

---

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

---

Державне підприємство Український науково-дослідний інститут  
медицини транспорту

Центральна санітарно-епідеміологічна станція  
на водному транспорті

***ВІСНИК***

***МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ***

Науково-практичний журнал  
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році. Журнал є фаховим виданням для публікації основних  
результатів дисертаційних робіт у галузі медичних наук  
(Наказ Міністерства освіти і науки України № 261 (додаток 12) від 06.03.2015 р.)  
Свідоцтво про державну реєстрацію  
друкованого засобу масової інформації серія КВ № 18428-7228ПР

**№ 4 (81)**  
(жовтень - грудень)

---

Одеса 2018

---

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **А. І. Гоженко**

*О. М. Ігнат'єв (заступник головного редактора), Н. А. Мацегора (відповідальний секретар), Є. П. Белобров, О. І. Верба, В. С. Гойдик, М. І. Голубятніков, Ю. І. Гульченко, В. М. Євстаф'єв, Т. П. Опаріна, Б. В. Панов, Н. Ф. Петренко, С. А. Праник, Е. М. Псядло, В. Г. Руденко, В. В. Шухтін, Л. М. Шафран, К. А. Ярмула*

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

*Ю. І. Бажора (Одеса), Х. С. Бозов (Болгарія), А. М. Войтенко (Одеса), С. А. Гуляр (Київ), Денисенко І. В. (МАММ), В. М. Запорожан (Одеса), С. Іднані (Індія), А. Г. Кириченко (Днепр), О. О. Коваль (Київ), М. О. Корж (Харків), І. Ф. Костюк (Харків), О. М. Кочет (Київ), Т. Л. Лебєдева (Одеса), С. М. Мороз (Дніпро), Н. Ніколич (Хорватія), В. В. Поворознюк (Київ), А. М. Пономаренко (Київ), М. Г. Проданчук (Київ), А. М. Сердюк (Київ), В. П. Сіденко (Одеса), Ю. Б. Чайковський (Київ)*

---

Адреса редакції

---

65039, ДП УкрНДІ медицини транспорту  
м. Одеса, вул. Канатна, 92  
Телефон/факс: (0482) 753-18-01; 42-82-63  
e-mail [nymba.od@gmail.com](mailto:nymba.od@gmail.com)  
Наш сайт - [www.medtrans.com.ua](http://www.medtrans.com.ua)

---

Редактор Н. І. Єфременко

Здано до набору 25.06.2018 р.. Підписано до друку 26.06.2018 р Формат 70×108/16  
Папір офсетний № 2. Друк офсетний. Умов.-друк.арк. .  
Зам № 2/9/15 Тираж 100 прим.

---

ISSN 0049-6804

©Міністерство охорони здоров'я України, 1999  
©Державне підприємство Український науково-дослідний інститут медицини транспорту, 2005  
© Центральна санітарно-епідеміологічна станція на водному транспорті, 2010

4. Kleshkina O. A. No osteochondrosis / O.A. Kleshkina, T.V. Gitun. - Rostov-on-Don: Phoenix, 2003. - 256 p.

5. Mykhin V. M. Physical Rehabilitation / B. M. Mukhina. – Kyiv: Olympic Literature, 2009. – 488 p.

Робота надійшла в редакцію 23.11.2018 року.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування

УДК 616-071.003.121+616-08:616.316.43

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2533362>

*О. А. Чеботарь, Я. В. Лавренюк*

## **КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ СІАЛОЗУ, ЩО ВИНΙΚАЄ НА ТЛІ НЕТОКСИЧНОГО ЗОБУ**

Державна установа "Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України"

**Summary.** Chebotar' O. A., Lavrenjuk Ja. V. **CLINICAL EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF SILOSA OCCURRED ON THE BACKGROUND OF NON-TOXIC GOITER.** - *State Establishment "Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine"; e-mail: [vesnik@ukr.net](mailto:vesnik@ukr.net).* The effectiveness of sialosis' treatment with the method developed by the authors in patients with non-toxic goiter is estimated. The data obtained indicate an almost 100% effectiveness of the algorithm for the application of general and local treatment of sialosis, which occurs against the background of non-toxic goiter, which consists of the use of a bioregulator, and helps to strengthen the vascular walls, proteolytic enzymes that normalize lipid metabolism and vitamin complex, which has an antioxidant effect as a General treatment and solution of carbocholine and ultraphonophoresis with propolis oil as a local therapy.

