

3. Гожая Л. Д. Влияние гальваноза на развитие кандидоза полости рта / Л. Д. Гожая, Я. М. Ножницкая, Т. Г. Исакова // Стоматология для всех. – 2007. - №1. – С. 22-26.
4. Данилина Т.Ф. Литье в ортопедической стоматологии // Т.Ф. Данилина, В. Н.Наумова, А. В. Жидовинов – Волгоград: Изд-во Волг-ГМУ, - 2011. – 131 с.
5. Данилина Т. Ф. Гальваноз как фактор возникновения и развития передраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта / Т. Ф. Данилина, А. В. Жидовинов // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2012. – №3. – С.37-39.
6. Исакова Т. Г. Диагностика, лечение и профилактика гальваноза при хроническом гастрите у лиц пожилого и старческого возраста: автореферат дис. на здобуття наук. ступеня кандидата мед. наук. - Исакова Т. Г. – 2007. – 39 с.
7. Тимофеев А. А. Особенности диагностики, клинического течения и лечения пациентов с металлическими включениями в полости рта / А. А. Тимофеев // Современная стоматология. – 2006. – №1. – С.106-110.
8. Хавалкіна Л. М. Гальваноз: утруднення в діагностиці / Л. М. Хавалкіна, І. І. Остапченко, Ю. В. Сенчакович // Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник УМСА. – Полтава, - 2006. – Т.6, Вип 3. – С. 68-73.

Реферати

ГАЛЬВАНОЗ, ЕГО ПРОЯВЛЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА, ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

Скрипникова Т.П., Хавалкіна Л.М., Иленко Н.Н.

Цель исследования - повышение уровня диагностики, эффективности лечения и профилактики больных с проявлениями гальваноза в полости рта. Обследовано 32 больных с металлическими включениями в полости рта (металлические коронки, амальгамовые пломбы, штифты) в возрасте от 25 до 68 лет. У всех пациентов, обратившихся за помощью, при измерении разности потенциалов металлических включений, было выявлено повышение потенциометрических показателей. Лечение больных гальванозом, в первую очередь, направлено на устранение причин основного заболевания и симптомов сопутствующей патологии. Разработан комплекс профилактических мероприятий.

Ключевые слова: гальваноз, разность потенциалов металлических включений.

Стаття надійшла 21.02.2014 р.

GALVANOSIS, ITS MANIFESTATIONS IN THE ORAL CAVITY, ESPECIALLY INSPECTIONS PATIENTS, PRINCIPLES OF TREATMENT AND PREVENTION

Skripnikova T.P., Havalkina L.M. Penko N.N.

The purpose of research - improving diagnosis, prevention and treatment effectiveness in patients with manifestations galvanosis in the mouth. We examined 32 patients with metallic inclusions in the oral cavity (metal crowns, amalgam fillings, pins) aged 25 to 68 years. All patients seeking help, when measuring the potential difference of metallic impurities were detected increase potentiometric indicators. Treatment of patients galvanosis, primarily aimed at addressing the causes and symptoms of the underlying disease comorbidity. A complex of preventive measures.

Key words: galvanosis difference potentials metallic inclusions.

Рецензент Ткаченко П.І.

УДК 616.31:618.19-006.6+616-083.

І. С. Сухіна, І. І. Соколова, Л. Г. Данько

Харківський національний медичний університет, ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва Національної Академії медичних наук України», м. Харків

ЧАСТОТА ПРОЯВІВ СТОМАТОТОКСИЧНОСТІ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ІІІ ЦИКЛУ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Проведено вивчення впливу профілактичних гігієнічних заходів на прояв побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота на підставі оцінювання даних опитування пацієнток і вивчення стану слизової оболонки ротової порожнини пацієнток під час проведення ІІІ циклу поліхіміотерапії.

