

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ (России)
УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

На правах рукописи

ВАСИЛЬЕВА Евгения Спартаковна

УДК
616.316-07-08:616.37-002

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ
СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА
У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

14.00.21 - СТОМАТОЛОГИЯ

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Екатеринбург - 1995

Работа выполнена на кафедре хирургической стоматологии Уральского государственного медицинского института.

Научные руководители: доктор медицинских наук,
профессор Л.П.Мальчикова
доктор медицинских наук,
профессор Т.Н.Постникова

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук,
профессор Е.Ю.Симановская
кандидат медицинских наук,
доцент Т.М.Еловикова

Ведущая организация Тверской государственный
медицинский институт

Защита диссертации состоится "___" _____ 1995 г.
в ___ часов на заседании диссертационного совета Д.084.10.02 при
Уральском государственном медицинском институте Министерства
здравоохранения РФ (Россия) (620219. Екатеринбург, ул. Репина, 3)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института
(г.Екатеринбург, ул. Ермакова, 17).

Общая характеристика работы

Актуальной проблемой современной стоматологии, привлекающей внимание многих исследователей, являются поражения слюнных желез и органов полости рта, возникающие в ответ на различные патологические процессы в организме. При этом изменение в слюнных железах носят реактивно-дистрофический характер. Данный вид патологии получил название "сиалоз" и занимает значительное место в группе хронических заболеваний слюнных желез, так как встречается среди них довольно часто (79.64% - по данным Ронь Г.И., 1992).

Сопровождаясь болевым симптомом, нарушением саливации, поражением органов и тканей полости рта, развитие сиалоза приводит к снижению трудоспособности, что придает проблеме не только медико-биологическое, но и социальное значение.

Слюнные железы, являясь органами как экзокринной, так и эндокринной секреции, тонко реагируют на нарушения деятельности других органов пищеварения, в том числе и поджелудочной железы. Это доказано клиническими и экспериментальными исследованиями, которые проводились в последние десятилетия многими авторами (Колесов В.В., 1987; Куцик Л.Б., 1987; Ромачева И.Ф., 1987; Шубникова Е.А., 1980; Nachiero M. et al, 1978 и др.). Единые механизмы экзокринной секреции также определяют тесную функциональную взаимосвязь между слюнными и поджелудочной железами (Россолау Т.О., 1979; Шостаковская И.В., 1983; Young J.A. et al., 1987; Izutsa K.T. et al., 1987).

Кроме того, поджелудочная железа является центральным органом в системе пищеварения, так как вырабатываемые ею ферменты принимают участие во всех фазах пищеварительного процесса.

Многочисленными экспериментальными исследованиями (Богер М.М., 1984; Канаян А.С., 1985; Климов П.К., 1980; Кулик В.П. с

соавт., 1985; Handerson J.R. et al., 1981; Worning H., 1984) доказаны изменения функции желудка, желчевыводящих путей и печени, тонкого кишечника при развитии патологии поджелудочной железы. Это патологическое влияние на пищеварительные органы поджелудочной железы реализуется посредством нервно-рефлекторных и гуморальных механизмов.

Выбор для исследования больных хроническим панкреатитом является актуальным еще и потому, что данная патология - часто встречающееся заболевание, рост которого в последнее десятилетие отмечается как у нас в стране, так и за рубежом (Геллер Л.И., 1990; Григорьев П.Я. с соавт., 1990; Кузин М.И. с соавт., 1985; Greenberger N.J., 1985; Stolte M., 1984; Wohlgemut B., 1990).

Таким образом, комплексный подход к исследованию стоматологического статуса у больных первичным хроническим панкреатитом и панкреатитом в сочетании с заболеваниями других пищеварительных органов (желудка, печени, желчевыводящих путей) позволили нам глубже понять характер имеющейся патологии со стороны слюнных желез и органов полости рта и наметить комплексное этиотропное и патогенетическое лечение в каждом конкретном случае.

Целью настоящей работы явилось повышение эффективности лечения поражений слюнных желез, органов и тканей полости рта у больных хроническим панкреатитом на основе углубленного изучения характера данных изменений, выработки оптимальных критериев их диагностики и методов корригирующей терапии.

Для достижения цели работы предполагалось решить следующие задачи:

1. Выявить частоту и характер поражения слюнных желез при хроническом панкреатите с учетом клинических, лабораторных и инструментальных данных.

