

ЛІТЕРАТУРА

1. Даниленко Г. М. Дослідження ступеня напруги регуляторних механізмів у дозозологічній діагностиці здоров'я дітей та підлітків / Г. М. Даниленко, Л. В. Подрігало // Довкілля і здоров'я. – 2012. – № 1. – С. 53–56.
2. Шабунова А. А. Здоров'я населення в Росії: стан і динаміка / А. А. Шабунова. – Вологда : ИСЭРТ РАН, 2010. – 408 с.
3. Полька Н. С. Гігієнічне забезпечення умов життєдіяльності дітей у загальноосвітніх навчальних закладах / Н. С. Полька, С. В. Гозак / Гуманітарний вісник. – 2011. – № 23. – С. 186–190.
4. Двигательная активность студентов и ее место в структуре здоровья / И. В. Сергета, И. Л. Дунец, Н. В. Стоян [и др.] // Актуальные проблемы здоровья детей и подростков и пути их решения : материалы 3-го всероссийского конгресса с междунар. участием по школьной гигиене, 25–27 февраля 2012 г., Москва / под ред. чл.-корр. РАМН проф. В. Р. Кучмы. – М., 2012. – С. 367–368.
5. Калиниченко И. О. Гігієнічна оцінка добової рухової активності дітей 7–17 років / І. О. Калиниченко // Гігієна населених місць. – 2011. – № 57. – С. 312–318.
6. Гурьянов М. С. Состояние здоровья и пути совершенствования медицинского обслуживания воспитанников детско-юношеских спортивных школ : автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение» / М. С. Гурьянов. – Казань, 2002. – 17 с.
7. Коган О. С. Научное обоснование роли медицины труда в профессиональном спорте : автореф. дис. на соискание учен. степени д-ра мед. наук : спец. 14.00.50 «Медицина труда» / О. С. Коган. – М., 2008. – 48 с.
8. Платонов В. Н. Система подготовки спортсменов в олимпийском спорте. Общая теория и ее практические приложения / В. Н. Платонов. – К. : Олимпийская литература, 2004. – С. 88–89.
9. Антомонов М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных / М. Ю. Антомонов. – К. : Фирма малого друку, 2006. – 558 с.

УДК 613.72+371.71+796

І. О. Калиниченко, О. О. Скиба

ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ РІЗНИМИ ВИДАМИ СПОРТУ В СИСТЕМІ ДИТЯЧО-ЮНАЦЬКИХ СПОРТИВНИХ ШКІЛ (НА ПРИКЛАДІ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ)

Проаналізовано стан здоров'я дітей, які займаються різними видами спорту в системі дитячо-юнацьких спортивних шкіл. Визначено особливості показника патологічної ураженості за основними класами хвороб відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10).

Установлено, що у структурі патологічної ураженості провідне місце належить хворобам кістково-м'язової системи (29,98%), на другому місці — хвороби ока та придаткового апарату (8,85%), на третьому — хвороби органів дихання (8,35%). Розраховано показник відносного ризику можливого виникнення хвороб у дітей, які займаються різними видами спорту. Невідповідність факторів навчально-тренувального процесу санітарно-гігієнічним вимогам і порушення в організації занять чинять негативний вплив на здоров'я юних спортсменів.

Ключові слова: стан здоров'я, діти, різні види спорту, дитячо-юнацькі спортивні школи.

UDC 613.72+371.71+796

I. O. Kalynychenko, O. O. Skyba

EVALUATION OF HEALTH STATUS OF CHILDREN ENGAGED IN DIFFERENT KINDS OF SPORTS IN THE SYSTEM OF CHILD-YOUTH SPORTING SCHOOLS (ON EXAMPLE OF SUMY REGION)

It was analyzed the state of health of children engaged in different kinds of sports in the system of child-youth sporting schools. The peculiarities of pathological prevalence parameter for the main classes of diseases in according to the International classification of diseases (ICD-10) are defined.