Усі онкологічні хворі, які брали участь у клінічному дослідженні, були розділені на дві групи. До груп 1 і 2 входило 26 та 63 пацієнтки відповідно, хворих на РМЗ Т₁№0М₀ – Т₂№1М₀ стадій. В обох групах вік пацієнток коливався в діапазоні від 32 до 76 років. Пацієнтки групи 1 лише чистили зуби 1 раз/добу будь-якими зубними пастами або зовсім не застосовували гігієнічні засоби. Пацієнтки групи 2 під час проведення всього циклу ПХТ дотримувалися розробленого нами комплексу профілактичних гігієнічних заходів. Третій цикл ПХТ у хворих на РМЗ суттєво впливає на стан органів ротової порожнини – у 92,3 % пацієнток групи 1 виявлено ознаки побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота: хейліт – 69,2 %, мукозит – 73,0 %, дисфункція слинних залоз – 53,8 %. Розроблений нами та застосований в групі порівняння комплекс профілактичних гігієнічних заходів вірогідно знижує частоту патологічних проявів в порожнині рота у пацієнток групи 2 до 66,7 %: хейліт – 7,9 %, мукозит – 50,8 %. Але він не впливає на частоту виникнення дисфункції слинних залоз – 58,7 %. Отримані нами дані свідчать про необхідність подальшого вдосконалення методів гігієни у даного контингенту хворих під час проведення ПХТ.

Ключові слова: рак молочної залози, ротова порожнина, мукозит, хіміотерапія, профілактичні гігієнічні заходи.

Робота є фрагментом НДР «Удосконалення та розробка нових індивідуалізованих методів діагностики та лікування стоматологічних захворювань у дітей та дорослих», № держ. реєстрації 0112U002382.

Останнім часом відмічався зріст частоти онкологічної захворюваності, у тому числі на рак молочної залози (РМЗ). Щороку більше 1,15 млн жінок у всьому світі захворюють на РМЗ, який складає майже чверть усіх злоякісних пухлин у жінок [8].

У сучасній онкології хіміотерапія (ХТ) є одним з найважливіших компонентів лікування хворих

поряд з хірургічними методами і променевою терапією. Однак застосування протипухлинних препаратів часто супроводжується розвитком побічних реакцій [1, 2].

Запалення слизової оболонки шлунково-кишкового тракту – оральний/аліментарний мукозит – зайняв одну з перших позицій у переліку побічних реакцій цитостатичної терапії, який значно скоротився впродовж останніх років [6].

Стоматити виникають, як результат прямої пошкоджуючої дії цитостатиків і продуктів їх розпаду на інтенсивно проліферуючі клітини слизової оболонки порожнини рота (СОПР) (зазвичай в терміни від 5 до 16 днів після початку ХТ) і тривають 10-14 днів після завершення циклу. Факторами, що сприяють розвитку мукозита в порожнині рота і його тривалості, є початковий стан місцевої мікрофлори (недостатні гігієнічні заходи), блювота (подрознююча дія шлункового соку), токсична нейтропенія (абсолютне число нейтрофілів < 1000 1 мм³); на протіканні даного ускладнення несприятливо позначаються також літній вік, кахексія, порушення вуглеводного (цукровий діабет) та ліпідного (ожиріння) обміну, функціонального стану печінки, нирок, гіпо- і диспротеїнемія [1, 7].

Ефективність лікування полягає не тільки в отриманні позитивних, але і в зниженні рівня негативних ефектів проведення цитостатичної терапії [3]. Існують клінічні рекомендації, засновані на результатах дослідження 14 робочих груп, де підкреслювався брак якісних наукових публікацій з даної проблеми, відповідних вимогам доказової медицини і лише невітшно низький відсоток практикуючих лікарів став їх використовувати у своїй практиці [5].

Метою роботи було вивчення впливу профілактичних гігієнічних заходів на прояв побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота на підставі оцінювання даних опитування пацієнток і вивчення стану слизової оболонки та органів порожнини рота пацієнток, яким проводили ІІІ цикл поліхіміотерапії (ПХТ).

Матеріал та методи дослідження. В основу даного дослідження покладено власні клінічні спостереження за 89 пацієнтками, хворими на рак молочної залози (РМЗ), яким в клініці ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва Національної Академії медичних наук України», м. Харкова за період з 11.2010 по 12.2013 року було проведено комплексне лікування даної патології. Для достовірності результатів проведеного дослідження взята однорідна група пацієнтів: тільки жінки зі злоякісним захворюванням молочної залози, які отримували комбіноване лікування – радикальна мастектомія за Мадденом та променева терапія, і 2 цикли ад'ювантної ПХТ відповідно міжнародним стандартам за однаковою схемою [4].