2. Изучить состояние органов и тканей полости рта при

хроническом панкреатите.

3. Оценить состояние слюнных желез, органов и тканей полости рта в сочетании с изучением патологии желудочно-кишечного тракта и функции поджелудочной железы у больных хроническим сиаладенитом.

4. Провести сопоставление различных клинических и лабораторных методов исследования и выделить наиболее информативные из них для диагностики поражения слюнных желез и степени тяжести общего заболевания у больных хроническим панкреатитом.

5. Разработать комплекс профилактических и лечебных мероприятий при поражении слюнных желез и органов полости рта при хроническом панкреатите.

Научная новизна. Впервые проведено комплексное целенаправленное исследование состояния слюнных желез и изменений со стороны органов и тканей полости рта при хроническом панкреатите. На основании современных методологических подходов (с учетом клинических, лабораторных, инструментальных исследований) проанализирован характер морфологических и функциональных изменений в слюнных железах при различных формах хронического панкреатита. Впервые оценено состояние функции поджелудочной железы у больных хроническим сиаладенитом. В составе корригирующей терапии нарушений секреторной функции слюнных желез при хроническом панкреатите предложен новый способ лечения сиалозов.

Практическая значимость работы и внедрение. Установлено, что важным фактором в развитии патологических изменений органов и тканей полости рта у больных хроническим панкреатитом является нарушение морфо-функционального состояния слюнных желез.

С целью их выявления и динамического контроля в процессе лечения практической медицине предложен оптимальный набор достаточно чувствительных и доступных лабораторных тестов.

Проведена апробация разных методов коррекции секреторной функции слюнных желез. Практической медицине предложен эффективный метод лечения сиалозов путем введения в протоки слюнных желез раствора каротина в масле.

У больных хроническим сиаладенитом выявлено снижение экзокринной функции поджелудочной железы, рекомендована коррекция выявленных изменений.

Предложенные методы диагностики и лечения больных хроническим панкреатитом и хроническим сиаладенитом внедрены в практику областного гастроэнтерологического центра, ОКБ N1, ГКБ N40, ГСП N1 г.Екатеринбурга. Результаты исследований используются в преподавании на кафедре хирургической стоматологии УГМИ.

Положения, выносимые на защиту.

1. Тяжесть патологических изменений со стороны слюнных желез, органов и тканей полости рта у больных хроническим панкреатитом коррелирует с формой основного заболевания. При этом результаты клинко-инструментального и лабораторного исследований структуры и функции слюнных желез могут быть использованы как для характеристики степени их поражения, так и в качестве дополнительной тест-системы для уточнения степени тяжести общего состояния больного.

2. Важным патогенетическим звеном в развитии стоматологической патологии при хроническом панкреатите является поражение слюнных желез, характеризующееся нарушением их экзокринной функции.

3. Эффективным методом патогенетической терапии поражений слюнных желез при хроническом панкреатите является проведение комплекса стимулирующей, секретолитической и заместительной терапии, направленной на восстановление и компенсацию экзокринной функции слюнных желез.

4. При выраженном снижении экзокринной функции поджелудочной железы у больных хроническим сиаладенитом необходимо назначение

данной категории больных заместительной ферментативной терапией.

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены на VI республиканской конференции врачей-стоматологов (г.Ижевск, 1988), на клинических конференциях областной клинической больницы №1 г.Свердловска (1988, 1989), на совместном заседании областного общества стоматологов и сессии молодых ученых Свердловского медицинского института (1989), на заседаниях Свердловского общества стоматологов (1991, 1992), годичной сессии Свердловского медицинского института (1990, 1991), на областной конференции стоматологов (г.Екатеринбург, 1993), на сессии молодых ученых Уральского медицинского института (1994), на научной конференции "30 лет центральной научно-исследовательской лаборатории УГМИ" (1994).

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 14 научных работ.

Объем работы. Диссертация изложена на 163 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов, трех глав собственных наблюдений, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа содержит 36 таблиц и 17 рисунков.

Материалы и методы исследования.

Для выполнения поставленных задач проведено обследование, лечение и диспансерное наблюдение 78 больных хроническим панкреатитом и 22 больных хроническим сиаладенитом.

