

*Chronic mechanical injuries can be more often observed in men than in women. The insufficient oral hygiene level in the patients with a chronic mechanical injury of the oral mucosa contributes to and negatively influences the clinical course of the oral mucosa inflammatory and destructive diseases of traumatic nature.*

**Key words:** *chronic mechanical trauma, oral mucosa.*

Стаття надійшла до редакції 12.05.2014 р.

Горай Марина Антонівна - к. мед. н., асистент кафедри терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова; +38 063 390-53-30

© Кулигіна В.М., Стремчук М.В.

УДК: 616.317-002-08-053.3:616-084

**Кулигіна В.М.<sup>1</sup>, Стремчук М. В.**

<sup>1</sup>Кафедра терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018); дитячий лікар-стоматолог Хмельницької міської об'єднаної стоматологічної поліклініки (вул. Прибузька, 18, м. Хмельницький, 29001, Україна)

## ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ МАЛИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ НИЖНЬОЇ ГУБИ У ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ ТА ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ХЕЙЛІТ У РІЗНІ ВІКОВІ ПЕРІОДИ

**Резюме.** Проведено дослідження функціональної активності малих слинних залоз у 65 здорових дітей та 61 хворого на atopічний хейліт у різні вікові періоди: раннє дитинство (1-3 роки), перше та друге дитинство (відповідно 4-7 і 8-12 років) і підлітковий вік (13-16 років). У дітей з atopічним хейлітом встановлено зменшення кількості малих слинних залоз у всіх вікових категоріях порівняно з відповідними групами здорових дітей. У 85,2% дітей з atopічним хейлітом виявили різке зниження, а у 14,8% - посилення секреторної активності малих слинних залоз. Посилення секреторної активності малих слинних залоз у дітей з важким перебігом atopічного хейліту є підтвердженням взаємозв'язку між функціональним станом малих слинних залоз нижньої губи та ступенем залучення червоної кайми губ у патологічний процес.

**Ключові слова:** atopічний хейліт, малі слинні залози, функціональна активність, діти у різні вікові періоди.

### Вступ

Малі слинні залози є специфічними "бар'єрними" структурами порожнини рота, оскільки відіграють важливу роль у формуванні місцевого гуморального імунітету [Горбатова, 1997]. Однією з функцій малих слинних залоз є здатність продукувати антигени для клітинних структур, залучених в імунну відповідь [Горбатова, 2006]. Доведено, що 70,3% секреторного IgA припадає на долю малих слинних залоз. Локалізуючись майже на всьому протязі слизової оболонки порожнини рота, малі слинні залози не можуть залишатися не залученими у патологічні процеси даної ділянки. Їм належить суттєва роль в ініціації запальних процесів на слизовій оболонці [Гаубеншток, 1992]. Малі слинні залози у поєднанні з лімфоїдними утвореннями є важливою ланкою компенсаторно-захисної функції слизової оболонки порожнини рота у підтриманні її гомеостазу [Горбатова, 1997; Тимофеев и др., 2011]. Тому можна припустити, що зміна секреторної активності малих слинних залоз значною мірою впливатиме на характер та особливості перебігу atopічного хейліту, розвиток якого пов'язаний з імунологічними механізмами.

Метою дослідження є визначення функціональної активності малих слинних залоз слизової оболонки нижньої губи у здорових дітей та хворих на atopічний хейліт у різні вікові періоди.

### Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети проведено обсте-

ження 61 дитини з atopічним хейлітом у різні вікові періоди (9 дітей - групи раннього дитинства - 1-3 років, 17 дітей - групи першого дитинства - 4-7 років, 17 дітей - другого дитинства - 8-12 років, 18 дітей - підліткового віку - 13-16 років). 65 здорових дітей аналогічного вікового періоду склали групу контролю (відповідно 8, 19, 21 і 17 осіб).

