

Стоматолошки факултет – Скопје  
 Клиника за детска и превентивна стоматологија  
 Медицински центар – Титов Велес

### ЗАБОЛУВАЊА НА МЕКИТЕ ДЕЛОВИ КАЈ ДЕЦАТА\*

#### Клинички и лабораториски испитувања

Богданова Љупка, Љубинка Нечева, М. Царчев

*Заболувањата на меките делови кај децата се чести и разновидни. Кај 600 деца кои имале гингивити, стоматити, глосити, тонзилити, херп ангини и др., извршени се клинички, микробиолошки, лабораториски испитувања и антибиограм, а потоа била одредена терапија. Кај децата каде што терапијата била одредувана по антибиограмот, болеста поминувала по 3-4 дена, а кај децата кои биле лекувани со стандардни методи, болеста поминувала по 7-10 дена.*

За бројноста на заболувањата на меките делови кај децата потпомага добрата циркулација, инервација и размена на материите од различна етиологија: 1) ендогена – наследство, ендоктрини фактори, заболувања на крвните садови и др., 2) егзогена – механички, хемиски и термички оштетувања на кои се надоврзува бактериска инфекција.

Познато е дека нормалната бактериска флора на усната шуплина, при нарушена биолошка рамнотежа, општ и локален имунитет, покажува патолошки реакции кои се манифестираат различно во клиничката патологија.

Клиничките и лабораториските испитувања придонесуваат да се надополни клиничката дијагноза и да се одреди адекватна терапија. Љушкових и сор. (1978), преку анализите на крвта кај 512 лица со дентален фокус и 120 здрави лица, констатирале дека постои отстапување од нормалните вредности во крвта на испитуваната група која имала авитални заби. Угусу и сор. (1978), при херпетичниот стоматит кај 130 возрасни, установиле дека заболувањето траело просечно 18 дена, дека жените заболувале повеќе од мажите и дека заболувањето, генерализирано, кај возрасните има поблага форма отколку кај децата. Сеизова и сор. (1978), кај 12 пациенти со орален лихен планус, нашле дека само два пациенти имале манифестации на кожата, и тоа дека тежината на епителните промени е во директна зависност од степенот на дегенеративните промени во базалниот слој на епителот. Орлов и Мирковић (1978), преку патохистолошките промени, вршеле процена на имуниот одговор на организмот при афтозните лезии и утврдиле дека ритамот на формирањето на афтозната лезија има карактеристики за алергиските реакции од доцен тип.

\* Трудот е читан на VIII-от конгрес на стом. на Југославија, Врњачка Бања, 1984

Целта на трудот е, преку клинички и лабораториски испитувања на најчестите заболувања на устата кај децата, да се утврди микробната флора и да се одреди соодветна терапија.

### Материјал и метод на работа

Опсервирани се 600 деца на возраст од 2 до 14 години со промени во устата (стоматити, гингивити, глосити, тонзилити), кај кои дијагнозата била поставена врз основа на субјективните, објективните симптоми и клиничката слика. Кај 470 деца бил земен брис, бил одредуван типот на микроорганизмот, бил изработен антибиограм и крвна слика, а кај 300 деца била направена и уште имуноелектрофореза, па потоа била одредувана терапија. Контролната група ја сочинувале 130 деца со исти заболувања, при кои по поставената дијагноза не биле вршени лабораториски испитувања, а третирани биле со стандардна терапија.

### Резултати

ТАБЕЛА I  
МИКРОБИОЛОШКИ НАОД НА ИСПИТУВАНАТА ГРУПА

Бактерии								Вируси				Габички	
streptococcus staphilococcus		fuzio-borelioza		echerichia coli		proteus mirabilis		herpes		soxaci		candida	
број на децата	%	број на децата	%	број на децата	%	број на децата	%	број на децата	%	број на децата	%	број на децата	%
160	53,3	90	30,0	35	11,6	15	5,0	120	70,5	50	29,4	200	66,6
вкупно				300				170				200	

ТАБЕЛА II  
КРВНА СЛИКА НА ИСПИТУВАНАТА ГРУПА

	Број на децата	нормална		зголемена леукоцитоза и седиментација		леукопенија и лимфоцитоза	
		број	%	број	%	број	%
Бактериска инфекција	300	80	26,6	220	73,3	-	-
Вирусна инфекција	170	40	23,5	-	-	130	76,4

ТАБЕЛА III  
ИМУНОЕЛЕКТРОФЕРЕЗА НА ИСПИТУВАНАТА ГРУПА

Број на децата	IgA	IgG	IgM
	нормални вредности	намалени вредности	
300	162 54,0%	138 46,0%	



## Дискусија

При нашите исптаници, врз основа на клиничките и лабораториските испитувања, најдовме на стандардни предизвикувачи на заболувањата на устата. Најбројна (кај 300 деца) беше бактериската флора: *streptococcus β haemoliticus* од групата А и *staphilococcus aureus* кај 53,3%, деца, *fusoborelia* беше најдена кај 30,0% деца, *escherihia coli* кај 11,6% деца, а кај 5,0% деца беше најден *proteus mirabilis*. Кај 170 деца – 36,6% од вкупно заболениите, болеста ја предизвикал вирус, и тоа кај повеќето од нив (75,5%) инфекцијата беше со херпетичниот вирус, додека кај 29,4% предизвикувачот беше сохаси вирус. Покрај оваа бактеријална флора, беше пронајден и лактобацил кај децата до две години, *streptococcus haemoliticus*, непатогени неисерии, како и друга непатогена флора.

