індекс РМА =  $17,5 \pm 2,1\%$ . Достовірно ( $p < 0,001$ ) до норми підвищувалась загальна секреторна функція (до лікування –  $5,75 \pm 0,03$  мл за 10 хв., після –  $6,08 \pm 0,12$  мл за 10 хв. дослідження (в нормі –  $6,25 \pm 0,09$  мл)), відмічалась нормалізація паротидної секретії з  $1,70 \pm 0,016$  мл за 10 хв. дослідження до  $1,74 \pm 0,10$  мл (в нормі  $1,80 \pm 0,05$  мл). Наблизилися до норми показники фізико-хімічних властивостей ротової рідини та паротидного секрету (прозорість, в'язкість, рН) (табл. 1.).

При цитологічному дослідженні секрету уражених ПВЗ в мазках визначали малочисельні клітини плоского епітелію та поодинокі нейтрофільні лейкоцити, що наближалося до норми.

Визначення рівню тривожності за шкалою Дж. Тейлора в адаптації В.Г. Норакидзе у хворих з НС легкого ступеню виявило, що у 19 осіб він був низьким і склав  $1,53 \pm 0,05$  бали, у 3 – середній ( $9,27 \pm 0,05$  бали), що відображає зниження рівню тривоги у більшості хворих. Із 48 пацієнтів з середнім ступенем важкості одужання відмічено у 35 (72,91%), покращення – у 11 (22,92%), без змін – у 2 осіб (4,17%), що підтверджено нормалізацією клінічної картини – у 28 з них скарги були відсутні, 6 осіб відмічали періодичні (до 2-3 разів

протягом року) неприємні явища в уражених ПВЗ (важкість, поколювання, інколи відчуття свербіж), які завжди виникали після пережитих нервових зривів будь якого генезу.

Таблиця 1

**Фізико-хімічні властивості ротової рідини хворих НС легкого ступеню через 6 місяців після завершення лікувально-профілактичного комплексу**

Показник	Здорові (n=19)	Досліджувані		p*
		до лікування (n=44)	після лікування (n=44)	
В'язкість (сПз)	2,55±0,2	2,63±0,1	2,57±0,1	p <sub>1</sub> >0,05 p <sub>2</sub> >0,5
pH	7,35±0,05	7,18±0,2	7,32±0,2	p <sub>1</sub> <0,05 p <sub>2</sub> >0,5

Примітка: \* p<sub>1</sub> – порівняння показників хворих до і після лікування. \* p<sub>2</sub> – порівняння показників хворих після лікування і здорових.

При об'єктивному обстеженні у 30 досліджуваних обличчя було симетричне, ПВЗ мали м'яко-еластичну консистенцію, нормальний розмір, їх пальпація була безболісна. З боку порожнини роту: червона облямівка звичайного кольору без ознак сухості, слизова оболонка присінку роту, ясен, щік, язика – блідо-рожевого кольору, достатньо зволожена. Зондування вивідних проток не викликало труднощів. У 4 пацієнтів спостерігалися збільшені ПВЗ (у 2 чоловік з одного боку, у 2 – з обох). Червона облямівка губ у цих пацієнтів була звичайного кольору, без ознак ексофіліації епітелію. При зондуванні вустів проток уражених ПВЗ у цих хворих виявлялися явища незначного дохоспазму. Відмічалася нормалізація показників гігієнічного стану ротової порожнини, секреторної діяльності слинних залоз в цілому та привушних зокрема. Нормалізувалися фізико-хімічні показники ротової рідини та секрету привушних залоз.

Цитологічне дослідження секрету зацікавлених ПВЗ виявило підвищену кількість нейтрофілних лейкоцитів, одиничні лімфоїдні клітини, макрофаги, клітини циліндричного епітелію. У частини хворих клітинний склад був представлений малочисленими клітинами плоского епітелію і одиничними нейтрофілними лейкоцитами (рис. 1).

Сіалографічна картина ПВЗ лише у 3 осіб була без відхилень від норми (з 9, яким було зроблено дослідження). У 6 хворих мали місце різного характеру звуження основної протоки, проток I-II-III порядків, колбовидні та кулясті екстазії проток II-V порядків, порушення заповнення проток II-V порядків за рахунок їх звуження майже по всьому об'єму залози при наявності окремих сіалектазів (3 особи) (рис. 2).