Функціональну активність малих слинних залоз досліджували за методикою Яковлевої В.І. (1980) [Яковлева, 1985], яка передбачає зважування фільтрувального паперу певної маси до і після дослідження. В процесі виконання дослідження використовували фільтрувальний папір спеціального призначення марки "MN 224" ("Macherey-Nagel", Німеччина) та лабораторні ваги "RADWAG AS 60/220/C" (Польща). У зв'язку з меншими розмірами присінка порожнини рота та слизової оболонки нижньої губи у дітей порівняно з дорослими середню кількість функціонуючих малих слинних залоз визначали на ділянці слизової оболонки нижньої губи площею 1 см<sup>2</sup> (за методикою автора - 4 см<sup>2</sup>). Для цього на слизовій оболонці нижньої губи, пофарбованої 1% водним розчином метиленового синього, в межах рамки 1x1 см шляхом візуального підрахунку визначали кількість функціонуючих малих слинних залоз (рис. 1).

Секреторну функцію малої слинної залози оцінювали за наступною методикою: попередньо зважений фільтрувальний папірець розміром 1x1 см укладали на слизову оболонку нижньої губи на одну хвилину з



**Рис. 1.** Дитина Р., 12 років, практично здорова. Визначення кількості функціонуючих малих слинних залоз: на слизовій оболонці нижньої губи, пофарбованої 1% водним розчином метиленового синього, в межах рамки 1x1 см чітко візуалізуються вивідні протоки малих слинних залоз.

наступним зважуванням. Отриману різницю у вазі ділили на кількість виявлених в обстежуваного дрібних слинних залоз.

Статистичну обробку отриманих результатів здійснювали за допомогою критерію Ст'юдента, при цьому достовірними вважали відмінності при  $p < 0,05$ .

### Результати. Обговорення

Результати дослідження функціональної активності малих слинних залоз у практично здорових дітей контрольної групи виявили певні достовірні відмінності у показниках в залежності від віку дитини (табл. 1).

Згідно із зазначеними даними, кількість малих слинних залоз на 1 см<sup>2</sup> слизової оболонки нижньої губи мала стійку тенденцію до зниження з раннього дитинства до підліткового віку з високим ступенем імовірності різниці показників між групами обстежених дітей ( $p_2, p_3, p_4, p_5 < 0,001$ ). Водночас кількість секрету, виділеного однією залозою, збільшувалась. При цьому статистично значима різниця показників встановлена між групами дітей "раннє дитинство - друге дитинство" ( $p_2 < 0,05$ ), "раннє дитинство - підлітковий вік" ( $p_3 < 0,01$ ), "перше дитинство - підлітковий вік" ( $p_5 < 0,01$ ). Решта показників хоча й різнилась між собою, при їх порівнянні статистично значимої різниці, допустимої в медичних дослідженнях, не встановлено ( $p_1, p_4, p_6 > 0,05$ ). За нашими підрахунками у дітей віком 1-3 роки кількість малих слинних залоз слизової оболонки нижньої губи на площі 1см<sup>2</sup> становила 9,38±0,31 шт., а кількість секрету, що виділяється однією малою слинною залозою за 1 хв, - 5,89±0,32x10<sup>-4</sup> г. У дітей віком 4-7 років кількість малих слинних залоз на ділянці слизової оболонки площею 1см<sup>2</sup> складала 9,21±0,26 шт., а секреторна активність 1

малої слинної залози - 5,95±0,55x10<sup>-4</sup> г/хв. У віковій групі 8-12 років кількість малих слинних залоз на 1см<sup>2</sup> становила 6,95±0,29 шт., а кількість секрету, що виділяється за 1 хв однією малою слинною залозою, - 7,36±0,56x10<sup>-4</sup> г. Кількість малих слинних залоз на 1см<sup>2</sup> площі слизової оболонки у дітей 13-16 років складала 6,65±0,2 шт., а їхня секреторна активність - 7,91±0,38x10<sup>-4</sup> г/хв.