Од вкупно 470 деца со промена во устата од вирусна или бактериска етиологија, кај 200 деца (66,6%) беше најдена и габна инфекција, предизвикана од *candida albicans*.

Кај 300 деца со бактериска инфекција во устата, крвната слика кај 80 (26,6%) беше нормална, додека кај 220 (73,3%) покажа зголемен број леукоцити и зголемена седиментација. Од 170 деца со вирусна инфекција во устата, кај 130 (76,4%) крвната слика покажа леукопенија и лимфоцитоза, додека кај 40 (23,5%) крвната слика покажа леукопенија и лимфоцитоза, додека кај 40 (23,5%) деца таа беше нормална. Според тоа, може да се рече дека нешто поголем број деца со бактериска етиологија на болеста има нормална крвна слика (26,6%) во споредба со децата кај кои етиологијата беше вирусна (23,5%), така што кај повеќето деца организмот реагираше на промените во устата со соодветна промена во крвната слика.

Извршената имуоелектрофореза кај 300 деца (64,2%) покажа дека нешто повеќе од половина од децата имаа нормални вредности, што би се рекло дека половината заболени имаа добра имунолошка отпорност на различни видови инфекции, додека смалените вредности кај 46,0% деца зборуваат дека тоа се деца од лимфатичен, односно аденоиден тип. Кај тие деца, по правило, беше присутен акутен или хроничен лимфаденит, па затоа организмот реагираше бурно на инфективниот агенс.

Со цел секое дете да добие соодветна терапија, кај сите исптаници каде што беше најдена бактеријална инфекција беше направен антибиограм, врз основа на кој беше магистрално направен лек за локална апликација, со состав: натриумов борат, глицерини, анестезини, пронизони и соодветен антибиотик (гарамицин, бактерим, синерсул, орбенин, еритромицин, таликор). Покрај тоа, беа употребени и локални антисептични средства: метилен блау и генцијана виолет со задолжителна витаминска терапија.

Кај габните заболувања, локално или преку уста, беше даван нистатин.

Кај вирусните заболувања, како магистрален лек, употребивме сулфонамидски препарат и еден од најфикасните и најуспешни фармаколошки средства – интерферон, како емулзија, неколку пати на ден. Вирумерз, виругон и вирустат употребивме во вид на маст кај везикулите околу устата, а за промивање на устата беше употребен и риванол.

Доколку детето имало висока температура или лимфаденит, беше применувана и парентерална терапија со антибиотици или терапија со сулфонамиди.

Кај сите наши пациенти, кај кои имуоелектрофорезата покажа пониска вредности, а болеста имаше бурен ток, со високи температури и ремисии, во консултација со инфектолог, беше даван и гамаглобулин, кој придонесе отпорноста на организмот да се подигне и да се постигне побрзо и комплетно оздравување.

Контролната група од 130 болни деца со истите заболувања беше лекувана со стандардна терапија. Споредувајќи ги резултатите постигнати со лекувањето на обете групи деца, евидентно е дека кај децата кај кои беше направен антибио-



рам и ординирана соодветна терапија, болеста траеше 3-4 дена од почетокот на терапијата, додека кај контролната група деца болеста траше 7-10 дена, а нејзиниот тек беше потежок.

### Заклучок

Компарирајќи ги резултатите од терапискиот ефект на групата деца со лабораториски испитувања и контролната група, беше најдено дека:

1. кај пациентите кај кои беше направен антибиограм и потоа одредена терапија, болеста траеше 3-4 дена од почетокот на терапијата, за разлика од пациентите кои беа лекувани со стандардна терапија, каде што болеста траеше од 7-10 дена;

2. крвната слика на пациентите со орални манифестации од бактериска етиологија беше нормална кај 26,6% од децата, а кај 73,3% покажа зголемена седиментација и леукоцитоза, додека кај децата со вирусна етиологија, кај 23,5% крвната слика беше нормална, а кај 76,4% покажа леукопенија и лимфоцитоза;

3. извршената имуноелектрофореза покажа дека нешто повеќе од половината деца (54,0%) имаа нормални вредности, што значи дека повеќе од половината деца имаа добра имунобиолошка отпорност на секаков вид инфекција.

### MOUTH DISEASES – CLINICAL AND LABORATORIES INVESTIGATIONS

#### Summary

Autors investigated 600 children from 2 – 14 years with mouth diseases: gingivitis, gingivostomatitis, tonsilitis and so on. In 470 children they did antibiogram, blood picture and in 300 children immunoelectroforezis and therapy scedule was prescribed.

In 130 children they used habitual therapy.

In the patients with bacterial infections they medicated topical application with: natrii borati, glycerini, anestezini, pronizoni and corresponding the antibiogramma (garamycin, bactrim, sinersul, orbenin, eritromycin, talycor), metilen blau and gentiana violet.

In the patients with fungus infection they used nistatin.

In the patients with virus diseases they applied sulfonamides and interferon emulsion. For vesticles they used unguent: virumerz, virugon or virustat.

In patients with antibiogramme the disease was permanent from 3-4 days. In the patients with habitual therapy the diseases continued 7-10 days.

#### Литература

1. Љушковић Б. и сар.: Значај хематогених промена у откривању денталног фокуса, XIII стом. недела СРС, Зборник радова, 20, 1978.

2. Урусу И., и сар.: Клиничко-дијагностички проблеми херпетичних стоматитиса код одраслих особа, XIII стом. недела СРС, Зборник радова, 25, 1978.

3. Орлов С., Б. Мирковић: Патохистолошке промене у процени имуног одговора код афтозних лезија, XIII стом. недела СРС, Зборник радова, 43, 1978.