При распределении больных хроническим панкреатитом использовалась видоизмененная классификация А.Л.Гребнева (1982), принятая в гастроэнтерологической клинике УГМИ. По нозологическим формам были выделены следующие группы больных:

1. хронический панкреатит в сочетании с хроническим

гастритом с выраженной секреторной недостаточностью желудка (16 человек),

2. хронический панкреатит в сочетании с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (5 человек),

3. хронический панкреатит в сочетании с билиарной патологией (желчнокаменной болезнью, некалькулезным холециститом, дискинезией желчного пузыря) (41 человек),

4. хронический первичный панкреатит (без выраженной сопутствующей патологии) (16 человек).

С учетом изменения экзокринной функции поджелудочной железы были выделены две группы больных:

1. Больные хроническим панкреатитом без нарушения или с умеренным нарушением экзокринной функции поджелудочной железы (снижение активности одного панкреатического фермента в дуоденальном содержимом).

2. Больные хроническим панкреатитом с выраженным нарушением экзокринной функции поджелудочной железы (снижение активности двух и более ферментов дуоденального содержимого).

В группе больных хроническим сиаладенитом, согласно классификации И.Ф.Ромачевой (1987) были выделены паренхиматозная и интерстициальная формы.

Все обследованные пациенты осматривались совместно с гастроэнтерологом. Обследование проводилось на базе городской клинической больницы N40 г. Екатеринбурга, в гастроэнтерологическом центре. Диагноз хронического панкреатита подтверждался на основании совокупности клинической симптоматики, а также общих и специальных методов исследования. Лабораторно-инструментальные методы исследования больных, помимо общего анализа крови, мочи, копрологического исследования включали комплекс функциональных тестов оценки состояния органов пищеварительного тракта.

Оценка состояния слюнных желез и полости рта начиналась с

выявления жалоб и анамнеза заболевания.

Затем проводили подробное изучение стоматологического статуса. Контроль за гигиеническим состоянием полости рта проводили на основании определения гигиенического индекса по Грину - Вермилyonu (1960). Полость рта и зубы обследовали общепринятыми методами с использованием зеркала и зонда. Поражаемость кариесом определялась по наличию зубов с кариозными полостями, запломбированных, удаленных и подлежащих удалению (индекс КПУ). При изучении состояния тканей пародонта выделяли гингивит, пародонтит, пародонтоз, используя при диагностике устройство для измерения глубины пародонтальных карманов (Е.С.Васильева, Л.Д.Герасимова, рационализаторское предложение 1126 от 01.04.85), пробу Шиллера-Писарева, ортопантомо-сиалогаммы. Степень воспалительных изменений в них количественно определялась комбинированным периодонтальным индексом (П.А.Леус, 1988).

Для оценки состояния структуры слюнных желез была использована модифицированная методика контрастной сиалогаммы с водорастворимыми рентгеноконтрастными препаратами - "Верографин" 76% (по Э.А.Александровой с соавт., 1982).

Сиалометрию (определение объема слюны, выделяющегося за 10 мин) проводили с целью установления степени нарушения секреторной функции слюнных желез.

Вязкость секрета определяли при помощи зубо-врачебного шпателя (О.В.Рыбалов, 1986).

Гистологическая характеристика структурных изменений в слюнных железах при хроническом панкреатите была проведена по результатам морфологического изучения биоптатов малых слюнных желез нижней губы (световая и электронная микроскопия).

В препаратах каждого больного проводили морфометрическое исследование срезов малых слюнных желез методом "точечного счета" с помощью молекулярной стереометрической сетки (Г.Г.Автандилов,

1973).

Микробиологическое исследование мазков со слизистой полости рта проводилось с использованием видоизмененной методики оценки степени адсорбции (фиксации) микроорганизмов эпителиальными клетками слизистой оболочки полости рта (И.Р.Данилевский с соавт., 1988).

Биохимические исследования секрета слюнных желез проводились в следующем объеме:

а) определение содержания общего белка по Lawry,
б) определение активности альфа-амилазы (G.Fischer, et al, 1975).

в) определение активности щелочной фосфатазы (Bessey -Lawry -Brok, 1940) с помощью набора "Biolatest", "Lachema" (ЧССР).

г) активность перекисного окисления липидов и антиоксидантных систем в слюне оценивалась по результатам определения суммарной антиокислительной активности (АОА), содержанию малонового диальдегида (МДА) в слюне (Л.Т.Шмелева, 1985).

Обработка результатов исследования проводилась методом вариационной статистики (А.М.Марков с соавт., 1974) с помощью программированного калькулятора МК-61М и набора программ, подготовленного сотрудниками кафедры физики СГМИ.