It is established that in the structure of pathological prevalence the leading position is occupied by diseases of the musculoskeletal system (29.98%), followed by diseases of the eye and adnexa (8.85%), the third place is occupied by respiratory diseases (8.35%). It is calculated the relative risk of possible occurrence of diseases in children, who are engaged in different kinds of sports. Training process factors which do not satisfy the sanitary-hygienic requirements and violations in the organization of training have a negative impact on the health of young sportsmen.

Key words: status of health, children, different kinds of sports, child-youth sporting schools.

УДК 616.52-006.04:616.31

Л. С. Кравченко, канд. біол. наук,

С. О. Бас,

С. В. Щербаков, канд. хім. наук

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ПРОМЕНЕВИХ РЕАКЦІЙ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ НОВОУТВОРЕНЬ У ДІЛЯНЦІ ГОЛОВИ І ШИЇ ТА ЇХ УСУНЕННЯ

Одеський національний медичний університет

Останніми десятиліттями одним із провідних методів лікування новоутворень у ділянці голови і шиї визнана промене-

ва терапія. Незважаючи на досконалість сучасної радіологічної апаратури, при проведенні променевого лікування

виникають ураження навколишніх здорових тканин. Характерною рисою перебігу променевих уражень слизової оболон-

ки порожнини рота (СОПР) є тривалий перебіг, приєднання інфекційних ускладнень, порушення трофічних та обмінних процесів [1; 2]. Променеві ураження СОПР нерідко нівелюють досягнуті результати лікування основного захворювання, віддаляють можливість подальшого етапу лікування, створюють ризик ускладнень, що знижують якість життя хворих. У зв'язку з цим виникає необхідність пошуку заходів профілактики та лікування ускладнень променевої терапії.

Мета роботи — підвищення ефективності профілактики та лікування променевих реакцій слизової оболонки порожнини рота у хворих з новоутвореннями у ділянці голови і шиї, які піддавалися променевій терапії.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведені у 42 пацієнтів, які після променевого лікування новоутворень у ділянці голови і шиї страждали на ксеростомію та ураження СОПР. Пацієнти були розподілені на дві групи: контрольну і основну. У контрольній групі (20 осіб) проводилися загальноприйняті лікувальні заходи: професійна гігієна порожнини рота, санація, видалення зруйнованих зубів та їх коренів, навчання і рекомендація щодо використання для індивідуальної гігієни зубних щіток із м'якої щетини, часті полоскання рота антисептичними розчинами або відварами трав (з ромашки, шавлії), обробка уражених ділянок оливковою олією. Перед уживанням їжі хворим пропонували знеболювальні препарати (лідокіон 5 % гель), при сухості в роті — часті полоскання перевареною водою і застосування замітника слини (Oral Balance). Хворим основної групи (22 особи), крім загальноприйнятої терапії, призначали місцево на уражені ділянки СОПР апіканти з гелю «Апідент» на основі біологічно активних речовин [3], який харак-

теризується протизапальною, антиоксидантною дією та прискорює процеси регенерації тканин. Гелем «Апідент» пацієнти обробляли СОПР тричі на день протягом 2 тиж. самостійно. Хворих спостерігали впродовж 1–2 років, дослідження проводили до лікування, через 2 тиж., 1 міс. та через 3, 6, 12, 15 міс. після лікування.

Клінічне обстеження включало опитування й об'єктивне обстеження. При огляді порожнини рота відзначалися всі зміни — забарвлення, наявність різних патологічних елементів (пухирці, виразки, кірки, плями та ін.). Елементи ураження вимірювали. Особливу увагу приділяли стану вивідних проток слинних залоз, наявності і кількості виділеного з них секрету. При ознаках гіпертрофії вивідні протоки пальпували, інструментально визначали їх прохідність, саливацію за об'ємом нестимульованої та стимульованої слини. Підсумовуючи результати об'єктивного обстеження та суб'єктивну симптоматику, виділяли ксеростомію різного ступеня тяжкості (I–III ступені). Для кількісної оцінки вираженості ксеростомії досліджували швидкість секреції змішаної нестимульованої слини, швидкість стимульованої секреції, плинність.

Ступінь тяжкості променевих реакцій СОПР оцінювали відповідно до шкали RTOG (Radiation Therapy Oncology Group) [4] Acute Radiation Morbidity Scoring Criteria.

