



## РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПАРОТИТАХ



### **РЫБАЛОВ Олег Васильевич**

*Доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с пластической и реконструктивной хирургией головы и шеи Украинской медицинской стоматологической академии*

*E-mail: oleg.rybalov.41@mail.ru , enever@ukr.net*



### **СМАГЛЮК Валерий Иванович**

*Кандидат медицинских наук, доцент кафедры последипломного образования врачей-стоматологов Украинской медицинской стоматологической академии*



### **ЯЦЕНКО Павел Игоревич**

*Врач-ординатор Полтавской областной стоматологической поликлиники, соискатель кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с пластической и реконструктивной хирургией головы и шеи Украинской медицинской стоматологической академии*

*E-mail: 7610r@mail.ru*



### **ИВАНИЦКАЯ Елена Сергеевна**

*Кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с пластической и реконструктивной хирургией головы и шеи Украинской медицинской стоматологической академии*

*E-mail: greentea@mail.ru*



### **ГАВРИЛЬЕВ Виктор Николаевич**

*Кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с пластической и реконструктивной хирургией головы и шеи Украинской медицинской стоматологической академии*



*Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава, Украина*

Несмотря на несомненные успехи в диагностике и лечении больных с заболеваниями слюнных желез (СЖ), согласно научным публикациям последних лет, их количество не уменьшается. В частности, это относится к больным с хроническими сиаладенитами, ведущее место среди которых занимают воспалительные процессы в околоушных СЖ. При этом достоверно доказано уменьшение секреции как этими железами, так и общей секреции (по показателям объема ротовой жидкости). До настоящего времени имеется незначительное количество публикаций, относящихся к функциональным характеристикам поднижнечелюстных СЖ при хронических паротитах.



**Целью** нашего исследования явилось изучение секреторной функции поднижнечелюстных слюнных желез и физико-химических свойств их секрета при хронических паротитах.

**Материал и методы исследования.** В основу работы положены результаты обследования 79 больных хроническим паренхиматозным паротитом (19 – с начальной стадией заболевания, 33 – со стадией выраженных признаков, 27 – с поздней стадией) и 36 больных хроническим интерстициальным паротитом (9 – с начальной стадией, 16 – со стадией выраженных признаков, 11 – с поздней стадией). Возраст больных – от 25 до 42 лет, давность заболевания – от 3 до 9 лет. Сиалометрия околоушных и поднижнечелюстных СЖ, вязкость секрета, рН и концентрация ряда минеральных компонентов в нем изучались по общепринятым методам. Все исследования проводились в фазе ремиссии заболевания. Группу сравнения составили 22 клинически здоровые osoby в возрасте 21–25 лет, не имевшие в анамнезе заболеваний СЖ.

**Результаты исследования.** Клиническое обследование пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями околоушных СЖ во всех стадиях заболевания не выявило выраженных субъективных жалоб больных на состояние поднижнечелюстных СЖ. При объективном обследовании у некоторых больных хроническими паротитами в стадии выраженных признаков заболевания и у всех больных с поздней стадией при пальпации отмечалось увеличение поднижнечелюстных СЖ. Изучение секреторной функции околоушных и поднижнечелюстных СЖ у больных хроническим паренхиматозным паротитом показало, что в начальной стадии заболевания происходит снижение секреции околоушными СЖ до  $1,8 \pm 0,2$  мл (в контрольной группе  $2,0 \pm 0,1$  мл); при хроническом интерстициальном паротите – до  $1,6 \pm 0,1$  мл за 10 минут исследования. В стадии выраженных проявлений заболевания – до  $0,8 \pm 0,1$  мл и  $1,3 \pm 0,04$  мл ( $p < 0,001$ ), в поздней стадии – до  $0,5 \pm 0,08$  и  $1,23 \pm 0,02$  мл ( $p < 0,001$ ) соответственно при хроническом паренхиматозном и хроническом интерстициальном паротитах. Секреторная функция поднижнечелюстных СЖ в начальной стадии при хроническом паренхиматозном и интерстициальном паротитах, и в стадии выраженных признаков заболевания при хроническом интерстициальном паротите остается без существенных изменений –  $1,78 \pm 0,2$  мл за 10 минут. При хроническом паренхиматозном паротите в стадии выраженных признаков происходит снижение секреции поднижнечелюстных СЖ до  $1,2 \pm 0,1$  мл за 10 минут исследования ( $p < 0,05$ ), в поздней стадии – до  $1,0 \pm 0,04$  мл ( $p < 0,001$ ). При хроническом интерстициальном паротите в поздней стадии секреторная функция этих СЖ снижается до  $1,2 \pm 0,07$  мл за 10 минут ( $p < 0,01$ ).

Физико-химические характеристики секрета пораженных околоушных СЖ при хронических паротитах подвергаются статистически достоверным изменениям уже на начальной стадии заболевания. Вязкость секрета околоушных СЖ в поздней стадии заболевания достигает при паренхиматозном паротите  $1,5 \pm 0,05$  у. е. ( $1,0 \pm 0,01$  у. е. в контрольной группе) ( $p < 0,001$ ), при интерстициальном паротите –  $1,3 \pm 0,02$  у. е. ( $p < 0,001$ ). Вязкость секрета поднижнечелюстных СЖ статистически достоверно увеличивается только в поздней стадии хронического паренхиматозного паротита и равняется  $3,8 \pm 0,06$  у. е. (в контрольной группе  $3,1 \pm 0,04$  у. е.) ( $p < 0,001$ ). При хроническом интерстициальном паротите уже в стадии выраженных признаков заболевания определяется статистически достоверное увеличение вязкости до  $3,29 \pm 0,07$  у. е. ( $p < 0,001$ ). Изменение водородного показателя происходит аналогично. Так, рН секрета околоушных СЖ как при хроническом паренхиматозном паротите, так и при хроническом интерстициальном паротите статистически достоверно снижается с начальной стадии заболевания и в поздней стадии хронического паренхиматозного паротита составляет  $7,0 \pm 0,05$ , при хроническом интерстициальном паротите –  $7,11 \pm 0,25$ , что ниже показателей лиц контрольной группы ( $7,60 \pm 0,02$ ). Водородный показатель секрета поднижнечелюстных СЖ снижается, и статистически достоверная разница с контрольной группой отмечается в поздней стадии как паренхиматозного, так и интерстициального хронического паротита и достигает соответственно  $6,3 \pm 0,06$  и  $6,5 \pm 0,06$  (в контрольной группе –  $6,8 \pm 0,06$ ).