Результаты исследования и их обсуждение.

В ходе исследования выявлено, что большинство обследованных больных страдало хроническим панкреатитом в сочетании с билиарной патологией - 52.6%, по 20.5% приходилось на патологию хронического панкреатита в сочетании с гастритом и первичный панкреатит, 6.4% составило сочетание хронического панкреатита с язвенной болезнью.

В зависимости от состояния экзокринной функции поджелудочной железы больные распределялись по двум группам. В первую группу (45.4%) вошли больные без поражения или с умеренным нарушением

функции поджелудочной железы, вторую группу (54.6%) составили пациенты с выраженными нарушениями экзокринной функции поджелудочной железы.

При обследовании больных обращает на себя внимание отсутствие ярких клинических симптомов поражений слюнных желез и, как следствие, незначительный процент пациентов с жалобами на изменения в самих слюнных железах. В то же время данные обследования свидетельствовали о нарушении функций этих органов и о проявлениях в полости рта, связанных с ними.

При осмотре более чем в половине случаев были выявлены изменения состояния слизистой оболочки полости рта (атрофия, сухость), как следствие гипосаливации. Эти изменения слизистой оболочки, не являясь патологическими, могут оказаться фоном для развития предраковых заболеваний (Е.В.Боровский, Н.Ф.Данилевский, 1981), что и было зафиксировано в ряде случаев.

Для исследования секреторного выделения слюнными железами нами было проведено изучение скорости саливации (за 10 минут). Анализ полученных данных позволил выявить снижение слюноотделения во всех группах больных хроническим панкреатитом (табл. N1). 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 нарушении резервных возможностей секреторной активности слюнных желез. Интересную информацию о состоянии секреторной функции слюнных желез у больных хроническим панкреатитом можно было получить при оценке разности показателя 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. При анализе сиалометрии в группах больных с различной степенью нарушения экзокринной функции поджелудочной

железы было выявлено незначительное снижение показателя скорости слюноотделения как до, так и после стимуляции по сравнению с контрольной группой.

Таблица 1.

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

Группы обследуемых больных	Показатели синалометрии		
	до стимуляции саливации	после стимуляции саливации	разница показателей
1.Хронический панкреатит в со- четании с гаст- ритом (n=16)	3.24±0.29	4.49±0.29	1.25±0.29
2.Хронический панкреатит в со- четании с язвен. болезнью(n=5)	6.58±0.85	5.58±0.53	-1.00±0.69
3.Хронический панкреатит в со- четании с били- арной патологией (n=41)	3.66±0.28	4.15±0.28	0.49±0.28
4.Хронический первичный панк- реатит (n=16)	3.50±0.51	3.69±0.35	0.19±0.05
5.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 ₁₋₃ >0.05	P ₁₋₃ >0.05	P ₁₋₃ <0.05
	P ₁₋₄ <0.05	P ₁₋₄ <0.05	P ₁₋₄ <0.05
	P ₁₋₅ <0.05	P ₁₋₅ <0.05	P ₁₋₅ <0.05

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

Анализ полученных данных показал, что при всех формах хронического панкреатита исходный уровень активности альфа-амилазы смешанной слюны был значительно ниже, чем в

контрольной группе. Характерно, что после стимуляции саливации при первичном панкреатите, в отличие от других форм не наблюдалось тенденции к увеличению, а наоборот, происходило снижение активности данного фермента.

О функциональном состоянии клеточных мембран ацинарных клеток железистой ткани косвенно судили по изменению содержания продуктов перекисного окисления липидов (в частности - малонового диальдегида) и уровня суммарной антиокислительной активности. Анализ этих данных свидетельствует о патогенетическом характере изменений в системе ПОЛ-АОА у больных хроническим панкреатитом, а сопоставление значений этих показателей в плазме крови и слюне отражает общий дисбаланс системы ПОЛ-АОА в организме. Реакция слюнных желез на стимуляцию саливации при отдельных формах хронического панкреатита, сопровождающаяся нарастанием дисбаланса в системе ПОЛ-АОА, свидетельствует о необходимости ограничения функциональных нагрузок на слюнные железы, что нашло отражение в предложенном лечебном комплексе, предусматривающем преимущественно заместительное лечение при нарушении функции слюнных желез III степени.