Для оцінки гігієнічного стану порожнини рота застосовували індекс Федорова — Володкіної; розчином Шиллера — Писарева змащували вестибулярні поверхні зубів, оцінка проводилася за п'ятибальною системою [5]. Наявність та інтенсивність запалення в яснах оцінювали за допомогою індексу гінгівіту РМА (С. Parma, 1960).

Для визначення ураження зубів карієсом використовували загальноприйнятий показник інтенсивності карієсу — КПУ [6].

Варіаційна статистична обробка даних проведена за допомогою програми Excel 2003 і Statistica 6.0. for Windows.

Результати дослідження та їх обговорення

Більшість хворих після променевої терапії (70 %) скаржилися на постійну сухість у роті, біль при вживанні їжі та почервоніння СОПР і губ. Визначалися зміни СОПР з виразною гіперемією, набряком, втратою блиску і появою складок на слизовій оболонці щік, губ, м'якому піднебінні. Ерозії, вкриті фібрином, локалізувалися на червоній облямівці верхньої губи.

У всіх пацієнтів під час огляду визначалася ксеростомія, розрізнявана за I–III ступенями вираженості (табл. 1).

У процесі досліджень виявлено, що ступінь виразності ксеростомії безпосередньо залежить від загальної променевої дози. Симптоми, які характерні для III ступеня ксеростомії, проявлялися при отриманні кумулятивної дози опромінення 50–60 Гр та спостерігалися протягом 1,5–2 років.

Хворі з порушенням слиновиділення скаржилися на періодично виникаюче або постійне відчуття сухості в порожнині рота, на больові відчуття у проекції великих слинних залоз вказували 40–60 % хворих, болі мали ниючий характер, без чіткої локалізації. Відзначалися скарги на печіння у СОПР. При зовнішньому огляді збільшення навколо вушних і піднижньо-щелепних залоз не визначалося.

Таблиця 1
Розподіл хворих із порушеннями слиновиділення залежно від дози опромінення, $M \pm m$

Ступінь вираженості ксеростомії	Сумарна доза опромінення, Гр
I, n=20	41,08±7,64
II, n=10	50,56±6,26
III, n=10	57,10±8,18

Таблиця 2

Клінічні ознаки залежно від ступеня вираженості ксеростомії у онкохворих, абс. (%)

Клінічна ознака	Ступінь вираженості ксеростомії		
	I	II	III
Відчуття сухості у роті	16 (80)	10 (100)	10 (100)
Больові відчуття в слинних залозах	5 (25)	4 (40)	6 (60)
Біль, печіння у слизовій оболонці	4 (20)	5 (50)	6 (60)
Гіперемія слизової оболонки	4 (20)	6 (60)	8 (80)
Виразки на слизовій оболонці	0 (0)	1 (10)	3 (30)
Підвищення в'язкості слини	10 (50)	6 (60)	8 (80)
Зміни характеру слини	10 (50)	6 (60)	8 (80)
Зменшення кількості слини	14 (70)	8 (80)	7 (70)

Пальпаторно тканина залоз мала звичайну структуру і консистенцію. Стан тканин навколо рота не змінений, СОПР у деяких випадках була гіперемованою, у 10–30 % пацієнтів траплялися афтозні елементи на слизовій оболонці щік (табл. 2).

Відновлення слиновиділення у цих хворих спостерігалось протягом 3–15 міс. після опромінення. Динаміка вираженості ксеростомії при стоматологічному лікуванні онкохворих після променевої терапії подана у табл. 3. Як видно з даних табл. 3, відновлення слиновиділення до-

сить тривалий процес, при цьому в основній групі хворих він перебігав швидше і виразніше.

У всіх хворих після опромінення показники секреторної функції були знижені. У контрольній групі до стимуляції в середньому становили $(0,44 \pm 0,02)$ мл/хв, після стимуляції $(1,14 \pm 0,03)$ мл/хв, в основній групі — $(0,45 \pm 0,02)$ мл/хв, після стимуляції $(1,08 \pm 0,04)$ мл/хв. Знижена саливація, зумовлена дією опромінення, у процесі спостереження відновлюється або наближається до нормальних значень. Вірогідної різниці

у відновленні показників секреторної функції слинних залоз між хворими дослідних груп не визначено.