У всіх хворих діагноз РМЗ був верифікований морфологічно. Онкологічні хворі, які брали участь у клінічному дослідженні, були розділені на дві групи. Пацієнтки групи 1 лише чистили зуби 1 раз/добу будь-якими зубними пастами або зовсім не застосовували гігієнічні засоби. Пацієнтки групи 2 під час проведення всього циклу ПХТ дотримувалися розробленого нами комплексу профілактичних гігієнічних заходів. До групи 1 входило 26 пацієнток, хворих на РМЗ T₁N₀M₀ – T₂N₁M₀ стадій, вік яких коливався в діапазоні від 35 до 72 років. Середній вік склав (54,1 ± 9,2) року. Медіана віку дорівнювала 55,5 року. До групи 2 було включено 63 пацієнтки, хворих на РМЗ T₁N₀M₀ – T₂N₁M₀ стадій, вік яких коливався в діапазоні від 34 до 76 років. Середній вік склав (55,9 ± 1,1) року. Медіана віку дорівнювала 58,0 років.

Обстеження пацієнток проводили перед початком і в кінці ІІІ циклу ПХТ за загальноприйнятою схемою: опитування, огляд, перкусія, пальпація, термодіагностика та параклінічні методи обстеження. Стан слизової оболонки порожнини рота оцінювали на підставі огляду, звертаючи увагу на ступінь її зволоження, наявність гіперемії, нальотів, а також інших елементів ураження.

Прояв побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота оцінювали також на підставі даних опитування пацієнток. Нами були розроблені і роздані анкети всім пацієнткам, в яких детально відзначалися скарги протягом ІІІ циклу ПХТ.

Отримані дані вносилися у спеціально розроблену уніфіковану карту і в подальшому використовувалися для статистичного аналізу. Статистична обробка отриманого матеріалу проводилася за допомогою пакета програм STATISTICA.

Результати дослідження та їх обговорення. Під час проведення ІІІ циклу ПХТ 24 (92,3 %) з 26 пацієнток групи 1, і 48 (76,1 %) з 63 пацієнток групи 2 мали різні скарги.

При порівнянні частоти виникнення і характеру скарг у пацієнток обох груп на ІІІ циклі ПХТ було виявлено (рис.1), що частота скарг на сухість в порожнині рота і спрагу збільшувалася з 37,5 до 75,0 % (p<0,05), і з 50,0 до 60,4 % (p>0,05) відповідно.

Скарги на наявність виразок в порожнині рота в групі 2 знизилась з 33,3 до 10,4 % (p<0,05), печіння кінчика язика – з 12,5 до 6,3 % (p>0,05), наявність тріщин в куточках рота – з 37,5 до 4,2 % (p<0,05), сухість губ – з 54,1 до 6,3 % (p<0,05), запалення СОПР – з 16,7 до 12,5 % (p>0,05), запалення і кровоточивість ясен – з 29,1 до 10,4 % (p<0,05), набряклість тканин порожнини рота – з 25,0 до 6,3 % (p<0,05), піноподібна слина – з 29,1 до 4,2 % (p<0,05), зміну смакових відчуттів – з 79,1 і 54,2 % (p<0,05), зниження апетиту – з 70,8 до 45,9 % (p<0,05). Слід зазначити, що у групах порівняння не було виявлено відмінностей при скаргі на печіння всього язика – 12,5 % (p>0,05) у групі 1 і 2 відповідно.