**Key words:** sialosis, non-toxic goiter, treatment.

**Реферат.** Чеботарь О. А., Лавренюк Я. В. **КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СИАЛОЗА, ВОЗНИКШЕГО НА ФОНЕ НЕТОКСИЧНОГО ЗОБА.** Проведена оценка эффективности разработанного метода лечения сиалоза у пациентов, болеющих нетоксичным зобом. Приведенные данные свидетельствуют о почти стопроцентной эффективности разработанного алгоритма применения общего и местного лечения сиалоза, течение которого происходит на фоне нетоксичного зоба. Метод включает применение биорегулятора и способствует укреплению сосудистых стенок, протеолитических ферментов, которые нормализуют липидный обмен и витаминного комплекса, который имеет антиоксидантное действие в качестве общего лечения и раствора карбохолина и ультрафонофореза с маслом прополиса в качестве местной терапии.

**Ключевые слова:** сиалоз, нетоксичный зоб, лечение

**Реферат.** Чеботарь О. А., Лавренюк Я. В. **КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ СІАЛОЗУ, ЩО ВИНΙΚАЄ НА ТЛІ НЕТОКСИЧНОГО ЗОБУ.** Проведена оцінка ефективності розробленого методу лікування сиалозу у пацієнтів, які хворіють на нетоксичний зоб. Наведені дані свідчать про майже стовідсоткову ефективність розробленого нами алгоритму застосування загального та місцевого лікування сиалозу, перебіг якого відбувається на тлі нетоксичного зобу, що складається із застосування

біорегулятора, який сприяє зміцненню судинних стінок, протеолітичних ферментів, які нормалізують ліпідний обмін та вітамінного комплексу, який має антиоксидантну дію в якості загального лікування та розчину карбохоліну та ультрафонофорезу з маслом прополісу в якості місцевої терапії.

**Ключові слова:** сіалоз, нетоксичний зуб, лікування

За даними літератури в останні десятиліття відзначається погіршення стану здоров'я населення, зростання захворюваності, в тому числі збільшення ендокринних захворювань, які при відсутності своєчасної діагностики та лікування призводять до тяжких порушень, ускладнюють соціальну адаптацію і вимагають дорогого лікування [1, 2].

Клінічні дані переконливо вказують на залежність між зниженням функцій слинних залоз і наявністю різних захворювань ендокринного генезу [3, 4]. Єдині механізми секреції визначають тісний взаємозв'язок між слинними й ендокринними залозами [5, 6, 7].

Пацієнти з нетоксичним зубом спостерігаються в ендокринологічних відділеннях лікувальних установ, де їм не проводиться спеціалізоване обстеження на виявлення стоматологічної патології, тому при домінуючій ролі лікаря-ендокринолога в лікуванні таких пацієнтів з'явилася необхідність в консультативно-лікувальній допомозі лікарів-стоматологів [8, 9, 10].

**Мета нашого дослідження.** Оцінити ефективність розробленого методу лікування сіалозу у пацієнтів, які хворіють на нетоксичний зуб.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами було проведено стоматологічне обстеження й подальше лікування 203 пацієнтів з сіалозом у віці від 25 до 75 років, який був діагностований на тлі нетоксичного зубу. Пацієнти були госпіталізовані до відділення ендокринології КЗ "Криворізька міська клінічна лікарня №2" Дніпропетровської обласної ради".

В залежності від способу лікування сіалозу всі пацієнти були розподілені на 2 групи - основну та порівняння (139 і 64 особи у кожній). Гігієну порожнини рота всі обстежувані пацієнти здійснювали за допомогою зубної пасти і зубного еліксиру, що містить лізоцим і овомукоїд. Для стимуляції слиновиділення пацієнтам групи порівняння (69 осіб) пропонували застосовувати 1 % розчин пілокарпіну гідрохлориду. Пацієнти основної групи були розділені на дві підгрупи. В першій підгрупі основної групи (67 осіб) був застосований комплекс, до складу якого входили препарати загального лікування (біорегулятор, протеолітичні ферменти, вітамінний комплекс) та місцеве лікування сіалозу здійснювали за допомогою розчину карбохоліну. Пацієнти другої підгрупи основної групи (72 особи) в якості загальної терапії застосовували комплекс попередньої групи, а до місцевого лікування в порожнині рота добавили ультрафонофорез з маслом прополісу в ділянках привушних слинних залоз.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Провідне місце серед скарг пацієнтів із сіалозом, перебіг якого відбувається на тлі нетоксичного зубу, займає безболісна припухлість в привушно-жувальних ділянках та постійна або періодична сухість порожнини рота. Крім того пацієнтів досить часто турбували періодичне печіння в ділянці спинки язика, губ, щік, збільшення піднижньощелепних та рідше - зниження смакової чутливості, незначний біль в ділянках слинних залоз та зниження гостроти слуху, дискомфорт у вухах. Вищевказані суб'єктивні прояви підтверджені об'єктивними даними, що виявляються при стоматологічному обстеженні.