Під час спостереження за хворими зареєстровано симптоми променевих реакцій СОПР: гіперемія, набряк, кровоточивість ясен, осередковий або зливний епітеліт, ерозивні та виразково-некротичні процеси. У 50–60 % пацієнтів після опромінення (20–40 Гр) виявлялися прояви променевого стоматиту, гіперемія слизової оболонки. Часто визначалися набряк, ерозії слизової оболонки, кровоточивість ясен, рідше — прояви осередкового або зливного епітеліту після опромінення сумарною дозою 40–60 Гр.

У процесі лікування апігелем в основній групі суттєво знижувалися прояви променевих ускладнень. Кровоточивість ясен, ерозії та виразки СОПР визначалися удвічі рідше через місяць після лікування, ніж у контрольній групі. При цьому явища некрозу та зливний епітеліт не спостерігалися у жодного пацієнта цієї групи через місяць після початку лікування (табл. 4).

Таблиця 3

Вплив місцевого лікування на слиновиділення у онкохворих після променевої терапії, абс. (%)

Ступінь ксеростомії	Контрольна група				Основна група			
	До лікування	1 міс.	6 міс.	1 рік	До лікування	1 міс.	6 міс.	1 рік
I	10 (50)	6 (30)	4 (20)	2 (10)	14 (63,6)	8 (36,4)	3 (13,6)	2 (9,1)
II	6 (30)	4 (20)	4 (20)	3 (15)	5 (22,7)	3 (13,6)	2 (9,1)	1 (4,55)
III	4 (20)	4 (20)	3 (15)	2 (10)	3 (13,6)	2 (9,1)	2 (9,1)	1 (4,55)
Норма	—	6 (30)	9 (45)	13 (65)	—	9 (40,9)	15 (68,2)	18 (81,8)

Таблиця 4

Частота місцевих проявів променевих реакцій у пацієнтів із новоутвореннями в ділянці голови та шії після променевої терапії у процесі лікування

Об'єктивний симптом	Контрольна група				Основна група			
	До лікування	2 тиж.	1 міс.	3 міс.	До лікування	2 тиж.	1 міс.	3 міс.
Гіперемія	9	5	2	2	9	4	0	0
Набряк	6	4	3	3	8	3	1	1
Кровоточивість ясен	9	6	4	2	7	3	2	1
Осередковий епітеліт	5	4	3	2	5	3	1	0
Зливний епітеліт	2	1	0	0	3	1	0	0
Виразки	4	3	2	0	4	2	0	0
Некрози	2	2	1	1	1	1	0	0

Зміна гігієнічного стану порожнини рота при лікуванні хворих із новоутвореннями в ділянці голови та шиї після променевої терапії

Група	Індекс гігієни, бали	
	До лікування	Через 1 міс. лікування
Контрольна, n=20 P _{квих}	2,41± ±0,32 —	2,18± ±0,26 >0,05
Основна, n=22 P _{квих} P _{контр}	2,48± ±0,30 >0,05	1,74± ±0,25 <0,05 >0,05

Перед початком лікування гігієнічний стан порожнини рота у 61 % пацієнтів було оцінено як незадовільний. Середній рівень якості гігієни, який визначали за допомогою індексу Федорова — Володкіної, дорівнював у середньому (2,44±0,31) бала. У цих же хворих виявлялася висока інтенсивність каріозного процесу (середнє значення індексу КПУ — 18,05±2,40). Розповсюдженість карієсу в обох групах хворих визначена у 100 %.

Після місячного курсу лікування було досягнуто статистично значуще покращання гігієнічного стану порожнини рота у пацієнтів основної групи, у контрольній групі зменшення індексу гігієни було невірорідним, менш вираженим (табл. 5).

