

190 с.

3. Марченко А.И., Руденко М.М. Кандидозы слизистой оболочки полости рта. Киев: Здоровье, 1978. 72 с.

4. Мухарлямов Н.М. Ранние стадии недостаточности кровообращения. М.: Медицина, 1978.

5. Пастухов В.А. О взаимосвязях секреции и кровоснабжения околоушных слюнных желез//Физиол.журнал СССР. 1970.Т.61. N3. С.407-412.

6. Рабинович И.М., Никитенко С.Н., Могилевский Г.М. и др. Клинико-функциональная характеристика слюнных желез и слизистой оболочки полости рта у больных тяжелой формой са-харного диабета//Здравоохранение Туркестана. 1989. N5. С.27-30.

7. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Богин Ю.А. и др. Обследование больных с заболеванием слюнных желез. Москва. Стоматология. 1972. N4. С.57-62.

8. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев В.В., Морозов А.Н. Заболевания и повреждения слюнных желез. М.: Медицина, 1987. С. 239.

9. Ронь Г.И. Хронические заболевания слюнных желез (эпидемиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение сиалозов и сиаладенитов): Автореф. дисс. ... докт.мед.наук. Екатеринбург, 1992. 285 с.

10. Ронь Г.И. с соавт. Хронический паренхиматозный паротит и болезнь (синдром) Шегрена. Екатеринбург, 1993. 80 с.

11. Ронь Г.И., Харитонов М.П., Филипченко Е.Б. Результаты обследования больных глоссалгией по данным кафедры терапевтической стоматологии Уральского государственного медицинского института. Вопросы организации и экономики в стоматологии. Екатеринбург, 1994 С.92-95.

12. Рыбаков А.И., Чемидзе Л.Н. Стоматологические заболевания и их взаимосвязь с внутренними органами. Тбилиси, 1976.

13. Рыбаков А.И., Банченко Г.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта. М.: Медицина, 1978.

УДК 616.316:616-074

Е. С. Васильева

ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ
Кафедра хирургической стоматологии

Известно, что механизмы взаимодействия и взаимного влияния поджелудочной и слюнных желез носят тонкий и сложный характер и их проявления неоднозначны [2-4].

Многочисленные симптомы свидетельствуют о нарушении функций слюнных желез и о проявлениях в полости рта, связанных с ними, у больных хроническим панкреатитом [1]. Все это диктует необходимость подбора наиболее информативных лабораторных тестов для выявления ранних признаков морфо-функциональных изменений в слюнных железах при хроническом панкреатите.

Для осуществления этой задачи у 78 больных хроническим панкреатитом было проведено изучение скорости саливации, вязкости слюны, морфологическое исследование биоптатов малых слюнных желез нижней губы (световая и электронная микроскопия, морфометрия), изучение биохимического состава секрета слюнных желез (содержание общего белка, активности альфа-амилазы, щелочной фосфатазы, перекисного окисления липидов).

Анализ данных, полученных при изучении скорости саливации, показал снижение слюноотделения во всех группах больных хроническим панкреатитом (таблица). Наиболее существенные отличия показателя сиалометрии в группах больных были получены после стимуляции саливации, что позволило говорить не только о снижении фоновой секреции, но и о нарушениях резервных возможностей секреторной активности слюнных желез.

Скорость саливации у больных хроническим панкреатитом (мл за 10 мин), (M±m)

Группы обследуемых больных	Показатели сиалометрии		
	До стимуляции саливации	После стимуляции саливации	Разница показателей
Хронический панкреатит в сочетании с гастритом (n=16)	3,24±0,29	4,49±0,29	1,25±0,29
Хронический панкреатит в сочетании с язвенной болезнью (n=5)	6,58±0,85	5,58±0,53	-1,0±0,69
Хронический панкреатит в сочетании с билиарной патологией (n=41)	3,66±0,28	4,15±0,28	0,49±0,28
Хронический первичный панкреатит (n=16)	3,50±0,51	3,69±0,35	0,19±0,05
Контрольная группа (n=26)	4,28±0,21	5,45±0,49	1,17±0,65
P	P ₁₋₂ <0,05	P ₁₋₂ >0,05	P ₁₋₂ >0,05
	P ₁₋₂ >0,05	P ₁₋₂ >0,05	P ₁₋₂ <0,05
	P ₁₋₂ <0,05	P ₁₋₂ <0,05	P ₁₋₂ <0,05
	P ₁₋₂ <0,05	P ₁₋₂ <0,05	P ₁₋₂ <0,05

Интересную информацию о состоянии секреторной функции слюнных желез несет оценка показателя разности до и после стимуляции саливации. При формах хронического панкреатита, отличающихся наиболее тяжелым течением, первичном панкреатите и хроническом панкреатите, сочетающемся с патологией печени и желчевыводящих путей, этот параметр был в несколько раз ниже аналогичного показателя контрольной группы.

Информативность показателей скорости саливации для каждого отдельного больного позволяет использовать сравнение их в динамике для характеристики направленности патологического процесса: как местного сиалоза, так и общего - характера течения хронического панкреатита.

При оценке вязкости слюны у больных тропическим панкреатитом было обнаружено достоверное увеличение данного параметра по сравнению с контролем.

Анализ полученных данных показал, что при всех формах хронического панкреатита исходный уровень активности альфа-амилазы слюны было значительно ниже, чем в контрольной группе. Эти показатели подчеркивают глубину изменений секреторной активности слюнных желез, указывая на снижение секреторнопродукцирующей функции.

Сопоставление в системе ПОЛ-АОЛ плазмы крови и слюны при различных формах хронического панкреатита отражало лишь общий дисбаланс этой системы в организме.

При морфологическом и электронно-микроскопическом исследовании биоптатов малых слюнных желез удалось выявить значительные структурные изменения. Показатели морфометрии (количество "точек" стереометрической сетки) отражают глубину и локализацию патологических процессов.

Изменения в тканях пародонта, выявленные в 100% случаев у больных хроническим панкреатитом, коррелировали с результатами лабораторного исследования смешанной слюны, в которых отмечалось повышение уровня общего белка и достоверное увеличение активности щелочной фосфатазы - биохимических маркеров интенсивности воспаления.

Таким образом, изучение смешанной слюны и гистологические исследования, будучи вполне доступными и простыми, могут быть использованы для изучения структуры и функции слюнных желез у больных хроническим панкреатитом и индивидуальной оценки глубины поражения слюнных и поджелудочной желез. Для раннего выявления патологических процессов целесообразно использовать следующие методы исследования: сиалометрию, определение уровня активности альфа-амилазы, щелочной фосфатазы.

Выявление начальных проявлений поражения слюнных желез и назначение корригирующей терапии позволит предупредить и уменьшить возможность возникновения более тяжелых патологических процессов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева Е.С. Разработка и внедрение методов восстановления и реабилитации нарушенных функций и структур организма: Тез. докл. 1 обл. мед. научно-практ. конф. Молодых ученых и специалистов. Свердловск, 1987. С.7-8.
2. Дударь Л.В., Гусак М.М. //Врачебное дело. -1981. N 12. С.32-34.
3. Россолау Т.О. Механизмы регуляции деятельности и функциональная диагностика болезней поджелудочной железы. Тарту. 1979. С. 86-91.
4. Nachiero M., Adler M., Pieroni P.L. // Amer.J. Gastroenterol. 1978. V. 706. N2. P.151-154.