Аналізуючи дані таблиці 1 більшість пацієнтів групи порівняння скаргились на ксеростомію та збільшення привушних слинних залоз. Також 17 пацієнтів турбувало зниження смакової чутливості, у 13 – періодичне печіння в ділянці спинки язика, губ та щік, а у 15 пацієнтів спостерігали зниження гостроти слуху та 11 відчували незначний біль в ділянках слинних залоз. Через тиждень лікування, яке передбачало застосування зубного еліксиру із лізоцимом й овомукоїдом та розчину пілокарпіну гідрохлориду, постійна сухість порожнини рота зникла лише у 6 осіб та періодична – у 4 осіб. Безболісна "припухлість" в привушно-жувальних ділянках продовжувала турбувати 59 пацієнтів.

## Динаміка скарг пацієнтів із сіалозом на тлі нетоксичного зобу груп порівняння

Скарги		До лікування		Через тиждень		Через 1 міс.		Через 3 міс.		Через 6 міс.	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
зниження смакової чутливості		17	24,6	15	21,7	14	20,3	14	20,3	16	23,2
ксеростомія	постійна	37	53,6	31	44,9	30	43,5	31	44,9	34	49,3
	періодична	29	42,0	25	36,2	23	33,3	24	34,8	26	37,7
періодичне печіння в ділянці спинки язика, губ, щік		13	18,8	11	15,9	10	14,5	11	15,9	12	17,4
безболісна “припухлість” в привушно-жувальних ділянках		65	94,2	59	85,5	55	79,7	57	82,6	61	88,4
збільшення піднижньощелепних слинних залоз		8	11,6	6	8,7	5	7,2	6	8,7	8	11,6
зниження гостроти слуху, дискомфорт у вухах		15	21,7	13	18,8	12	17,4	12	17,4	14	20,3
незначний біль в ділянках слинних залоз		11	15,9	9	13,0	8	11,6	9	13,0	10	14,5

Через місяць лікування у спостережуваних пацієнтів на 14,5 % менше з'явилося скарг щодо збільшення привушних слинних залоз та на 10 % щодо постійної ксеростомії. При цьому 14 осіб все одно відмічали зниження смакової чутливості, 12 осіб – зниження гостроти слуху, 8 осіб – незначний біль в ділянках слинних залоз та 5 пацієнтів скаржились на збільшення піднижньощелепних слинних залоз.

Однак через три місяці після лікування із застосуванням розчину пілокарпіну гідрохлориду скарги знов почали з'являтися навіть у тих пацієнтів, в яких спостерігали лікувальний ефект через тиждень та місяць лікування. Отже, через півроку отримали результати, які несуттєво відрізнялись від вихідних показників до початку лікування сіалозу, що свідчить про недостатню ефективність та короткотривалу дію застосованого способу лікування в групі порівняння (табл. 1).

Дані таблиці 2 відображають результати використання лікувально-профілактичного комплексу, до складу якого входили препарати загального призначення та місцеве застосування розчину карбохоліну в першій підгрупі основної групи пацієнтів із сіалозом на тлі нетоксичного зобу.

Так, через тиждень від початку лікування взагалі кількість осіб, які мали скарги щодо слинних залоз, зменшилась більш ніж в 2 рази. А вже через місяць після застосування біорегулятора, протеолітичних ферментів, комплексу вітамінів та обробки порожнини рота розчином карбохоліну на збільшення привушних слинних залоз скаржилось лише 15 осіб, на постійну сухість в порожнині рота – 9 осіб, на періодичну ксеростомію – 11 осіб. Майже 8% пацієнтів скаржились на періодичне печіння в ділянці спинки язика, губ, щік та зниження гостроти слуху. Зниження смакової чутливості відмічали 4 пацієнта першої підгрупи основної групи та лише в одній людині залишився незначний біль в ділянці слинних залоз.