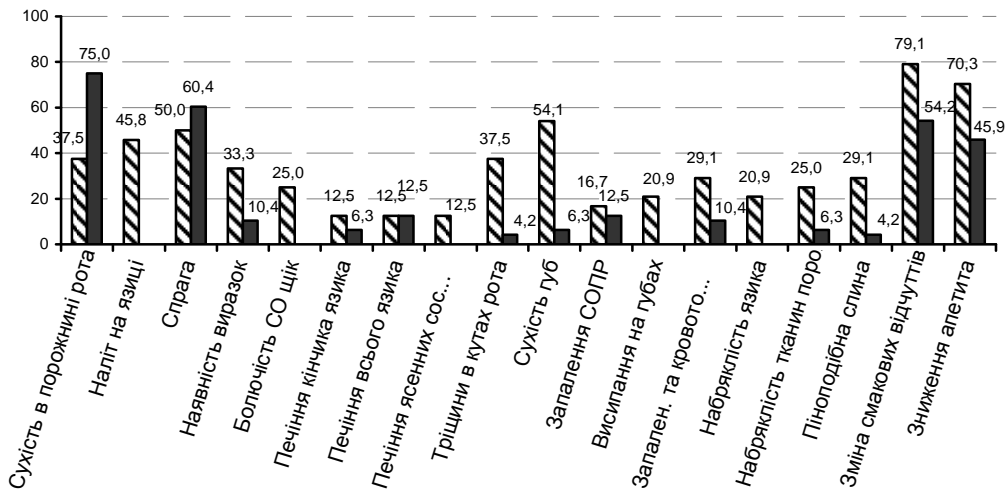


Рис. 1. Скарги пацієнок під час проведення III циклу ПХТ.

Проведення III циклу ПХТ не супроводжувалося наявністю скарг на висипання на губах, болючість СО щік, набряклість язика, наліт на язичці, печіння ясенних сосочків. Під час об'єктивного дослідження у 24 пацієнок групи 1 і 42 пацієнок групи 2 виявлено: сухість губ – у 13 (54,1) і 3 (6,3 %) пацієнок ($p < 0,05$), в області кутів рота – тріщини на тлі гіперемованої слизової – у 9 (37,5) і 2 (4,8 %) ($p < 0,05$), наявність поодиноких виразок – у 8 (33,3%) і 5 (10,4 %) ($p < 0,05$), тотальна гіперемія і набряклість СОПР – у 7 (29,1 %) і 6 (12,5 %) пацієнок. Також у групі 2 виявлено набряклість тканин порожнини рота – у 3 (6,3 %) та кровоточивість ясенного краю при доторканні інструментом у 5 (10,4 %), що не було виявлено у групі 1. Інших проявів побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота виявлено не було.

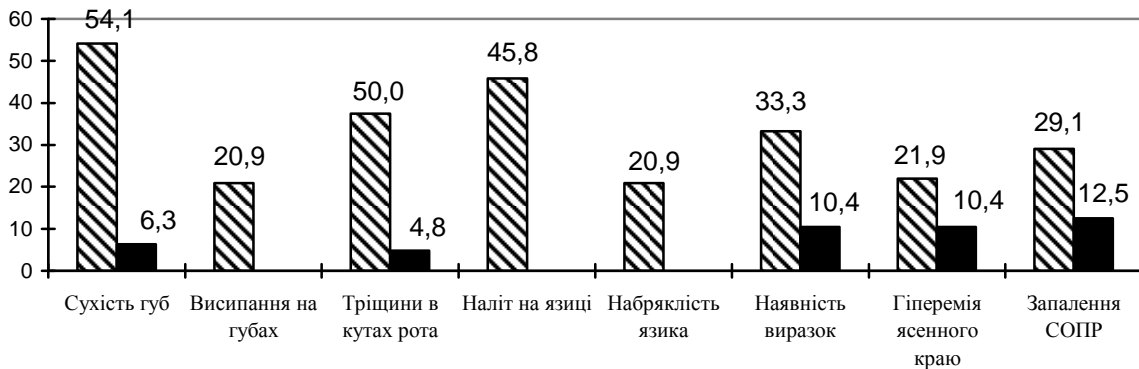


Рис. 2. Об'єктивні показники побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота у пацієнок груп 1 і 2 під час проведення III циклу ПХТ.

При огляді 2 пацієнок групи 1, які не мали скарг, на момент закінчення II циклу ПХТ – стан органів ротової порожнини не відрізнявся від початкового. При огляді 15 пацієнок групи 2, які не мали скарг, на момент закінчення III циклу ПХТ тільки у 2 пацієнок було виявлено білястий наліт на спинці язика, що не знімається при пошкрібуванні інструментом, у решти – стан органів ротової порожнини не відрізнявся від початкового.