Изучение структурных изменений слюнных желез на органном уровне было осуществлено при помощи контрастной сиалографии. При проведении данного метода исследования удалось установить характерные изменения, отражающие две стадии развития поражения слюнных желез, протекающие преимущественно по интерстициальному типу.

Полученные рентгенологические данные коррелируют с морфологическими исследованиями структуры этих органов. 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 (табл. N2).

ПОКАЗАТЕЛИ МОРФОМЕТРИИ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

при хроническом панкреатите ($M \pm m$)

Группы обследуемых	Ацинусы	Просвет сосуда	Стенка сосуда	Просвет протока	Стенка протока	Центрицинозный проток	Соединит. ткань	Инфильтрат
I. Хронический панкреатит + гастрит n=16	89.40 $\pm$ 0.67	1.45 $\pm$ 0.35	1.00 $\pm$ 0.60*	0.50 $\pm$ 0.07*	2.90 $\pm$ 0.90	4.35 $\pm$ 0.25*	0.10 $\pm$ 0.01	0
II. Хронический панкреатит + язв. б-нь n=5	73.10 $\pm$ 3.41	2.70 $\pm$ 0.45*	4.23 $\pm$ 0.97*	2.11 $\pm$ 0.14	2.98 $\pm$ 0.46	2.65 $\pm$ 0.69	13.21 $\pm$ 1.44*	0
III. Хронический панкреатит + холецистит n=41	82.59 $\pm$ 4.35	1.01 $\pm$ 0.19	1.89 $\pm$ 0.21	1.40 $\pm$ 0.15	1.92 $\pm$ 0.16	0.91 $\pm$ 0.07*	6.91 $\pm$ 0.44*	3.28 $\pm$ 0.15*
IV. Первичный панкреатит n=16	76.97 $\pm$ 6.12	0.87 $\pm$ 0.32	1.33 $\pm$ 0.12*	2.83 $\pm$ 0.93	5.37 $\pm$ 0.13*	2.77 $\pm$ 0.13*	6.50 $\pm$ 0.25*	3.93 $\pm$ 0.32*
V. Контрольная группа n=26	90.46 $\pm$ 0.39	1.03 $\pm$ 0.53	2.11 $\pm$ 0.17	1.88 $\pm$ 0.17	2.38 $\pm$ 0.13	1.48 $\pm$ 0.15	0.13 $\pm$ 0.08	0.55 $\pm$ 0.12

* отмечено достоверное отличие ($P < 0.05$)

При оценке морфо-функционального состояния эпителиальных клеток слизистой оболочки полости рта по результатам микробиологического исследования удалось установить при всех формах хронического панкреатита истощение морфо-функциональных возможностей клеток эпителия полости рта и, как следствие, нарушение неспецифической резистентности полости рта. При этом четко прослеживалась взаимосвязь этих нарушений не только со снижением секреции слюны, но и с увеличением ее вязкости, так как наибольший процент неблагоприятной характеристики клеток эпителия полости рта был выявлен у больных при сочетании хронического панкреатита с язвенной болезнью, то есть в той группе, где показатель вязкости был особенно высок.

Легко проследить связь между нарушением экзокринной функции слюнных желез и состоянием гигиены полости рта. Снижение скорости секреции и увеличение вязкости слюны ухудшает процесс самоочищения ротовой полости и затрудняют гигиенический уход за зубами. Поэтому для больных хроническим панкреатитом был характерен достоверно низкий уровень гигиены полости рта.

Нарушение морфо-функционального состояния слюнных желез способствовало формированию в полости рта "кариесогенной ситуации" у больных хроническим панкреатитом, а также вело к росту воспалительных явлений в пародонте.

Так, самая высокая интенсивность кариеса по индексу КПУ была выявлена при первичном панкреатите - 18.4 ± 0.86 , что соответствовало и наиболее тяжелому типу течения заболевания с резким понижением общих адаптационных возможностей организма и частыми обострениями патологического процесса. Преобладание параметра У при всех формах заболевания указывает на недостаточную эффективность и несвоевременность стоматологического лечения больных хроническим панкреатитом, что оправдывает необходимость проведения предложенной схемы оказания помощи этому контингенту

больных.

При изучении патологии в тканях пародонта у больных хроническим панкреатитом в 100% случаях была установлена различная степень его поражения. Исследуя особенности течения воспалительного процесса в данном виде ткани, было обнаружено, что в подавляющем проценте случаев он был представлен средней и тяжелой степенями поражения. Особенно высок был показатель тяжелой степени пародонтита, превышающий процент аналогичного параметра в контрольной группе почти в 7 раз.