Отже, при аналізі секреторної активності малих слинних залоз спостерігали зворотну залежність - збільшення з віком кількості секрету, що виділяється однією малою слинною залозою за одиницю часу, але різниця цих показників не завжди мала високий ступінь достовірності.

Таким чином, при дослідженні функціональної активності малих слинних залоз у здорових дітей контрольної групи спостерігається тенденція до зменшення кількості функціонуючих малих слинних залоз та збільшення їх секреторної активності з віком. На нашу думку, такий характер змін кількості малих слинних залоз на слизовій оболонці нижньої губи та їхньої секреторної у віковому аспекті вказує на компенсаторний механізм реакції на зовнішні подразники та спосіб підтримки гомеостазу шкірою, червоною каймою губ і слизовою оболонкою, обумовлених морфологічними і функціональними властивостями та зрілістю тканин.

Результати дослідження функціональної активності малих слинних залоз у дітей, хворих на atopічний хейліт, були неоднозначними: у більшості обстежених спостерігали помітне зниження секреторної слини малими слинними залозами, тоді як у певній незначній частині пацієнтів - чітко виражене її посилення.

Зокрема у 85,2% обстежених дітей з atopічним хейлітом (52 дитини) виявили різке зниження секреторної активності малих слинних залоз за одиницю часу порівняно з аналогічними показниками контрольної групи (табл. 2).

Так, у дітей 1-3 років кількість секрету, виділеного однією малою слинною залозою за 1 хв, становила 2,82±0,44x10<sup>-4</sup> г/хв. У віковій групі 4-7 років цей показник склав 2,54±0,19x10<sup>-4</sup> г/хв, а у віці 8-12 років - 3,23±0,3x10<sup>-4</sup> г/хв. У дітей 13-16 років секреторна активність однієї малої слинної залози становила 3,53±0,24x10<sup>-4</sup> г/хв. Зазначені дані з високим ступенем вірогідності ( $p < 0,001$ ) є значно меншими за відповідні показники у дітей контрольної групи, що свідчить про істотне зниження секреторної активності малих слинних залоз у дітей з atopічним хейлітом. Як показали результати дослідження кількості малих слинних залоз у вказаній групі дітей, у віці 1-3 років кількість малих слинних залоз на 1 см<sup>2</sup> площі слизової оболонки нижньої губи становила 6,89±0,26, у дітей 4-7 років вона коливалась в межах від 7 до 9 (середньостатистичне значення - 7,92±0,22). У віці 8-12 років кількість малих слинних залоз на одиницю площі складала 6,21±0,19, а у підлітків 13-16 років - 7,35±0,16 (табл. 2). При аналізі результатів дослідження малих слинних залоз у дітей з

**Таблиця 1.** Показники дослідження секреції слини малими слинними залозами нижньої губи у здорових дітей контрольної групи.

Показники дослідження	Вікові категорії дітей			
	I	II	III	IV
	Раннє дитинство (1-3 роки) n=8	Перше дитинство (4-7 років) n=19	Друге дитинство (8-12 років) n=21	Підлітковий вік (13-16 років) n=17
Кількість малих слинних залоз (в шт. на 1 см <sup>2</sup> )	9,38±0,31	9,21±0,26	6,95±0,29	6,65±0,2
p	p <sub>1</sub> ≤0,05	p <sub>4</sub> <0,001	p <sub>6</sub> >0,05	
	p <sub>2</sub> <0,001	p <sub>5</sub> <0,001		
	p <sub>3</sub> <0,001			
Кількість секрету, виділеного однією малою слинною залозою (в г/хв. x10 <sup>-4</sup> )	5,89±0,32	5,95±0,55	7,36±0,56	7,91±0,38
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>4</sub> >0,05	p <sub>6</sub> >0,05	
	p <sub>2</sub> <0,05	p <sub>5</sub> <0,01		
	p <sub>3</sub> <0,01			