Проте через три місяці після початку лікування залишилось 16 пацієнтів, які продовжували скаржитись на “припухлість” в привушно-жувальних ділянках, 11 пацієнтів турбувала періодична сухість порожнини рота та у 9 пацієнтів – періодична ксеростомія (табл. 2).

Через півроку спостереження третина пацієнтів першої підгрупи основної групи, яка лікувалась комплексом, до складу якого входили біорегулятор, протеолітичні ферменти, вітамінний комплекс та розчин карбохоліну, все ж таки мала скарги щодо патології слинних залоз, що свідчить, на нашу думку, про вірогідність у подальшому рецидивів загострення сіалозу у даного контингенту пацієнтів.

Таблиця 2

**Динаміка скарг пацієнтів із сіалозом на тлі нетоксичного зубу першої підгрупи основної групи**

Скарги	До лікування		Через тиждень		Через 1 міс.		Через 3 міс.		Через 6 міс.		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
зниження смакової чутливості	16	23,8	8	11,9	4	6,0	5	7,5	5	7,5	
ксеростомія	постійна	35	52,2	19	28,4	9	13,4	9	13,4	10	14,9
	періодична	25	37,3	13	29,9	11	16,4	11	16,4	12	17,9
періодичне печіння в ділянці спинки язика, губ, щік	12	17,9	8	11,9	5	7,5	5	7,5	6	9,0	
Безболісна “припухлість” в привушно-жувальних ділянках	63	94,0	23	34,3	15	22,4	16	23,8	18	26,9	
збільшення піднижньощелепних слинних залоз	7	10,4	3	4,5	2	3,0	3	4,5	3	4,5	
зниження гостроти слуху, дискомфорт у вухах	13	19,4	7	10,4	5	7,5	6	9,0	6	9,0	
незначний біль в ділянках слинних залоз	10	14,9	5	7,5	1	1,5	1	1,5	2	3,0	

В таблиці 3 відображена динаміка скарг пацієнтів із сіалозом, що протікає на тлі нетоксичного зубу, лікування якого передбачало застосування комплексу, до складу якого входили крім загальних препаратів та обробки розчином карбохоліну слизової оболонки порожнини рота ультрафонофорез з маслом прополісу в ділянках привушних слинних залоз.

**Динаміка скарг пацієнтів із сіалозом на тлі нетоксичного зобу другої підгрупи основної групи**

Скарги		До лікування		Через тиждень		Через 1 міс.		Через 3 міс.		Через 6 міс.	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
зниження смакової чутливості		18	25,0	5	6,9	1	1,4	0		0	
ксеростомія	постійна	39	54,2	11	15,3	3	4,2	0		0	
	періодична	27	37,5	5	6,9	1	1,4	0		0	
періодичне печіння в ділянці спинки язика, губ, щік		13	18,1	2	2,8	0		0		0	
безболісна “припухлість” в привушно-жувальних ділянках		67	93,1	15	20,8	5	6,9	1	1,4	0	
збільшення піднижньощелепних слинних залоз		8	11,1	2	2,8	1	1,4	0		0	
зниження гостроти слуху, дискомфорт у вухах		15	20,8	4	5,6	1	1,4	0		0	
незначний біль в ділянках слинних залоз		11	15,3	1	1,4	0		0		0	

Очевидна ефективність запропонованого способу лікування із застосуванням фізіотерапевтичних процедур вже спостерігалась через тиждень від початку лікування, про що свідчить зменшення кількості осіб, які мали скарги, більш ніж в 4 рази (16 осіб).

Через місяць після початку лікування в другій підгрупі основної групи пацієнтів залишилось менше 7 % (5 осіб), яких турбували невелика безболісна “припухлість” в привушно-жувальних ділянках та сухість порожнини рота. Зниження смакової чутливості та незначний біль у вухах відмічав один пацієнт та ще один мав незначний біль в ділянці піднижньощелепних слинних залоз (табл. 3).