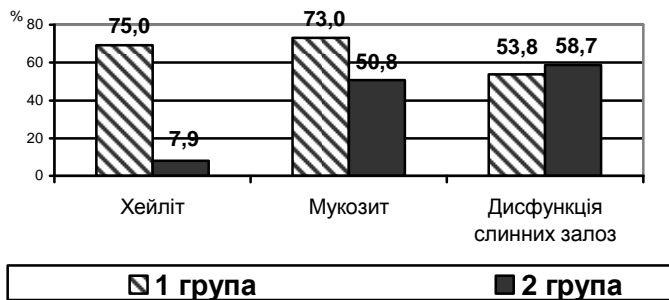


Рис. 3. Порівняльний аналіз побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота в групах 1 і 2 під час проведення III циклу ПХТ.

Таким чином, у хворих на рак молочної залози проведення профілактичних гігієнічних заходів під час проведення III циклу ПХТ в 7,9% (у 5 з 63 пацієнок) супроводжувалося розвитком хейліту (сухість губ, тріщини в куточках рота), в 50,8% (у 32 з 63 пацієнок) – мукозиту (запалення СОПР, запалення і кровоточивість ясен, набряклість тканин порожнини рота, наявність ерозивних елементів) різного ступеня тяжкості (I - II ст.), і в 58,7 % (у 37 з 63 пацієнок) – дисфункцією слинних залоз (сухість в порожнині рота, спрага, наявність піноподібної слини) (рис. 3).

При порівняльному аналізі патологічних проявів в порожнині рота виявлено, що у групі 2 застосування профілактичних гігієнічних заходів сприяє достовірному зниженню частоти виникнення хейлітів в 8,8 разу, мукозитів – в 1,4 разу, але рівень виникнення дисфункції слинних залоз достовірно не змінився. Аналізуючи отримані нами дані можна зробити висновок, що застосування розробленого нами комплексу профілактичних гігієнічних заходів сприяє достовірному зниженню проявів побічної дії ПХТ в порожнині рота.

Висновки

1. Третій цикл ПХТ у хворих на РМЗ суттєво впливає на стан органів ротової порожнини: у 92,3 % пацієнток групи 1 виявлено ознаки побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота: хейліт – в 69,2 %, мукозит – 73,0 %, дисфункція слинних залоз – 53,8 %.
2. Розроблений нами та застосований в групі порівняння комплекс профілактичних гігієнічних заходів вірогідно знижує частоту патологічних проявів в порожнині рота у пацієнток 2 групи до 66,7 %: хейліт – 7,9 %, мукозит – 50,8 %. Але не впливає на частоту виникнення дисфункції слинних залоз – 58,7 %.
3. Отримані нами дані свідчать про необхідність подальшого вдосконалення методів гігієни у даного контингенту хворих під час проведення ПХТ.

Перспективи подальших досліджень. Перспективність даного дослідження полягає в тому, що вивчення особливостей стану слизової оболонки ротової порожнини і зуб у пацієнток, хворих на рак молочної залози, а також ефективність застосування розробленого нами комплексу превентивних заходів дозволить розробити комплекс патогенетично обумовлених терапевтичних заходів, спрямованих на зниження побічної дії ПХТ в порожнині рота.

Список літератури

1. Казюлин А.Н. Факторы риска и частота токсического поражения желудочно-кишечного тракта при проведении противоопухолевой химиотерапии рака молочной железы / А.Н. Казюлин, Ю.А. Кучерявый, Е.В. Гайдамак [и др.] – 2008. – URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/3980/> (дата обращения: 17.08.2013).
2. Миямото Кертис Т. Возможно ли снизить уровень заболеваемости и тяжести Орального мукозита / Кертис Т. Миямото // Touch Briefings. – 2007. Philadelphia, USA. – С. 18–21
3. Нуриева Н.С. Стоматологические осложнения, возникающие после проведения комплексного лечения злокачественных образований полости рта и глотки. / Н.С. Нуриева. // Стоматология. – 2012. – С. 35–39.
4. Переводчикова Н.И. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний / Н. И. Переводчикова. – М.: Практическая медицина. -2005. – 704 с.
5. Поливиченко Е.В. Алиментарные мукозиты онкологических больных: новые пути нутритивной поддержки / Е.В. Поливиченко // Лечащий врач: журнал практикующего врача. – 2009. – № 8. – С. 81–83.
6. Попруженко Т.В. Химиотерапевтический оральный мукозит: патобиология, лечение, профилактика. / Т.В. Попруженко, Т.Д. Углова, С.П. Борис. // Теория – практике. Стоматолог Инфо. – Харьков. – 2013. – № 3. – С. 14–20.
7. Телетаева Г.М. Профилактика и лечение желудочно-кишечных осложнений лекарственной терапии (тошнота и рвота, мукозиты, диарея) / Г.М. Телетаева // Практическая онкология. – 2009 – Т. 10, № 3. – С. 162–164.
8. Федоренко З. П. Бюлетень Національного канцер-реєстру України / З.П. Федоренко. – К.: - 2011. – № 12. – 61 с.