Проведенное нами исследование показало, что концентрация некоторых минеральных компонентов в секрете околоушных и поднижнечелюстных СЖ отличается. В секрете околоушных СЖ калия содержится  $21,38 \pm 1,19$  мкмоль/л, что больше, нежели в секрете поднижнечелюстных СЖ ( $11,06 \pm 0,9$  мкмоль/л) ( $p < 0,001$ ), а кальция  $0,31 \pm 0,04$  мкмоль/л, что меньше, нежели в поднижнечелюстных СЖ ( $1,2 \pm 0,1$  мкмоль/л) ( $p < 0,001$ ). В секрете околоушных СЖ при хроническом паренхиматозном паротите в начальной стадии заболевания отмечается статистически достоверное увеличение содержания хлорид-ионов до  $16,7 \pm 1,0$  мкмоль/л



(в контрольной группе  $13,9 \pm 1,15$  мкмоль/л) ( $p < 0,05$ ), в стадии выраженных признаков – до  $20,2 \pm 1,9$  мкмоль/л ( $p < 0,01$ ); калия – до  $24,1 \pm 0,5$  ( $21,38 \pm 1,19$  мкмоль/л в контрольной группе) ( $p < 0,05$ ); кальция – до  $0,7 \pm 0,1$  мкмоль/л ( $0,31 \pm 0,04$  мкмоль/л в контрольной группе) ( $p < 0,001$ ); фосфат-ионов – до  $6,4 \pm 0,4$  мкмоль/л ( $5,21 \pm 0,33$  мкмоль/л в контрольной группе) ( $p < 0,05$ ). В поздней стадии заболевания определяются более заметные изменения содержания калия – до  $24,09 \pm 0,52$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ), кальция – до  $0,77 \pm 0,06$  мкмоль/л ( $p < 0,001$ ), фосфат-ионов – до  $6,3 \pm 0,45$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ), хлорид-ионов – до  $25,2 \pm 2,11$  мкмоль/л ( $p < 0,001$ ). При хроническом интерстициальном паротите в начальной стадии развития патологического процесса в секрете околоушных СЖ не определено статистически достоверных изменений содержания исследуемых минеральных компонентов, хотя и отмечается тенденция к их увеличению. В стадии выраженных признаков заболевания выявлено статистически достоверное увеличение содержания минеральных компонентов, которое в поздней стадии составляет: для калия  $25,4 \pm 1,0$  мкмоль/л ( $p < 0,01$ ); кальция –  $0,77 \pm 0,06$  мкмоль/л ( $p < 0,001$ ); хлорид-ионов –  $20,2 \pm 0,9$  мкмоль/л ( $p < 0,001$ ); фосфат-ионов –  $6,3 \pm 0,2$  мкмоль/л ( $p < 0,01$ ).

В секрете поднижнечелюстных СЖ при хронических паротитах в начальной стадии заболевания не отмечается статистически достоверных изменений содержания исследуемых нами минеральных компонентов. В стадии выраженных признаков хронического паренхиматозного паротита определяется снижение содержания кальция до  $0,7 \pm 0,05$  мкмоль/л ( $1,2 \pm 0,1$  мкмоль/л в контрольной группе) ( $p < 0,001$ ), а в поздней стадии – до  $0,43 \pm 0,04$  мкмоль/л ( $p < 0,001$ ). Кроме того, в поздней стадии заболевания наблюдается увеличение содержания калия до  $13,9 \pm 0,9$  мкмоль/л (в контрольной группе –  $11,06 \pm 0,9$  мкмоль/л) ( $p < 0,05$ ). Содержание натрия, хлора, фосфора достоверно не изменялось ( $p > 0,05$ ). При хроническом интерстициальном паротите в стадии выраженных признаков заболевания в секрете поднижнечелюстных СЖ концентрация кальция снижается до  $0,7 \pm 0,05$  мкмоль/л ( $p < 0,001$ ), в поздней стадии –  $0,49 \pm 0,06$  мкмоль/л ( $p < 0,001$ ). Содержание калия увеличивается до  $13,18 \pm 0,1$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ). Что касается концентрации натрия, хлора, фосфора, то она достоверно не изменялась ( $p > 0,05$ ).

Все вышеперечисленное свидетельствует о том, что, судя по физическим характеристикам и по минеральному составу секрета поднижнечелюстных СЖ, они реагируют на патологический процесс, который поражает околоушные СЖ, при этом наиболее выражено в поздней стадии хронического паротита, особенно по содержанию калия и кальция. Выявленные отличия в минеральном составе секретов объясняются особенностями секреции больших СЖ – серозной или белковой.

**Заключение.** Таким образом, полученные результаты исследования состояния поднижнечелюстных СЖ при хронических паротитах объективно подтверждают наличие скрыто протекающего в них патологического процесса, схожего с процессом в околоушных СЖ, что обязывает проводить соответствующее целенаправленное обследование и лечение таких больных.