

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, глянцево-красной. 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