Проте через три місяці після використання розробленого лікувально-профілактичного комплексу, до складу якого крім місцевого застосування розчину карбохоліну та ультрафонофорезу з маслом прополісу входили препарати загального призначення: біорегулятор, що сприяє зміцненню судинних стінок, протеолітичні ферменти, які нормалізують ліпідний обмін та вітамінний комплекс, результати були стовідсотковими. Лише одного пацієнта ще турбувало зовсім невелике збільшення привушних слинних залоз, але воно зі слів пацієнта стало набагато менше. Та вже через півроку жодної скарги від даної групи пацієнтів ми не почули, що говорить про ефективність дії розробленого нами лікувально-профілактичного комплексу із застосуванням фізіотерапевтичних процедур.

При зовнішньому огляді щелепно-лицевої ділянки пацієнтів групи порівняння із сіалозом на тлі нетоксичного зобу у 53 осіб визначали збільшення привушних та у 10 осіб – піднижньощелепних слинних залоз. При бімануальній пальпації консистенція слинних залоз у більшій половині цієї групи пацієнтів була щільно-еластичною (58 %). При цьому в більшості випадків пальпація слинних залоз була безболісною, а лише у 9 пацієнтів визивала біль та дискомфорт у 8 осіб. При огляді червоної облямівки губ майже у всіх

пацієнтів спостерігали сухість, тріщини та ангулярний хейліт (заїди в кутах рота), що, на нашу думку, пов'язано із зниженням швидкості та зменшенням об'єму саливації. Збільшення регіонарних лімфовузлів визначали у 12 пацієнтів даної групи (табл. 4).

Таблиця 4

**Клінічні дані зовнішнього огляду щелепно-лицевої ділянки пацієнтів із сіалозом на тлі нетоксичного зобу групи порівняння**

Клінічні ознаки		До лікування		Через тиждень		Через 1 міс.		Через 3 міс.		Через 6 міс.	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пальпация СЗ	болісна	9	13,0	8	11,6	7	10,1	8	11,6	8	11,6
	дискомфорт	8	11,6	7	10,1	6	8,7	7	10,1	7	10,1
	безболісна	52	75,4	54	78,3	56	81,2	54	78,3	54	78,3
Збільшення СЗ	привушних	53	76,8	52	75,4	50	72,5	51	73,9	52	75,4
	піднижньо-щелепних	10	14,5	9	13,0	8	11,6	9	13,0	9	13,0
Консистенція СЗ	м'яко-еластична	13	18,8	18	26,1	20	29,0	17	24,6	16	23,2
	тістувата	16	23,2	15	21,7	14	20,3	15	21,7	16	23,2
	щільно-еластична	40	58,0	36	52,2	35	50,7	37	53,6	37	53,6
Червона облямівка губ	сухість	51	73,9	47	68,1	45	65,2	46	66,7	48	69,6
	тріщини	22	31,9	19	27,5	18	26,1	19	27,5	20	29,0
	заїди	16	23,2	13	18,8	11	15,9	12	17,4	14	20,3
Збільшення регіонарних лімфовузлів		12	17,4	10	14,5	9	13,0	10	14,5	10	14,5

Аналізуючи дані таблиці 4 можна зробити висновок, що лише місцеве застосування розчину пілокарпіну гідрохлориду та зубного еліксиру з лізоцимом та овомукоїдом мало невисоку ефективність щодо лікування сіалозу. Так, вже через три місяці після лікування в групі порівняння майже всі цифрові показники клінічного огляду дорівнювали вихідним значенням.

Візуальне обстеження першої підгрупи основної групи пацієнтів із сіалозом, перебіг якого відбувається на тлі нетоксичного зобу, дало наступну картину: помітні симетричні припухлості в околоріжово-жувальних ділянках у 65 хворих, в піднижньощелепній – у 11 пацієнтів. Шкірні покриви над ними в кольорі не змінені, в складку збиралися. При бімануальній пальпації збільшені в обсязі слинні залози – гладкі, не спаяні з навколишніми тканинами, щільно-еластичної консистенції було встановлено у 35 пацієнтів, тістуватої – у 15 та м'яко-еластичної – у 17 осіб. При цьому неприємні відчуття відмічали 14 пацієнтів, а біль – 6 осіб. Незначне збільшення регіонарних лімфатичних вузлів виявили у 11 пацієнтів



(табл. 5).