Значительные изменения в тканях пародонта коррелировали с результатами лабораторного исследования смешанной слюны, в которых отмечалось повышение уровня общего белка и достоверное увеличение активности щелочной фосфатазы – биохимических маркеров интенсивности воспаления.

В ходе обследования в 79.14% случаев у больных хроническим панкреатитом были выявлены изменения слизистой оболочки полости рта: заеды, корочки на красной кайме губ, отечность или сухость с явлениями атрофии на слизистой оболочке щек, субиктеричность на границе твердого и мягкого неба, десквамация и обложенность в области языка, очаги гиперкератоза и лейкоплакии. Особо следует отметить, что все перечисленные выше патологические изменения в стоматологическом статусе пациентов в большей или меньшей степени коррелировали с тяжестью общего состояния больного хроническим панкреатитом.

Таким образом, исследование состояния органов полости рта, смешанной слюны, микробиологические и гистологические методы, будучи вполне доступными и простыми, не только позволяют говорить о том, что у пациента есть патология пищеварительной системы, но и высказать мнение о характере этой патологии (воспалительные изменения, дистрофические или нейро-гуморальные).

В группе больных хроническим сиаладенитом 12 имели паренхиматозную форму поражения, 10 – интерстициальную.

При оценке основных стоматологических заболеваний было выявлено, что у больных хроническим интерстициальным сиаладенитом значительно повышены показатели интенсивности кариеса и процент поражения пародонта, индекс гигиены. Причем эти параметры существенно отличались не только от данных контрольной группы, но и от подобных показателей у больных хроническим паренхиматозным сиаладенитом, где они были близки к контролю.

Выявленные закономерности коррелируют с результатами оценки параметров, характеризующих уровень воспалительных процессов в полости рта: концентрации общего белка, активность щелочной фосфатазы.

Из вышесказанного можно заключить, что хотя при обеих формах хронического сиаладенита происходят различные нарушения морфо-функционального состояния слюнных желез, которые, безусловно, находят отражение в изменениях со стороны тканей и органов полости рта, но при интерстициальном поражении эти патологические процессы выражены в большей степени, чем при паренхиматозном.

При обследовании состояния желудочно-кишечного тракта среди больных хроническим сиаладенитом выявлена заболеваемость в 68.2% случаев. Оценка функции поджелудочной железы у данных больных показала как снижение количества дуоденального содержимого, так и активности ферментативного спектра. Активность амилазы и трипсина у больных была почти в 2 раза ниже показателей контрольной группы, а уровень валовой активности ферментов был снижен втрое по всем ферментам. Эти данные позволили предположить наличие нарушений со стороны экзокринной функции поджелудочной железы у больных хроническим сиаладенитом.

Исходя из положения о том, что развитие патологических изменений в слюнных железах при хроническом панкреатите связано с гипосекрецией и повышенной вязкостью слюны, рекомендуется включить в комплексное стоматологическое лечение этих пациентов

новый вид терапии - медикаментозную коррекцию деятельности слюнных желез. Она заключается в стимуляции саливации, заместительной, секретолитической терапии. Стимуляцию саливации необходимо использовать при I-II степенях нарушения экзокринной функции слюнных желез, так как она оказывает нормализующее действие на эндогенную ритмику железы, а секретолитическая терапия понижает вязкость и увеличивает скорость секреции слюны. В этот комплекс мероприятий дополнительно включен новый способ лечения, заключающийся в использовании раствора каротина в масле для введения в протоки околоушных слюнных желез. Оценка "пределных" возможностей слюнных желез при III степени ксеростомии показала нецелесообразность применения стимуляции в данной группе больных хроническим панкреатитом. Поэтому у этих пациентов следует проводить вместо стимуляции заместительную терапию - гидрофилизацию слизистой оболочки полости рта раствором слюны (препарат "Бенсилон"), комплекс секретолитической терапии и лечение, направленное на коррекцию и поддержание баланса перекисного окисления в полости рта.

Анализ непосредственных и отдаленных (до 3 лет) результатов лечения показал, что сочетание медикаментозной коррекции деятельности слюнных желез с основными лечебно-профилактическими стоматологическими мероприятиями позволяет добиться у больных хроническим панкреатитом увеличения функциональной активности слюнных желез (табл. 3) и, как следствие, улучшение гигиенического состояния полости рта, снижение поражения зубов кариесом на 36%, уменьшение частоты заболевания пародонта на 4%.