**Примітки:** p<sub>1</sub> - достовірність різниці значень між показниками дітей 1-3 років та 4-7 років; p<sub>2</sub> - достовірність різниці значень між показниками дітей 1-3 років та 8-12 років; p<sub>3</sub> - достовірність різниці значень між показниками дітей 1-3 років та 13-16 років; p<sub>4</sub> - достовірність різниці значень між показниками дітей 4-7 років та 8-12 років; p<sub>5</sub> - достовірність різниці значень між показниками дітей 4-7 років та 13-16 років; p<sub>6</sub> - достовірність різниці значень між показниками дітей 8-12 років та 13-16 років.

**Таблиця 2.** Показники дослідження секреції слини малими слинними залозами нижньої губи у дітей з atopічним хейлітом (знижена секреція).

Показники дослідження	Вікові категорії дітей			
	I	II	III	IV
	Раннє дитинство (1-3 роки) n=8	Перше дитинство (4-7 років) n=19	Друге дитинство (8-12 років) n=21	Підлітковий вік (13-16 років) n=17
Кількість малих слинних залоз (в шт. на 1 см <sup>2</sup> )	6,89±0,26	7,92±0,22	6,21±0,19	7,35±0,16
p	p <sub>1</sub> <0,01	p <sub>4</sub> <0,001	p <sub>6</sub> <0,001	
	p <sub>2</sub> <0,05	p <sub>5</sub> <0,05		
	p <sub>3</sub> >0,05			
Кількість секрету, виділеного однією малою слинною залозою (в г/хв. x10 <sup>-4</sup> )	2,82±0,44	2,54±0,19	3,23±0,3	3,53±0,24
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>4</sub> <0,05	p <sub>6</sub> >0,05	
	p <sub>2</sub> >0,05	p <sub>5</sub> <0,01		
	p <sub>3</sub> >0,05			

**Примітки:** p<sub>1</sub> - достовірність різниці значень між показниками дітей 1-3 років та 4-7 років; p<sub>2</sub> - достовірність різниці значень між показниками дітей 1-3 років та 8-12 років; p<sub>3</sub> - достовірність різниці значень між показниками дітей 1-3 років та 13-16 років; p<sub>4</sub> - достовірність різниці значень між показниками дітей 4-7 років та 8-12 років; p<sub>5</sub> - достовірність різниці значень між показниками дітей 4-7 років та 13-16 років; p<sub>6</sub> - достовірність різниці значень між показниками дітей 8-12 років та 13-16 років.

atopічним хейлітом різних вікових категорій з'ясувалося, що загальна тенденція щодо зменшення кількості функціонуючих малих слинних залоз з віком, яка чітко простежується у практично здорових дітей, у хворих на atopічний хейліт не зберігається. Так, найбільше число малих слинних залоз спостерігали у пацієнтів 4-7 років, найменше - у віці 8-12 років. Імовірно, це пов'язано з порушенням морфологічного дозрівання тканин слизової оболонки нижньої губи дитини в умовах хронічного патологічного процесу на червоній каймі губ при atopічному хейліті. Водночас у дітей з atopічним хейлітом встановлено статистично достовірне зменшення кількості малих слинних залоз у всіх вікових категоріях порівняно з практично здоровими дітьми контрольної групи (табл. 3).

У 9 обстежених дітей з atopічним хейлітом (14,8%) в ході дослідження отримали протилежний результат - посилення секреторної функції малих слинних залоз порівняно з аналогічними показниками контрольної групи. Такі результати спостерігали у п'яти дітей віком 4-7 років (8,2%), у трьох дітей 8-12 років (4,9%) та одного підлітка (1,6%) 13-16 років (табл. 4).