Таблиця 5

**Клінічні дані зовнішнього огляду щелепно-лицевої ділянки пацієнтів із сіалозом на тлі нетоксичного зобу першої підгрупи основної групи**

Клінічні ознаки		До лікування		Через тиждень		Через 1 міс.		Через 3 міс.		Через 6 міс.	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пальпация СЗ	болісна	6	9,0	4	6,0	2	3,0	3	4,5	5	7,5
	дискомфорт	14	20,3	5	7,5	4	6,0	5	7,5	7	10,4
	безболісна	47	70,1	58	84,1	61	91,0	59	88,1	55	82,1
Збільшення СЗ	привушних	65	97,0	36	53,7	27	40,3	29	43,3	35	52,2
	піднижньо-щелепних	11	16,4	7	10,4	5	7,5	7	10,4	9	13,4
Консистенція СЗ	м'яко-еластична	17	25,4	48	71,6	52	77,6	43	64,2	29	43,3
	тістувата	15	22,4	5	7,5	5	7,5	8	11,9	13	19,4
	щільно-еластична	35	52,2	14	20,3	10	14,9	16	23,9	25	37,3
Червона облямівка губ	сухість	54	80,6	24	35,8	20	29,9	26	38,8	33	49,3
	тріщини	20	29,9	10	14,9	8	11,9	12	17,9	15	22,4
	заїди	20	29,9	9	13,4	8	11,9	11	16,4	13	19,4
Збільшення регіонарних лімфовузлів		11	16,4	6	9,0	5	7,5	7	10,4	9	13,4

Однак, вже через тиждень застосування біорегулятора, протеолітичних ферментів, вітамінного комплексу та розчину карбохоліну ми помітили досить позитивну динаміку: більше ніж у 30 пацієнтів не спостерігали збільшення слинних залоз та консистенція їх була щільно-еластичною у 14 осіб, тістуватою – лише у 5. Пальпация слинних залоз була болісною у 9 осіб, у решти була безболісною. Сухість червоної облямівки губ спостерігали у 24 пацієнтів, тріщини – у 10 пацієнтів та ангулярний хейліт (заїди) – у 9 осіб.

Ще кращі результати спостерігали після місяця застосування запропонованого комплексу, до складу якого входили препарати для місцевого та загального лікування сіалозу в першій підгрупі основної групи пацієнтів. Так, болісність при пальпації слинних залоз відчували лише 2 людини та дискомфорт – 4 особи. Консистенція слинних залоз у більшості пацієнтів була м'яко-еластичною (77,6 %), а регіонарні лімфовузли були незначно збільшені у 5 осіб (табл. 5).

Проте, через три місяці лікування запропонованим комплексом вивчасмі цифрові показники клінічного огляду почали зростати та було зафіксовано випадки рецидивування сіалозу в першій підгрупі основної групи пацієнтів, що дає право стверджувати про недовготривалу ефективність дії запропонованого методу. Через півроку спостережень

більше 40 пацієнтів даної підгрупи мали збільшені слинні залози і у 25 з них вони були щільно-еластичної консистенції, а у 15 – тістуватої. Майже у 50% хворих даної підгрупи знов спостерігали сухість, тріщини та заїди на червоній облямівці губ, а у 9 осіб регіонарні лімфовузли були збільшеними (табл. 5).

При зовнішньому огляді 72 пацієнтів із сіалозом на тлі нетоксичного зобу другої підгрупи основної групи звертали увагу на сухість губ, тріщини, покриті червоними кров'яними корочками у деяких пацієнтів. У 20 осіб у кутах рота був ангулярний хейліт (заїди). Шкірні покриви обличчя були фізіологічного забарвлення.

Таблиця 6

**Клінічні дані зовнішнього огляду щелепно-лицевої ділянки пацієнтів сіалозом на тлі нетоксичного зобу другої підгрупи основної групи**