Після місцевого застосування апігелю у пацієнтів основної групи спостерігалось тимчасове усунення сухості в роті, купірування відчуття дискомфорту, покращання стану СОПР, визначалися позитивні зрушення якісних характеристик ротової рідини (зменшувалися в'язкість, пінистість), що значно підвищувало якість життя хворих. Пацієнти здатні були вживати їжу без вираженого болісного синдрому і значно рідше вдавалися до полоскання порожнини рота чи використання штучної слини.

Порівняно з пацієнтами, яким проводилася протизапальна терапія традиційними методами, у хворих при застосуванні апігелю відзначено швидке зниження частоти виявлення набряку, ерозій СОПР, поменшали кровоточивість ясен, прояви осередкового та зливного епітелітів, виразково-некротичних процесів. Спостерігалось зниження ступеня вираженості ксеростомії, що сприяло покращанню гігієнічного стану порожнини рота, запобіганню

вторинної мікробної колонізації уражених слизових поверхонь. Застосування гелю «Апідент» скорочувало терміни відновлення структурно-функціональної цілісності СОПР, що підвищувало якість життя хворих, сприяло їх реабілітації.

Висновки

Гель «Апідент» при місцевому застосуванні в комплексній терапії променевих реакцій СОПР у хворих із новоутвореннями в ділянці голови і шиї, які отримали променево лікування, швидше знижує клінічні прояви та купірує їх.

Включення в схему лікування апігелю сприяє зменшенню ступеня ксеростомії, покращанню гігієнічного стану порожнини рота.

Результати досліджень свідчать про перспективність застосування гелю «Апідент» при лікуванні та профілактиці променевих реакцій СОПР у хворих з новоутвореннями в ділянці голови і шиї після променевої терапії для підвищення якості життя та рівня реабілітації.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Профилактика и лечение ранних лучевых реакций слизистой оболочки полости рта и глотки препаратами «Колетекс-гель-ДНК» и «Колетекс-гель-ДНК-Л» у больных со злокачественными новообразованиями орорингеальной зоны / Л. З. Вельшер, А. В. Бойко, Н. П. Шипилина, А. В. Нечеснюк // Медицинская радиология и радиационная безопасность. — 2012. — Т. 57, № 1. — С. 39–45.*
2. *Воробьев Ю. И. Лучевая терапия злокачественных опухолей челюстно-лицевой области и стоматологические проблемы / Ю. И. Воробьев // Российский стоматологический журнал. — 2006. — № 5. — С. 24–29.*
3. *Пат. 65288 Україна, МПК (2007) : А61К31/70, А61К31/195, А61К35/56 Гель для лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота різного генезу / Кравченко Л. С., Солоденко Г. М. ; заявник та патентовласник Одес. нац. мед. ун-т. — № u201108599 ;*

заяв. 11.07.2011 ; опубл. 25.11.2011 ; Бюл. № 22.

4. *Пожарицкая М. М. Роль слюны в физиологии и развитии патологического процесса твердых и мягких тканей полости рта. Ксеростомия. Стимуляция слюноотделения / М. М. Пожарицкая // Клиническая стоматология. — 2005. — № 3. — С. 42–45.*

5. *Нурмагомедов А. М. Гигиена полости рта, состояния зубов и разработка мер защиты у больных злокачественными опухолями челюстно-лицевой области при проведении лучевой терапии / А. М. Нурмагомедов // Медицинская радиология. — 1992. — № 2. — С. 64–69.*

6. *Ростока Д. Слюна и кариес зубов: диагностические тесты в зубоврачебной практике / Д. Ростока, Ю. Кройча, В. Кузнецова // Стоматология. — 2001. — № 5. — С. 7–10.*

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ПРОМЕНЕВИХ РЕАКЦІЙ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ НОВОУТВОРЕНЬ У ДІЛЯНЦІ ГОЛОВИ І ШИЇ ТА ЇХ УСУНЕННЯ

Застосування гелю «Апідент» у комплексній терапії променеви реакцій слизової оболонки порожнини рота (СОПР) у хворих із новоутвореннями у ділянці голови і шиї після проведення променевого лікування благотворно впливало на об'єктивні та суб'єктивні симптоми променеви реакцій. Відзначено швидке зниження частоти виявлення набряку, ерозій СОПР, визначалося менше випадків кровоточивості ясен, явищ осередкового та зливного епітелітів, виразково-некротичних процесів. Спостерігалось зниження ступеня вираженості ксеростомії, що сприяло покращанню гігієнічного стану порожнини рота, запобіганню вторинній мікробній колонізації уражених слизових поверхонь. Застосування гелю «Апідент» скорочувало терміни відновлення структурно-функціональної цілісності СОПР, що підвищувало якість життя хворих, пришвидшувало їх реабілітацію.