За результатами дослідження функціональної активності малих слинних залоз у даної групи дітей отримали такі показники: кількість секрету, виділеного однією малою слинною залозою за 1 хв, у дітей віком 4-7 років становила 8,93±0,39x10<sup>-4</sup> г/хв, у віці 8-12 років - 9,52±0,28x10<sup>-4</sup> г/хв, а у дітей 13-16 років цей показник складав - 8,57x10<sup>-4</sup> г/хв. Однак, враховуючи малу вибірку, отримані результати не можна вважати репрезентативними. Підрахунок малих слинних залоз на 1см<sup>2</sup> площі слизової оболонки нижньої губи у даної групи дітей дав такі результати: у дітей групи першого дитинства - 7,4±0,18 малих слинних залоз на 1 см<sup>2</sup>, у дітей вікової групи другого дитинства та підліткового віку - 6,67±0,19 та 7,0 малих слинних залоз відповідно (табл. 4). Слід зазначити, що ці показники достовірно не відрізняються від аналогічних середньостатистичних значень, отриманих у дітей зі зниженою секреторною активністю малих слинних залоз.

Посилення функціональної активності малих слинних залоз у даної групи дітей, ми пов'язуємо з важким клінічним перебігом atopічного хейліту у цих дітей, оскільки саме у них atopічний хейліт мав найбільш виражену симптоматику у вигляді значної гіперемії та набряку губ, лущення та утворення глибоких тріщин по зовнішньому краю червоної кайми. Збільшення секреторної активності малих слинних залоз у дітей з важким перебігом atopічного хейліту, на нашу думку, є захисним механізмом у відповідь на патологічні зміни червоної кайми губ. Отримані нами результати секреції малих слинних залоз у пацієнтів з atopічним хейлітом є свідченням взаємозв'язку між функціональним станом малих слинних залоз нижньої губи та ступенем залучення червоної кайми губ у патологічний процес.

**Таблиця 3.** Показники функціональної активності малих слинних залоз у дітей, хворих на atopічний хейліт, і здорових дітей контрольної групи.

Показники дослідження	Вікові категорії дітей							
	I		II		III		IV	
	Раннє дитинство (1-3 роки)		Перше дитинство (4-7 років)		Друге дитинство (8-12 років)		Підлітковий вік (13-16 років)	
	ОГ n=9	КГ n=8	ОГ n=12	КГ n=19	ОГ n=14	КГ n=21	ОГ n=17	КГ n=17
Кількість малих слинних залоз (в шт. на 1 см <sup>2</sup> )	6,89±0,26	9,38±0,31	7,92±0,22	9,21±0,26	6,21±0,19	6,95±0,29	7,35±0,16	6,65±0,2
p	p<0,001		p<0,01		p<0,05		p<0,05	
Кількість секрету, виділеного однією малою слинною залозою (в г/хв. x10 <sup>-4</sup> )	2,82±0,44	5,89±0,32	2,54±0,19	5,95±0,55	3,23±0,3	7,36±0,56	3,53±0,24	7,91±0,38
p	p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001	
	ОГ n=0	КГ n=8	ОГ n=5	КГ n=19	ОГ n=3	КГ n=21	ОГ n=1	КГ n=17
Кількість малих слинних залоз (в шт. на 1 см <sup>2</sup> )		9,38±0,31	7,4±0,18	9,21±0,26	6,67±0,19	6,95±0,29	7,0	6,65±0,2
p			p<0,001		p>0,05		p>0,05	
Кількість секрету, виділеного однією малою слинною залозою (в г/хв. x10 <sup>-4</sup> )		5,89±0,32	8,93±0,39	5,95±0,55	9,52±0,2-8	7,36±0,56	8,57	7,91±0,38
p			p<0,01		p<0,01		p>0,05	

**Примітки:** p - достовірність різниці значень між показниками дітей основної та контрольної групи; ОГ - основна група дітей; КГ - контрольна група дітей.

**Таблиця 4.** Показники дослідження секреції слини малими слинними залозами нижньої губи у дітей з atopічним хейлітом (посилена секреція).