Клінічні ознаки		До лікування		Через тиждень		Через 1 міс.		Через 3 міс.		Через 6 міс.	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пальпация СЗ	болісна	7	9,7	3	4,2	0		0		0	
	дискомфорт	14	19,4	3	4,2	1	1,5	0		0	
	безболісна	51	76,1	66	91,7	71	98,6	72	100,0	72	100,0
Збільшення СЗ	привушних	70	97,2	23	34,3	9	12,5	2		0	
	піднижньо-щелепних	17	23,6	5	7,5	1	1,5	0		0	
Консистенція СЗ	м'яко-еластична	21	29,2	61	91,0	67	93,1	71	98,6	0	
	тістувата	11	15,3	3	4,5	5	7,5	1	1,5	0	
	щільно-еластична	40	55,6	9	12,5	0		0		0	
Червона облямівка губ	сухість	53	73,6	13	19,4	5	7,5	3	4,5	0	
	тріщини	21	29,2	5	7,5	3	4,5	0		0	
	заїди	20	27,8	3	4,5	0		0		0	
Збільшення регіонарних лімфовузлів		14	19,4	4	5,6	1	1,5	0		0	

Майже у всіх обстежуваних (97,2 %) цієї підгрупи в привушних ділянках були виявлені дві симетричні «припухлості». При бімануальній пальпації це були збільшені в розмірах, гладкі слинні залози здебільшого щільно-еластичної консистенції (55,6 %), не спаяні з навколишніми тканинами.

Таку ж картину спостерігали з піднижньощелепними залозами у 17 пацієнтів. Незначне збільшення регіонарних лімфатичних вузлів виявили у 14 осіб (табл. 6).

Однак, вже через тиждень лікування із застосуванням біорегулятора, ферментів, вітамінного комплексу в якості загального лікування та розчину карбохоліну й

ультрафонофорезу з маслом прополісу в якості місцевого лікування, кількість пацієнтів із збільшеними слинними залозами зменшилась вдвічі в даній підгрупі. Під час пальпації слинних залоз біль та дискомфорт відчували лише 6 пацієнтів, консистенція була щільно-еластичною – у 9 осіб та тістуватою – у 3, у решти були м'яко-еластичні слинні залози. При огляді червоної облямівки губ спостерігали сухість – у 13 пацієнтів, тріщини – у 5 пацієнтів та зади в кутах рота – у 3 осіб. Збільшення регіонарних лімфовузлів зберігалось у 4 людей даної групи.

Проте, вже через місяць лікування запропонованим комплексом, до складу якого окрім загальних препаратів та розчину карбохоліну увійшли фізіотерапевтичні процедури з маслом прополісу на ділянки слизової оболонки в проекціях слинних залоз, спостерігали майже стовідсоткову ефективність. Так, збільшення слинних залоз залишилось лише у 14% хворих даної підгрупи, яке вже через три місяці ми не помітили. Дискомфорт при пальпації відчував лише один пацієнт.

У віддалені терміни спостереження цієї групи пацієнтів (3 та 6 місяців) жодного разу ми не виявили рецидив сіалозу, що говорить про високу та довготривалу ефективну дію запропонованого лікувально-профілактичного комплексу, до складу якого входили: біорегулятор, протеолітичні ферменти та вітамінний комплекс в якості загального лікування та розчин карбохоліну і ультрафонофорез з маслом прополісу в якості місцевої терапії.

Таким чином, наведені дані свідчать про майже стовідсоткову ефективність розробленого нами алгоритму застосування загального та місцевого лікування сіалозу, перебіг якого відбувається на тлі нетоксичного зобу, що складається із застосування біорегулятора, який сприяє зміцненню судинних стінок, протеолітичних ферментів, які нормалізують ліпідний обмін та вітамінного комплексу, який має антиоксидантну дію в якості загального лікування та розчину карбохоліну та ультрафонофорезу з маслом прополісу в якості місцевої терапії.