Реферати

ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЙ СТОМАТОТОКСИЧНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ III ЦИКЛА ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сухина И.С., Соколова И.И., Ланько Л.Г.

Проведено изучение влияния профилактических гигиенических мероприятий на проявление побочного действия цитостатического лечения в полости рта на основании оценки данных опроса пациенток и изучения состояния слизистой оболочки ротовой полости пациенток при проведении III цикла полихимиотерапии. Все онкологические больные, которые принимали участие в клиническом исследовании, были разделены на две группы. В группы 1 и 2 входило 26 и 63 пациентки соответственно, больных РМЖ T₁N₀M₀ – T₂N₁M₀ стадий. В обеих группах возраст пациентов колебался в диапазоне от 32 до 76 лет.

Пациентки группы 1 только чистили зубы 1 раз/сутки любыми зубными пастами или вообще не применяли гигиенические средства. Пациентки группы 2 во время проведения всего цикла ПХТ придерживались разработанного нами комплекса профилактических гигиенических мероприятий. Третий цикл ПХТ у больных РМЖ существенно влияет на состояние органов полости рта – у 92,3 % пациенток группы 1 обнаружены признаки побочного действия цитостатического лечения в полости рта: хейлит – 69,2 %, мукозит – 73,0 %, дисфункция слюнных желез – 53,8 %. Разработанный нами и использованный в группе сравнения комплекс профилактических

INCIDENCE OF DENTAL TOXICITY DURING THE III CYCLE OF CHEMOTHERAPY IN BREAST CANCER PATIENTS

Sukhina I.S., Sokolova I.I., Lan'ko L.G.

The study was focused on the impact of the preventive hygiene measures on the manifestation of the side effects of cytostatic treatment in the oral cavity based on the evaluation of the survey data of patients and the exploration of the oral mucosa status of patients in the course of the III cycle of chemotherapy. All participants of the clinical study were divided into two groups. Groups 1 and 2 of breast cancer patients with T₁N₀M₀ – T₂N₁M₀ stage included 26 and 63 patients, respectively. The age of the patients ranged from 32 to 76 years in both groups.

Patients in Group 1 only brushed their teeth 1 time/day with any toothpaste, or didn't use any hygiene products at all. During the entire cycle of chemotherapy, Group 2 patients complied with a set of preventive hygiene measures, developed by us. Third cycle of chemotherapy in breast cancer patients significantly affects the condition of the oral cavity – 92.3 % of patients in group 1 showed signs of the side effects of cytostatic treatment in the oral cavity: cheilitis – 69.2 %, mucositis – 73.0 %, salivary gland dysfunction – 53.8 %. The set of preventive hygiene measures developed by us was used in the comparison group to significantly

гигиенических мероприятий достоверно снижает частоту патологических проявлений в полости рта у пациенток группы 2 до 66,7 %: хейлит – 7,9 %, мукозит – 50,8 %. Но он не оказывает влияния на частоту возникновения дисфункции слюнных желез – 58,7 %. Полученные нами данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования методов гигиены у данного контингента больных при проведении ПХТ.

Ключевые слова: рак молочной железы, ротовая полость, химиотерапия, профилактические гигиенические мероприятия.

Стаття надійшла 21.02.2014 р.

reduce the incidence of pathological manifestations in the oral cavity in group 2 patients to 66.7 %: cheilitis – 7.9 %, mucositis – 50.8 %. But it has no effect on the incidence of salivary gland dysfunction – 58.7 %. The data we obtained indicates the present need for further improvement of hygiene methods in this group of patients during chemotherapy.