Ключові слова: променева терапія, променеві реакції, лікування, слизова оболонка порожнини рота, ксеростомія.

CLINICAL EFFECTS IN MANIFESTATIONS OF RADIATION REACTIONS OF THE ORAL MUCOUS MEMBRANE IN PATIENTS AFTER RADIATION THERAPY OF MALIGNANT NEOPLASMS IN THE AREA OF THE HEAD AND NECK AND THEIR REMOVAL

The application of the gel "Apident" in the complex therapy of radiation reactions of oral mucous membrane (OMM) in patients with neoplasms in the area of the head and neck after radiation treatment influenced favorably the objective and subjective symptoms of radiation reactions. There was observed fast fall in frequency of edema, OMM erosion, there were less often marked gingival hemorrhage, phenomena of focal and confluent epitheliitis, ulcerous-necrotic processes. There was noted reduction in the level of xerostomia manifestation, which promoted improvement of the oral hygienic condition, prevention of the secondary microbic colonization of the damaged mucous surfaces. The application of the gel "Apident" reduced terms of restoration of OMM structural-functional integrity, which improved life quality of patients and promoted their rehabilitation.

Key words: radiation therapy, radiation reactions, treatment, the oral mucous membrane, xerostomia.

УДК 616-002.3-056.5-076-085.33-085.37-06:612.017.1

М. М. Мішина, *д-р мед. наук, проф.*

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ НА СТАН ІМУННОЇ СИСТЕМИ ТА ЦИТОКІНОВИЙ БАЛАНС У ДІТЕЙ З ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ПРОЦЕСАМИ

Харківський національний медичний університет

Вступ

Проблеми терапії гнійно-запальних процесів (ГЗП) й пов'язаних з цим ускладнень, продовжують залишатися актуальними. Труднощі ранньої діагностики цих ускладнень, тривале лікування з низьким терапевтичним ефектом надають даній проблемі важливого медико-соціального й державного значення. Однією з причин несприятливих результатів лікування ГЗП є імунодепресивний стан. За останні десятиліття проведено низку досліджень, спрямованих на вивчення імунної відповіді та її порушень, а також шляхів корекції у різних груп хворих з гнійно-запальними процесами. Хірургічна агресія, у першу

чергу, впливає на показники клітинної ланки імунітету, призводячи до зниження рівня лімфоцитів периферичної крові в перші дві-три доби після операції, порушення нормального співвідношення між Т- і В-лімфоцитами і співвідношення між субпопуляціями Т-лімфоцитів [1; 9].

Імунодефіцит у хворих з післяопераційними гнійно-септичними процесами має складний патогенез, у розвитку якого великого значення, поряд з високим рівнем ендотоксикозу, мікроциркуляторних розладів і порушеннями анаболічних процесів, набувають кількісні та якісні зміни основних ланок імунної системи. Зниження імунного потенціалу організму у пацієнта сприяє підвищенню як про-

запальних, так і ГЗП, але й збільшує ризик його генералізації та вторинного інфікування. Сьогодні приділяється велика увага патогенезу порушень імунної відповіді та її корекції при хірургічних ГЗП [7; 8]. В основі вторинного імунодефіциту при даній патології лежать кілька механізмів: загибель клітинних популяцій, дисбаланс клітинних популяцій, функціональна клітинна блокада рецепторів за рахунок зв'язування рецепторного апарату мікробними екзо- і ендотоксинами. У ранній фазі виникають такі порушення в імунній системі: зниження рівня активних речовин, що беруть участь у регуляції гуморального та клітинного імунітету, зменшення відносного й аб-