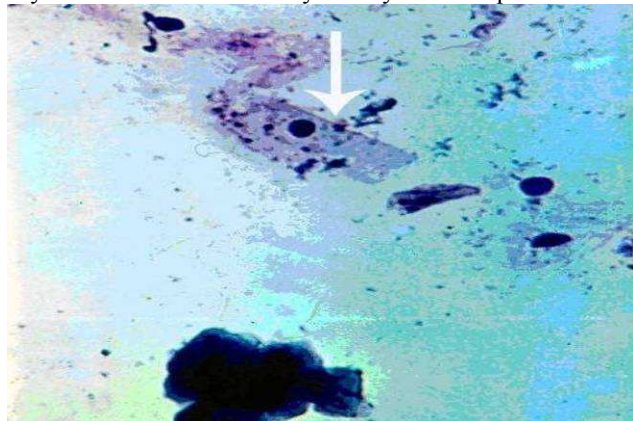


Рис 1. Мікрофотографія ділянки мазка секрету ПВЗ пацієнта К., 37 років (іст. хвороби №32456) середнім ступенем НС. Виявляються окремі клітини плоского епітелію. 36. 200х.

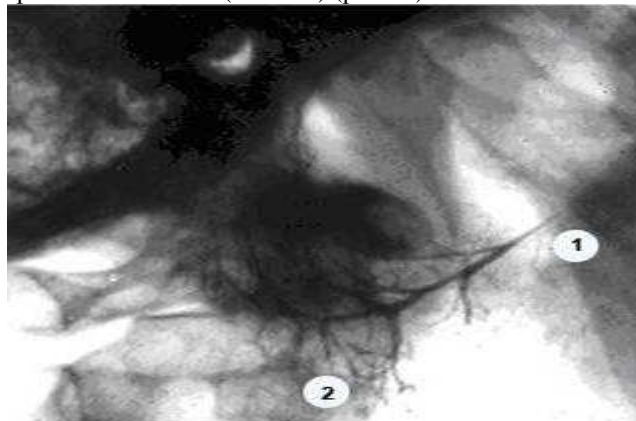


Рис 2. Сіалограма правої ПВЗ хворої Ю., 49 років, (історія хвороби № 3279). Діагноз: НС важкого ступеню. Звуження основної протоки біля вустя (1), розширення проток II-III порядків (2).

Таблиця 2

**Результати застосування лікувально-профілактичного комплексу хворим НС у віддалені строки**

Ступінь захворювання, кількість обстежених	Одужання		Покращення		Без змін	
	кількість	відсоток	кількість	відсоток	кількість	відсоток
Легкий n=22	19	86,36%	3	13,64%	-	-
Середній n=34	22	64,71%	9	26,47%	3	8,82%
Важкий n=12	7	58,34%	3	25,00%	2	16,66%

Сіалографія, проведена 5 пацієнтам, виявила у 3 незмінену протокову систему, у 2 – наявність звуження проток II-V порядків, окремі сіалектази. Визначення рівню тривожності виявило, що у 9 осіб він був низьким і склав 2,18±0,05 бали, у 3 – середній (8,67±0,05 бали), що відображує зниження рівню тривоги у більшості хворих. Результати застосування лікувально-профілактичного комплексу у хворих з НС у віддалені строки (до 2 років) показано у таблиці 2. Рівень тривожності мав тенденцію до зниження. Із 21 хворого з важким ступенем НС одужання відмічено у 13 (61,91%), покращення – у 6 (28,57%), без змін у 2 (9,52%)., що також підтверджено клінічною картиною, значним покращення гігієнічного стану порожнини рота, підвищенням секреторної активності уражених ПВЗ, нормалізацією фізико-хімічних властивостей ротової рідини та паротидного секрету. При цитологічному дослідженні секрету ПВЗ у 8 чоловік з важким ступенем НС

у віддалені строки клітинний склад був малочисельний, в препаратах визначалися поодинокі клітини плоского епітелію, одиничні клітини циліндричного епітелію зі зміненою структурою. У 4 хворих було відмічено незначну кількість слизу, ретикуло-ендотеліальні клітини, одиничні макрофаги, групи лімфоцитів.

#### Насумок

Таким чином, лікувально-профілактичне забезпечення хворих НС, що призначалося нами, впливало на анатомічні і функціональні зміни з боку ПВЗ (підвищення паротидної і загальної секреції, зменшення в'язкості і прозорості слини, нормалізація рН ротової рідини та паротидного секрету, покращення гігієнічного стану порожнини рота) і сприяло ліквідації у більшості хворих патологічного процесу в уражених слинних залозах (за даними цитологічного дослідження секрету), покращенню їх морфофункціонального стану, покращенню загально-соматичного стану хворих (за характером зниження рівня тривоги).