Показники дослідження	Вікові категорії дітей		
	II	III	IV
	Перше дитинство (4-7 років) n=19	Друге дитинство (8-12 років) n=21	Підлітковий вік (13-16 років) n=17
Кількість малих слинних залоз (в шт. на 1 см <sup>2</sup> )	7,4±0,18	6,67±0,19	7,0
p	p <sub>1</sub> <0,001	p <sub>3</sub> >0,05	
	p <sub>2</sub> <0,05		
Кількість секрету, виділеного однією малою слинною залозою (в г/хв. x10 <sup>-4</sup> )	8,93±0,39	9,52±0,28	8,57
p	p <sub>1</sub> >0,05	p <sub>3</sub> <0,01	
	p <sub>2</sub> <0,05		

**Примітки:** p<sub>1</sub> - достовірність різниці значень між показниками дітей 4-7 років та 8-12 років; p<sub>2</sub> - достовірність різниці значень між показниками дітей 4-7 років та 13-16 років; p<sub>3</sub> - достовірність різниці значень між показниками дітей 8-12 років та 13-16 років.

### Список літератури

Гаубеншток Л.М. Малые слюнные железы губ в условиях физиологии и патологии полости рта (клинико-функциональное исследование): автореф.

дис. канд. мед. наук / Л.М. Гаубеншток. - Москва, 1992. - С. 1-2, 7-9.  
Горбатова Л.Н. Физиологические и иммунологические аспекты аллерги-

ческих хейлитов у детей: автореф. дис. канд. мед. наук / Л.Н. Горбатова. - Архангельск, 1997. - С. 1-4.  
Горбатова Л.Н. Физиологическая оценка

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. У здорових дітей контрольної групи спостерігається тенденція до зменшення кількості функціонуючих малих слинних залоз та збільшення їх секреторної активності з віком.

2. У дітей з atopічним хейлітом встановлено статистично достовірне зменшення кількості малих слинних залоз у всіх вікових категоріях порівняно з практично здоровими дітьми контрольної групи.

3. У 85,2% дітей з atopічним хейлітом виявили різке зниження, а у 14,8% - значне посилення секреторної активності малих слинних залоз порівняно з аналогічними показниками контрольної групи.

4. Посилення секреторної активності малих слинних залоз у дітей з важким перебігом atopічного хейліту є підтвердженням взаємозв'язку між функціональним станом малих слинних залоз нижньої губи та ступенем залучення червоної кайми губ у патологічний процес.

Перспективою подальших досліджень є розробка методу лікування дітей, хворих на atopічний хейліт, з корекцією виявлених порушень секреторної активності малих слинних залоз та визначення його ефективності.

состояния губ и ряда механизмов системной защиты при хейлите у детей: автореф. дис. докт. мед. наук / Л.Н. Горбатова. - Архангельск, 2006. - С. 5-7.

Тимофеев А.А. Секреторная функция больших и малых слюнных желез у здоровых людей / А.А. Тимофеев, А.А. Тимофеев, А.И. Весова // Совр. стомат. - 2011. - № 2. - С. 100-102.

Яковлева В.И. Способ количественного определения секрета мелких слюнных желез / В.И. Яковлева // Здоровоохранение Белоруссии. - 1985. - № 12. - С. 57.

**Кулыгина В. Н., Стремчук М. В.**

#### ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НИЖНЕЙ ГУБЫ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ХЕЙЛИТОМ В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

**Резюме.** Проведено исследование функциональной активности малых слюнных желез у 65 здоровых детей и 61 больного атопическим хейлитом в разные возрастные периоды: раннее детство (1-3 года), первое и второе детство (соответственно 4-7 и 8-12 лет) и подростковый возраст (13-16 лет). У детей с атопическим хейлитом установлено уменьшение количества малых слюнных желез во всех возрастных категориях по сравнению с соответствующими группами здоровых детей. У 85,2% детей с атопическим хейлитом обнаружили резкое снижение, а у 14,8% - усиление секреторной активности малых слюнных желез. Увеличение секреторной активности малых слюнных желез у детей с тяжелым течением атопического хейлита является подтверждением взаимосвязи между функциональным состоянием малых слюнных желез нижней губы и степенью вовлечения красной каймы губ в патологический процесс.