Выявленные патологические изменения в состоянии желудочно-кишечного тракта у больных хроническим панкреатитом позволяют также применить комплексный подход к лечению данной группы больных. Он предусматривает проведение обследования больных хроническим панкреатитом гастроэнтерологом. При определении

Таблица 3

Скорость саливации у больных хроническим панкреатитом
до и после лечения (за 10 мин. в мл) ($M \pm m$)

Группы обследуемых больных	Показатели сиалометрии до лечения		Показатели сиалометрии после лечения	
	до стимул	после стимул.	до стимул	после стимул.
1. Больные хроническим панкреатитом, полу- чавшие комплексное лечение (n=28)	3.57 $\pm$ 0.33	3.96 $\pm$ 0.29	4.03 $\pm$ 0.53	4.78 $\pm$ 0.32 *
2. Больные хроническим панкреатитом, не по- лучавшие комплексное лечение (n=21)	3.63 $\pm$ 0.29	4.02 $\pm$ 0.43	3.59 $\pm$ 0.37	4.11 $\pm$ 0.37
3. Контрольная группа (n=26)	4.28 $\pm$ 0.21	5.45 $\pm$ 0.32		
* отмечено отличие значений от параметра "до лечения" ($P < 0.05$)				

выраженной ферментативной недостаточности со стороны поджелудочной железы показано проведение повторных курсов лечения комплексными препаратами: панзинорм, фестал, дигестал и другими. В случае выявления различных нозологических форм патологии желудочно-кишечного тракта показано лечение в стационаре или амбулаторных условиях.

Подобная форма организации медицинской помощи больным хроническим панкреатитом и хроническим сиаладенитом позволит осуществить высококвалифицированное комплексное обследование, обеспечить приенственность в лечении пациентов на различных этапах, а главное, создаст условия для тесного контакта гастроэнтерологов и врачей-стоматологов, занимающихся медицинской реабилитацией данного контингента больных.

Результаты проведенных исследований и опыт, накопленный в направлении диагностики, профилактики, терапии основных

стоматологических заболеваний у больных хроническим панкреатитом и при хроническом сиаладените позволили сделать нижеследующие выводы, а также сформулировать ряд практических рекомендаций согласно поставленной цели и задачам настоящей работы.

Выводы

1. Хронический панкреатит сопровождается нарушением морфо-функционального состояния слюнных желез в виде интерстициального сиалоза, протекающего с нарушением секреторной и выделительной функций. Данные изменения оказывают влияние на развитие стоматологической патологии и коррелируют с характером течения хронического панкреатита.

2. Характерными для больных хроническим панкреатитом являются: высокая интенсивность кариеса; 100% поражение пародонта, протекающее преимущественно в средней и тяжелой формах; изменения слизистой оболочки полости рта в виде сухости с явлениями атрофии (53.23%), очаговый гиперкератоз и лейкоплакия (16.13%).

3. У больных хроническим сиаладенитом выявляются в 68.2% случаев патологические изменения со стороны органов желудочно-кишечного тракта. При обследовании поджелудочной железы наблюдается снижение ее экзокринной функции.

4. Результаты клинико-инструментального и лабораторного исследований структуры и функции слюнных желез у больных хроническим панкреатитом могут быть использованы для 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 в смешанной слюне, морфометрию.

5. Комплекс профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний у больных хроническим панкреатитом

должен включать в себя стимулирующую, секретолитическую и заместительную коррекцию функции слюнных желез. Применение данного комплекса терапии позволяет существенно улучшить состояние гигиены полости рта, обеспечивает редукцию кариеса зубов, снижение распространенности и уменьшение тяжести заболеваний пародонта.

Практические рекомендации

1) Полученные данные позволяют рекомендовать для оценки состояния слюнных желез при хроническом панкреатите комплексное исследование, включающее в себя клинические (сиалометрия, вязкозиметрия), инструментальные (контрастная сиалография, биопсия малых слюнных желез) и лабораторные (биохимия смешанной слюны, микробиологическое исследование мазков-отпечатков) методы обследования больного.

2) Необходимо рассматривать результаты исследования структуры и функции слюнных желез как дополнительную информацию о степени тяжести общего состояния больного хроническим панкреатитом.