#### Література

1. Афанасьев В.В. Сиаладенит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Экспериментально-клиническое исследование): Дис. ... доктора мед. наук : 14.01.21 / Афанасьев Василий Владимирович. – М., 1993. – 371 с.
2. Беликова П.Д. Влияние симпатической нервной системы на функцию, кровоснабжение и трофические процессы слюнных желез: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.06.16 "Патологическая физиология" / П.Д. Беликова. – К., 1978. – 22с.
3. Віничук С.М. Неврологія / С.М. Віничук, Т.І. Ілляш, О.А. Маловицька. – К.: Здоров'я. 2008. – 664 с.
4. Дерманов И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития / И.Б. Дерманов. – СПб.: Речь. 2002. – 360с.
5. Дубенко С.Г. Нервові хвороби / С.Г. Дубенко, С.М. Віничук, Є.Л. Мачерет. – К.: Здоров'я. 2001. – 696 с.
6. Лесовая И.Г. Некоторые аспекты этиологии хронических неопухолевых заболеваний слюнных желез / И.Г. Лесовая // Вісник стоматології. – 2001. - № 1. – С. 33 – 35.
7. Митченко В.І. Сиаладеніти в умовах екологічного антропогенного забруднення фторидами та радіонуклідами / В.І. Митченко // Дент Арт. – 1995.-№1. – С. 35-37.
8. Павлова М.Л. Психологический статус пациентов с различными формами ксеростомии / М.Л. Павлова, В.В. Афанасьев, Н.В. Гришина [и др.] // Актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний и повреждений слюнных желез: Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященной I съезду сиалологов Российской Федерации: Мат. конф. – М. 2009. – С. 50-53.
9. Панин А.М. Состояние иммунитета слизистых оболочек ротовой полости у больных хроническим неспецифическим сиаладенитом / Д.К. Фасхутдинов, Л.Р. Фахрисламова, И.В. Салдусова // Актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний и повреждений слюнных желез: Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященной I съезду сиалологов Российской Федерации: Мат. конф. – М. 2009. – С. 56-59.
10. Тарасенко Л.М., Девяткина Т.А., Гребенникова Л.М. и др. Слюнные железы как объект повреждающего влияния острого стресса. //Материалы VII съезда стоматологов УССР. Комплексное лечение и профилактика стоматологических заболеваний. – Львов, 1989. – Киев, 1989. -187 с.
11. Ткач Т.В. Патогенетичне обґрунтування лікування хворих на хронічні сиаладеніти з урахуванням психонейрорегуляторних порушень: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.22 / Т.В. Ткач; Київ. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л.Шупика. – К., 2005. – 15 с.
12. Mandel L, Vakkas J., Saqi A, Alcoholic (beer) sialosis // J Oral Maxillofac Surg. – 2005. – 63. – P. 402-405.
13. Scully C. Bagan J.V., Eveson J.W., Barnard N., Turner F.M. Sialosis: 35 cases of persistent parotid swelling from two countries // British J of Oral and Maxillofac Surg. – 2008. – 46. – P. 468-472.

#### Реферати

##### КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СО СТОРОНЫ ОКОЛОУШНЫХ ЖЕЛЕЗ У БОЛЬНЫХ НЕВРОГЕННЫМ СИАЛОЗОАДЕНИТОМ И ЕЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Гаврильев В.Н., Рыбалов О.В.

Для коррекции функциональных нарушений со стороны околоушных желез больным с учетом степени тяжести неврогенного сиалозаденита назначалось бужирование протоков заинтересованных желез, их массаж, инсталляция в протоки эцтерицида, протеолитических ферментов (трипсин), электрофорез 5% раствора аскорбиновой кислоты на участок пораженных желез, профессиональная гигиена полости ротов у терапевта-стоматолога, "Седасен форте", "Но-шпа", ретинола ацетат, поливитаминовый комплекс "Алфавит". Лечение и профилактическое обеспечение больных неврогенным сиалозаденитом способствовало ликвидации у большинства больных воспалительного процесса в пораженных железах (по данным цитологического исследования секрета), улучшению общесоматического состояния больных.

**Ключевые слова:** неврогенный, сиалозаденит, коррекция, лечение.

##### CORRECTION OF MALFUNCTION FROM THE SIDE OF PAROTID GLANDS IN PATIENTS WITH NEUROGENIC

##### SIALOSADENITOM AND HER RESULTS

Gavrilyev V.M., Ribalov O.V.

For the correction of malfunction from the side of parotid glands, a patient, taking into account of degree of weight of neurogenic sialadenosis, was prescribed gleam increase of channels of the interested glands, their massage, installation at the channel of ectericiidi, proteolytics enzymes (Trypsinum), electrophoresis of 5 % solution of ascorbic acid on the area of the staggered glands, professional hygiene of cavity by stomatologist-therapeutist, "Sedasen forte", "No-Spa", retinol acetate, multivitamin complex "Alphavit". Treatment and preventive measures providing to patients with neurogenic sialadenosis promoted to liquidation in near terms in most patients of inflammatory process in the staggered glands (from data of cytological research of secret), improvement of the general somatic state of patients.

**Key words:** neurogenic, sialadenosis, correction, treatment.

Стаття надійшла 16.12.2011 р.