#### **Література:**

1. Иорданишвили А.К. Некоторые методические аспекты диагностики заболеваний слюнных желез / А.К. Иорданишвили, В.В. Лобейко, А.А. Поленс, М.В. Жмудь // Пародонтология. – 2012. – № 2 (63). – С. 71-75.
2. Максютя Д. А. Хронические паротиты и их лечение / Д. А. Максютя, В.В. Лобейко – Спб.: – Нордмедиздат, 2013. – 112 с.
3. Коротько Г.Ф. Постпрандиальные трансформации ферментных и гормональных свойств слюны и крови / Г.Ф. Коротько, Л.П. Готовцева, В.А. Булгакова. // Российский физиологический журнал. – 2002. –Т 88, – №3. –С. 396-405.
4. Колесов В.С. Хронические сиалоадениты, сиалозы, синдромы с поражением СЖ (патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и лечение): автореф. дисс. на соискание учен. степени. д. м. н. / В.С. Колесов Киев. – 1987. – 44 с.
5. Коваленко А.Ф. Соотношение активностей альфа-амилазы и БАЭЭ-эстеразы в дифференциальной диагностике заболеваний слюнных желез / А.Ф. Коваленко // Стоматология: Республиканский межведомственный сборник. – 2011. – Вып. 26. – С. 69-70.
6. Pathogenesis of sialadenitis: possible role of functionally deficient myo-epithelial cells / S. Ihrler, C. Rath, P. Zengel [et al.]. // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. – 2010. – № 110(2). – P. 218-223.
7. Kuntz E., Kuntz H.D. / Hepatology, Principles and practice: history, morphology, biochemistry, diagnostics, clinic, therapy // Berlin Heidelberg New York.-Springer Verlag. – 2000. – 825 P.
8. Malhotra P. Algorithm for cytological diagnosis of nonneoplastic lesions of the salivary glands / P. Malhotra, V.K. Arora, N. Singh, A. Bhatia // Diagn Cytopathol. – 2005. – Aug;33(2). – P. 90-4.
9. Mandel L. Bilateral parotid swelling: a review / L. Mandel, F. Surattanont // Oral Surgery. – 2002. – Vol. 93. – № 3. – P. 221-237.
10. Mason D.K. Salivary glands in health and disease-London etc. / D.K. Mason, D.M. Chisholm. – N.B. Saunders Company LTD., 2015. – 320 P.
11. Mauz P.S. Valproic acid-associated sialadenitis of the parotid and submandibular glands: diagnostic and therapeutic aspects / P.S. Mauz, K. MTrike, E. Kaiserling, S. Brosch // Acta Otolaryngol. – 2013. Apr; – 125(4). – P. 386-91.

## References:

1. Iordanishvili A.K., Lobeiko V.V., Polens A.A., Zhmud M.V. Some methodical aspects of diagnosis of diseases of the salivary glands. *Parodontologiya*. 2012;2(63):71-75.
2. Maksyuta D. A., Lobeiko V.V. *Khronicheskie parotity i ikh lechenie*. [Chronic mumps and their treatment] Spb., Nordmedizdat; 2013:112.
3. Korotko G.F., Gotovtseva L.P., Bulgakova V.A. Postprandial transformations of enzyme and hormonal properties of saliva and blood. *Rossiiskii fiziologicheskii zhurnal*. 2002;3(88):396-405.
4. Kolesov B.S. *Khronicheskie sialoadenit, sialozy, sindromy s porazheniem SZh (patogenez, klinika, differentsialnaia diagnostika i lechenie)* [Chronic sialoadenitis, sialosis, syndromes with lesions of the pancreas (pathogenesis, clinic, differential diagnosis and treatment):] Abstract of a doctoral thesis of medical sciences. Kiev;1987:44.
5. Kovalenko A.F. The ratio of alpha-amylase and BAE-esterase activities in the differential diagnosis of salivary gland diseases. *Stomatologiya: Respublikanskii mezhdovedomstvennyi sbornik*. 2011;26:69-70.
6. Ihrler S., Rath C., Zengel P., Kirchner T., Harrison J.D., Weiler C. Pathogenesis of sialadenosis: possible role of functionally deficient myo-epithelial cells. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2010;110(2): 218-223.
7. Kuntz E., Kuntz HD. *Hepatology, Principles and practice: history, morphology, biochemistry, diagnostics, clinic, therapy*. Berlin Heidelberg New York. Springer Verlag; 2000:825 P.
8. Malhotra P., Arora V.K., Singh N., Bhatia A. Algorithm for cytological diagnosis of nonneoplastic lesions of the salivary glands. *Diagn Cytopathol*. 2005;33(2):90-4.
9. Mandel L., Surattanont F. Bilateral parotid swelling: a review. *Oral Surgery*. 2002;3(93): 221-237.
10. Mason D. K., Chisholm D.M. *Salivary glands in health and disease-London etc.:* N.B. Saunders Company LTD;2015:320.
11. Mauz P.S., MTrike K., Kaiserling E., Brosch S. Valproic acid-associated sialadenosis of the parotid and submandibular glands: diagnostic and therapeutic aspects. *Acta Otolaryngol*. 2013;125(4):386-91.

Робота надійшла в редакцію 22.11.2018 року.  
Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування