

В статье представлены результаты анализа различных хирургических доступов используемых при удалении объёмных новообразований краниовертебральной локализации. Представлен теоретически обоснованный и апробированный на 10 биологических манекенах комбинированный хирургический доступ. Установлено, что использование разработанного комбинированного хирургического доступа в клинической практике, позволяет, минимизировать риск хирургической агрессии, максимально сохранить целостность сосудисто-нервных образований шеи, оптимизировать сроки реабилитации пациентов, повысить уровень качества жизни пациентов в послеоперационном периоде.

Литература.

1. Слетов А.А. Удаление объёмных новообразований нижней челюсти внутри ротовым способом / Слетов А.А., Сирак С.В., Давыдов А.Б. [и др.] // *Стоматология для всех*. - 2014. - №1. - С. 38-43.
2. Слетов А.А. Хирургическое лечение опухолей краниовертебральной локализации / Слетов А.А., Елисеев В.В., Панченко Д.В. [и др.] // *Современные проблемы науки и образования*. 2015. № 3. С. 231.
3. Михальченко Д.В. Мониторинг локальных адаптационных реакций при лечении пациентов с дефектами краниофациальной локализации съёмными протезами / Михальченко Д.В., Слётов А.А., Жидовинов А.В. [и др.] // *Современные проблемы науки и образования*. 2015. № 4. С. 407.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НЕВРОГЕННОГО СИАЛОЗОАДЕНИТА И БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА.

Рыбалов О.В., Короленко И.А., Гаврильев В.Н., Яценко П.И.

ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Актуальность. Слюна и слюнные железы выполняют ряд исключительно важных функций и играют весомую роль в поддержании гомеостаза полости рта и жизнедеятельности организма. Среди функций слюнных желез выделяют:

1. Секреторную – заключается в регулярном выделении в ротовую полость секрета – слюны;
2. Инкреторную – слюнные железы образуют и выделяют в секрет биологически активные вещества типа гормонов (калликреина и брадикинина, инсулиноподобного вещества, паротина, эритропоэтина, фактора роста нервов, фактора роста эпителия, тимотропного фактора, фактора летальности и др.);
3. Рекреторную – слюнные железы осуществляют транзитное выделение различных веществ, необходимых для жизнедеятельности организма, из крови в слюну;
4. Экскреторную – проявляется участием слюнных желез в обмене веществ и выведении продуктов метаболизма.

В свою очередь слюна выполняет такие функции:

1. Пищеварительная – увлажняет пищу, формирует пищевой комок, имеет в своем составе ферменты, расщепляющие углеводы, белки, жиры и нуклеиновые кислоты;
2. Защитная – формирует барьер из муцина и антител типа А, обеспечивает местный неспецифический гуморальный и клеточный иммунитет;
3. Буферная – поддерживает уровень рН в ротовой полости;
4. Минерализирующая – обладает протективным действием на эмаль зубов.

Современными исследованиями убедительно доказано, что слюнные железы являются органами-мишенями, которые чувствительно реагируют на разнообразные изменения в организме человека. Это могут быть как физиологические процессы (беременность, роды, кормление ребенка, климакс), так и всяческие патологические состояния (заболевания нервной, пищеварительной, эндокринной систем, крови, соединительной ткани). Такие реактивно-дистрофические изменения в слюнных железах могут иметь различные клинические проявления, но все они объединяются термином «сиалоз». Среди всех заболеваний слюнных желез сиалозы составляют 26,6%. По мнению Г.И. Ронь (1992), эта цифра достигает 79,6%. До настоящего времени реактивно-дистрофические процессы в слюнных железах были и остаются предметом пристального внимания ученых всего мира.

Сиалозы как правило характеризуются однотипными симптомами, в то время как имеет место разный этиопатогенез этих заболеваний. В клинических проявлениях подобных дистрофических

изменений это проявляется безболезненным припуханием слюнных желез, в основном околоушных, нарушением их секреторной и выделительной функции. Наши наблюдения показали, что в условиях амбулаторного приема у врачей возникают трудности при выяснении характера общепатологического процесса, который привел к увеличению околоушных слюнных желез. Соответственно страдает и назначение и проведение соответствующего лечения этой группы больных. Поэтому необходимость всестороннего клинико-лабораторного обследования пациентов при наличии невоспалительного припухания слюнных желез не вызывает сомнений.

Значительные трудности в клинике возникают при дифференциальной диагностике таких наиболее распространенных заболеваний, которые сопровождаются двусторонним увеличением слюнных желез как неврогенный дохоспастический сиалозаденит, интерстициальный алиментарный сиалоденит при булимии и алкоголизме, диабетический сиалоденит и болезнь Шегрена.

Целью исследования стало описание дифференциально-диагностических критериев неврогенного дохоспастического сиалозаденита и болезни Шегрена.

Материалы и методы исследования. Исследование базируется на наблюдении за 24 пациентами в возрасте 49-60 лет, среди них 22 женщины и 2 мужчин.

Из 24 обследуемых у 15 имел место неврогенный дохоспастический сиалозаденит (13 женщин и 2 мужчин). Болезнь Шегрена была диагностирована у 9 женщин. Для обследования пациентов использовали общие, частные и специальные методы исследований. Общие методы включали изучение жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни. При внешнем осмотре обращали внимание на размеры слюнных желез, цвет кожных покровов и видимых слизистых оболочек, состояние губ и красной каймы, наличие ангулярного хейлита.

При осмотре полости рта обращали внимание на состояние слизистой оболочки преддверия и полости рта, языка, состояние миндалин, наличие свободной слюны в полости рта, её вязкость, наличие кариозных и некариозных поражений зубов.

Пальпаторно определяли консистенцию, размеры больших слюнных желез, наличие болезненности. При массаже околоушных и поднижнечелюстных слюнных желез выявляли характер секрета, выделяемого из выводных протоков: его прозрачность, вязкость, наличие включений. Наряду с общеклиническим обследованием использовали такие методы исследования как общая сиалометрия и сиалометрия со стимуляцией секреции, сиалометрия околоушных желез для выяснения их функционального состояния со стимуляцией и без стимуляции секреции. Кроме того, обязательной составляющей обследования было определение физико-химических свойств ротовой жидкости (рН, вязкость, прозрачность) и цитологическое исследование секрета околоушных слюнных желез. Из специальных исследований проводилась сиалография околоушных слюнных желез.

Результаты исследования. Больные неврогенным дохоспастическим сиалозаденитом предъявляли жалобы на периодическое увеличение обеих околоушных желез, которое сопровождалось сухостью полости рта. Продолжительность заболевания составляла 12-20 месяцев. Все больные отмечали длительные периоды психоэмоционального напряжения. Заболевание характеризовалось частыми рецидивами (3-5 раз в год), потерей работоспособности на 2-4 недели.

У всех пациентов красная кайма губ была обычной окраски, немного суховата. Увеличенные околоушные слюнные железы имели мягко-эластичную консистенцию и были безболезненны при пальпации. Зондирование протоков слюнных желез, пораженных патологическим процессом, было затруднено. Изучение неврологического статуса пациентов позволило сделать вывод, что независимо от степени тяжести неврогенного сиалозаденита у всех больных имел место вегетативный невроз и наблюдался высокий уровень тревожности. Сиалометрия показала уменьшение секреторной функции слюнных желез: общая секреция составляла $4,39 \pm 0,06$ мл за 10 мин. Паротидная секреция также была ниже нормы и колебалась в пределах $1,56 \pm 0,07$ мл. Вязкость ротовой жидкости и паротидного секрета имела тенденцию к увеличению до $2,62 \pm 0,3$ сПз и $1,14 \pm 0,05$ сПз соответственно. При определении прозрачности ротовой жидкости и паротидного секрета было выяснено, что она была понижена до $0,043 \pm 0,001$ у.е. и $0,054 \pm 0,002$ у.е. соответственно. Уровень рН ротовой жидкости изменялся до $7,16 \pm 0,04$, а паротидного секрета до

7,44±0,12. У всех больных имел место вегетативный невроз. Уровень тревожности по шкале Дж. Тейлора в адаптации В.Г. Норакидзе у пациентов возрастал до 34,74±0,5 баллов (высокий).

Сиалографическое обследование вовлеченных в патологический процесс слюнных желез, определило, что у большинства больных протоковые системы слюнных желез страдают в виде дохоспазма. Цитологическая картина клеточного состава секрета околоушных слюнных желез характеризовалась наличием в нем элементов воспалительного ряда, десквамированного эпителия протоков, его воспалительную метаплазию.

В отличие от нейрогенного дохоспазмического сиалозаденита, у пациентов с болезнью Шегрена преобладали жалобы на сухость в полости рта, горле, ощущение «песка» или «мусора» в глазах. Были увеличены не только околоушные, но и поднижнечелюстные железы. Во время обследования этих больных было выявлено наличие ангулярного хейлита и заед, сухость красной каймы губ и чешуйки слущенного эпителия. При осмотре собственно полости рта определили скудное количество пенистой слюны. Слизистая оболочка языка, щек была ярко-красной, глянцевой. У всех пациентов имел место цветущий кариес.

Сиалометрия показала резкое снижение количества ротовой жидкости и секрета околоушных желез в несколько раз. 0,98±0,14 мл за 10 мин и 0,34±0,05 мл за 10 мин соответственно. Прозрачность полученного паротидного секрета оказалась значительно сниженной (0,068±0,003 у.о.), как и прозрачность ротовой жидкости (0,072 ±0,004 у.о.), в то время как вязкость ротовой жидкости и секрета околоушных желез была повышенной – 2,65±0,3 сПз и 1,41±0,07 сПз. pH паротидного секрета держалась в пределах 7,48±0,10, ротовой жидкости - 7,22±0,10.

В цитологических препаратах секрета околоушных желез было отмечено увеличение количества слизи, появление ретикуло-эндотелиальных клеток, одиночных макрофагов, групп лимфоцитов, плазматических клеток, наличие клеток цилиндрического эпителия с измененной структурой, бокаловидных клеток.

На основании заключений офтальмологов у больных с этой патологией был диагностирован сухой кератоконъюнктивит разной степени тяжести, снижение слезоотделения по результатам пробы Ширмера. Сиалографическая картина околоушных желез характеризовалась сужением основного протока, протоков I-III порядков, колбовидными и шаровидными эктазиями протоков II-V порядков, нарушением заполнения протоков II-V порядков за счет их сужения почти во всем объеме железы при наличии отдельных сиалэктазов.

Выводы. Таким образом, при сходных клинических проявлениях в виде двустороннего увеличения слюнных желез при неврогенном сиалозадените и болезни Шегрена ведущее значение в дифференциальной диагностике этих заболеваний имеет, наряду с сиалометрией, изучение клеточного состава секрета, его физико-химических свойств и оценка результатов сиалографии.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КОМПРЕССИОННО-ДИСЛОКАЦИОННОЙ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.

Рыбалов О.В., Яценко П.И., Яценко О.И.

ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Патология височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) очень разнообразна в связи со сложностью его строения и особенностями функционирования.

Актуальность проблемы диагностики заболеваний ВНЧС, которая до настоящего времени остается нерешенной, порождает проблему адекватного этиопатогенетического их лечения. Во многом это связано с отсутствием единой общепринятой классификации нозологических форм патологических процессов в отдельных компонентах сустава. Наличие значительного объема разнообразной, порой разноречивой, информации в отношении заболеваний ВНЧС и отсутствие при этом координированного многостороннего анализа этой информации, сложность согласования клинических и теоретических данных, касающихся различных проявлений патологических