3) Предлагается проведение гастроэнтерологического обследования больных хроническим сиаладенитом с выявлением степени нарушения экзокринной функции поджелудочной железы.

4) Рекомендуются дополнять общее лечение больных хроническим панкреатитом комплексом корригирующей терапии, направленной на нормализацию функции слюнных желез.

5) При выявлении у больных хроническим сиаладенитом нарушения функции поджелудочной железы необходимо назначать курсы комплексных ферментативных препаратов.

Список опубликованных работ

1. Опыт диспансерного наблюдения и дифференцированной терапии больных сиадозами \\ Диспансеризация, профилактика и лечение основных стоматологических заболеваний: Тез. докл. Школа-семинар. Ижевск, 1987. С.30-31. (соавт. Г.И.Ронь).
2. Оценка состояния слюнных желез у больных хроническим панкреатитом в процессе реабилитации \\ Разработка и внедрение методов восстановления и реабилитации нарушенных функций и структур организма: Тез. докл. I обл. мед. научно-практ. конф. молодых ученых и специалистов. Свердловск, 1987. С. 7-8.
3. Морфологическая характеристика сиадозов при хроническом панкреатите \\ Тез. докл. II обл. мед. научно-практ. конф. молодых ученых и специалистов. Свердловск, 1988. С.14-15. (соавт. Ю.Н.Сыресскина).
4. Формирование групп повышенного риска развития хронических заболеваний слюнных желез \\ Кариес зубов и его осложнения: VI республ. конф. врачей-стоматологов. Ижевск, 1988. С.101-102. (соавт. Л.П.Мальчикова, Г.И.Ронь).
5. Биохимические показатели слюны у больных хроническим панкреатитом // Разработка и внедрение функциональных исследований в ЦНИЛ на кафедрах института и в практическом здравоохранении: Тез. докл. ЦНИЛ. Свердловск, 1989. С.84-85. (соавт. Т.Н.Постникова, О.А.Андреева)
6. Клинико-морфологические параллели хронического панкреатита и сиадозов // Внедрение НИР в практику здравоохранения в XII пятилетке: Тез. докл. годичной научной сессии медицинского института. Свердловск, 1990. С.56-57.
7. Клинико-рентгенологические параллели поражений слюнных желез при хроническом панкреатите // Тез. докл. годичной студенческой научной конференции. Свердловск, 1991. С.17-18.
8. Использование рентгенологических методов исследования для диагностики поражений слюнных желез при хроническом панкреатите

// Новое в техническом обеспечении стоматологии: Материалы конференции стоматологов. Екатеринбург, 1992. С.69.

9. Особенности диагностики сиалозов при хроническом панкреатите и патологии женской половой сферы // Организация и профилактика в стоматологии: Материалы конф. стоматологов. Екатеринбург, 1993. С.191-192. (соавт. Т.Н.Постникова, Д.И.Бенедиктов, Т.Н.Витенко)

10. Реакция поглощения микроорганизмов эпителием слизистой оболочки полости рта у больных сиалозами при хроническом панкреатите // Организация и профилактика в стоматологии: Материалы конф. стоматологов. Екатеринбург, 1993. С.185-188. (соавт. Л.П.Мальчикова, Т.С.Лисицина, О.И.Ивченко)

11. Морфометрическая оценка состояния малых слюнных желез у больных хроническим панкреатитом // Тез. докл. научной конференции 30 лет ЦНИЛ. Екатеринбург, 1994. С.10-11.

12. Оценка активности альфа-амилазы смешанной слюны у больных хроническим панкреатитом // Тез. докл. научной конференции 30 лет ЦНИЛ. Екатеринбург, 1994. С.76-77.

13. Оценка состояния желудочно-кишечного тракта и функции поджелудочной железы у больных хроническим сиаладенитом // Вопросы организации и экономики в стоматологии: Материалы конференции. Екатеринбург, 1994. С.106-109. (соавт. Т.Н.Постникова).

14. Основные аспекты лечения патологических процессов в слюнных железах у больных хроническим панкреатитом // VII Научно-практическая конференция врачей ОКБ N1 (15-16 декабря 1994): Тез. докл. Екатеринбург, 1994. С. 141-142.

Изобретение

Способ лечения сиалозов (приоритетная справка N 5047809/14 от 15.07.92, положительное решение на авторское свидетельство от 28.10.92). Соавт. Ронь Г.И..