**Ключевые слова:** атопический хейлит, малые слюнные железы, функциональная активность, дети в разные возрастные периоды.

**Kulygina V. M., Stremchuk M. V.**

#### EVALUATION OF THE FUNCTIONAL ACTIVITY OF MINOR SALIVARY GLANDS IN THE LOWER LIP MUCOSA OF HEALTHY CHILDREN AND PATIENTS WITH ATOPIC CHEILITIS AT DIFFERENT AGE PERIODS

**Summary.** There was done the research of the functional activity of minor salivary glands of 65 healthy children and 61 patients with atopic cheilitis at different age periods: early years (1-3 years), first and second childhood (respectively 4-7 years and 8-12 years) and adolescence (13-16 years). The decrease in the number of minor salivary glands was found in children with atopic cheilitis at all age groups compared with the groups of healthy children. The sharp decrease was found in 85,2% of children with atopic cheilitis and the increase of the secretory activity of minor salivary glands was found in 14,8% of them. Increased secretory activity of minor salivary glands in children with severe atopic cheilitis is a confirmation of the relationship between the functional state of the minor salivary glands of lower lip and the extent of prolabium involvement in the pathological process.

**Key words:** atopic cheilitis, minor salivary glands, functional activity, children at different age periods.

Стаття надійшла до редакції 3.04.2014 р.

Кулыгина Валентина Николаевна - д. мед. н., проф., зав. каф. терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; vnkulygina@mail.ru

Стремчук Марина Валеріївна - лікар-стоматолог дитячий Хмельницької міської об'єднаної стоматологічної поліклініки; +38 067 978-88-36; marina.stremchuk@gmail.com

© Дудник В.М., Король Т.Г.

УДК: 616-005.151-053:611.018.74:616-008.6:615.03

**Дудник В.М., Король Т.Г.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра педіатрії № 2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

#### ОЦІНКА КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ПУРПУРИ ШЕНЛЕЙН-ГЕНОХА У ДІТЕЙ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФОРМИ ТА АКТИВНОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

**Резюме.** Нами було комплексно обстежено 123 дитини, хворих на ПШГ, віком від 1 до 18 років, в яких були визначені клінічні форми та ступінь активності захворювання. Виявлено, що зростання активності захворювання асоціюється з важкою клінічною формою та перебігом ПШГ. Встановлено, що активність захворювання достовірно корелює з лабораторними маркерами імунно-запальної активності, такими, як ШОЕ, СРП, ЦІК, VEGF, NO, ANCA.

**Ключові слова:** пурпура Шенлейн-Геноха, клінічні форми, активність захворювання, діти.

#### Вступ

Пурпура Шенлейна-Геноха (ПШГ) - це первинний системний васкуліт, який у відповідності з класифікацією системних васкулітів належить до групи захворювань з переважним пошкодженням судин мілкового калібру [Бережний, 2013]. Клінічно захворювання характеризується переважним ураженням судин шкіри, суглобів, нирок, слизової оболонки кишківника. Практично у всіх хворих на ПШГ на початку захворювання виникає шкірна пурпура, дуже рідко їй передують суглобовий і абдом-

інальний синдроми [Мазурин, 2009]. Одним із варіантів захворювання є так звана некротична пурпура, що спостерігається при блискавичному перебігу хвороби, при якій з'являються некротичні зміни шкіри, виразки, геморагічні кірки [Кривошеєв, 2005]. Суглобовий синдром розвивається приблизно у 70% хворих, характеризується артралгіями, рідше артритами переважно крупних суглобів (колінних, гомілково-ступневих, ліктьових) [Лыскина, Зиновьева, 2010]. Абдомінальний синдром