Key words: breast cancer, oral cavity, chemotherapy, preventive hygiene measures.

Рецензент Ковальов С.В.

УДК 616.316.5-002.1-053.3/5:615

П. І. Ткаченко, Н. М. Лохматова, Н. М. Коротич
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Подгара

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ПАРЕНХІМАТОЗНОГО ПАРОТИТУ У ДІТЕЙ

В представленій до публікації статті наведено узагальнення результатів по вивченню клінічних характеристик загострення хронічного паренхіматозного паротиту у дітей при його неактивному перебізі. Прослідковано динамічні зміни клітинного складу паротидного секрету в порівняльному аспекті в залежності від форми препарату, що застосовувався для інстиляції в протокову систему.

Ключові слова: діти, хронічний паренхіматозний паротит, лізомукоїд.

В патогенезі хронічного запалення привушних залоз значну роль відіграє зменшення продукції паротидного секрету і поява в ньому клітин запального ряду, затримка його евакуації, що може бути обумовлено наявністю супутніх соматичних захворювань, порушенням іннервації, гормональною дисрегуляцією і т. п. Це сприяє накопиченню в системі проток «білкових пробок», порушення обміну мінеральних елементів, ферментів, гормонів. В свою чергу, пригнічення секреції обумовлює порушення процесів травлення, погіршується гігієнічний стан порожнини рота, що збільшує можливість активізації штабів мікроорганізмів вегетуючих в порожнині рота і попаданню їх через систему протоків в паренхіму залози [1, 2, 3, 4, 6, 10, 14].

Більшість дослідників вважають, що вираженість клінічних проявів загострення має прямий зв'язок з фагоцитарною активністю гранулоцитів, що знаходяться в секреті привушних залоз. Зокрема, мова йде про зменшення їх фагоцитарної активності та фагоцитарного індексу. В свою чергу, антигени мікробної флори мають здатність додатково викликати підвищений хемотаксис лейкоцитів. Тим паче, що виражена недостатність фагоцитарної активності у дітей супроводжується незавершеним фагоцитозом [9, 11, 12]. З метою диференціальної діагностики, встановлення нозологічної форми захворювання, оцінки динаміки патологічного процесу та визначення ефективності лікування в повсякденній клінічній практиці досить широко звертаються до визначення клітинного складу паротидного секрету [11, 12, 13].

В період загострення захворювання більшість авторів рекомендують симптоматичне лікування, яке включає антибактеріальні, гіпосенсибілізуючі, загальнозміцнюючі, імунокорегуючі препарати. Досить велике значення відводиться місцевому медикаментозному лікуванню. Проводять бужування проток, інстиляції розчинів антибіотиків, ферментів, бактеріофагів та інш. [5, 7, 9, 11, 12].

Однак дослідженнями встановлено, що багатьом із них притаманні побічні ефекти та імуносупресивні властивості, які обумовлені їх прямою дією на імунокомпетентні клітини. Особливо цей вплив виражений на систему, яка регулює рівень лізоциму. Ось чому клінічні спостереження вказують на те, що застосування багатьох препаратів для лікування запальних захворювань великих слинних залоз не завжди призводить до бажаного терапевтичного ефекту [9, 11, 12]. Тому для підвищення ефективності лікування гострих сіалоаденітів і загострень хронічних останнім часом рекомендують застосовувати біологічно активні і поверхнево активні засоби, в тому числі і лізоцим [8, 12, 13].

Метою роботи було вивчення ефективності внутрішньопотокового введення лізомукоїду в комплексному лікуванні дітей із загостренням хронічного паренхіматозного паротиту з неактивним перебігом.

Матеріал та методи дослідження. Нами було обстежено 21 дитину віком від 2 до 14 років в період загострення паротиту. До складу досліджень увійшли загально клінічні та приватні методи дослідження. Зокрема, вивчали клітинний склад паротидного секрету в розрахунок на одне поле зору, а для порівняння змін в структурі привушних слинних залоз проводили діагностичне ультразвукове дослідження у всіх хворих та 10 практично здорових дітей того ж віку [12].

Крім класичного варіанту лікувальних заходів додатково щоденно проводили інстиляції в протокову систему лізомукоїду протягом 5 днів з порівнянням кількості клітин в паротидному секреті з