

Предложен следующий план обследования пациентов с ингибиторными формами гемофилии.

«Низкорреагирующим» пациентам (уровень ингибитора менее 10 BU/ml) проводить определение ингибитора: при возникновении тяжелых кровотечений и кровоизлияний в суставы; повторное однократное определение уровня ингибитора через неделю после проведения заместительной терапии; перед выполнением инвазивных диагностических манипуляций и оперативными вмешательствами; один раз в 6 месяцев в амбулаторном режиме при отсутствии тяжелых клинических проявлений.

«Высокорреагирующим» пациентам (уровень ингибитора более 10 BU/ml) проводить определение ингибитора: при возникновении кровотечений и кровоизлияний в суставы; повторное двукратное определение уровня ингибитора через одну и через три недели, так как высокий уровень ингибиторных антител у них может сохраняться длительное время после проведенной заместительной терапии; перед выполнением инвазивных диагностических манипуляций и оперативными вмешательствами; один раз в три месяца в амбулаторном режиме при отсутствии тяжелых клинических

проявлений. Так как наличие высокого титра ингибиторных антител может сопровождать наличие аутоиммунных осложнений, пациентам данной группы можно рекомендовать проведение один раз в год иммунологического исследования с определением уровня IgG, циркулирующих иммунных комплексов, антинуклеарных антител, уровня комплемента, соотношение Т-хелперы/Т-супрессоры.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Данилов, И. П. Гемофилия: эпидемиология, клиника, терапия / И. П. Данилов, А. Л. Усс, Д. Г. Цвирко // Медицинская панорама. — 2002. — № 2. — С. 73–76.
2. Ингибиторы при гемофилии А. Часть 1. Механизмы ингибирования фактора VIII / Н. М. Ананьева [и др.] // Гематология и трансфузиология. — 2005. — Т. 50, № 2. — С. 56–53.
3. Charles, R. M. The epidemiology of factor VIII inhibitors / R. M. Charles // Haemophilia. — 2006. — Vol. 12. — P. 23–29.
4. Wight, J. The epidemiology of inhibitors in haemophilia A: a systematic review / J. Wight, S. Paisley // Haemophilia. — 2003. — Vol. 9. — P. 418–435.
5. Андреев, Ю. И. Ингибиторная форма гемофилии / Ю.И. Андреев // Врач. — 2001. — № 10. — С. 8–12.
6. Franchini, N. Inhibitors in mild/moderate haemophilia A: An update / N. Franchini, G. L. Salvagno, G. Lippi // Thrombosis and Haemostasis. — 2006. — Vol. 96. — P. 113–118.
7. Dargaud, Y. New advances in the therapeutic and laboratory management of patients with haemophilia and inhibitors / Y. Dargaud, T. Lambert, M. Trossaert // Haemophilia. — 2008. — Vol. 14, Is. 4. — P. 20–27.

Поступила 24.01.2012

УДК 616.316-003.7-089.81

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ МИКРОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

В. Н. Ядченко

Гомельский государственный медицинский университет

Слюннокаменная болезнь (СКБ) является одной из наиболее часто встречающихся заболеваний слюнных желез. Основным методом лечения — хирургический. Оперативные вмешательства могут быть выполнены из наружного или эндорального доступа, в объеме полного или частичного удаления железы. Эффективность операции определяется отсутствием рецидива сиалолитиаза и выраженностью хирургической травмы. В статье приводятся характеристика традиционных и вновь разработанных способов хирургии подчелюстной слюнной железы.

Ключевые слова: сиалолитиаз, поднижнечелюстная слюнная железа, хирургическое лечение.

ORGAN-PRESERVING MICROSURGERY IN THE TREATMENT OF PATIENTS SUFFERING FROM SIALOLITHIASIS

V. N. Yadchenko

Gomel State Medical University

Sialolithiasis is one of the most frequent causes of salivary gland disorders. The main method of the management is surgical. The surgical operations can be performed externally and endorally at the extent of a complete or partial removal of the gland. The efficiency of the operation is defined by the absence of recurrent sialolithiasis and evidence of a surgical trauma. The article presents the characteristics of the traditional and newly developed methods of the surgical management of submandibular sialolithiasis.

Key words: sialolithiasis, submandibular gland, surgical management.

Введение

Слюннокаменная болезнь (СКБ) (сиалолитиаз, калькулезный сиалоаденит) — полиэтио-

логический патологический процесс, характеризующийся поражением больших слюнных желез (СЖ) с образованием конкрементов в

самых железах или их протоковой системе. На долю СКБ приходится 41–78 % от всех заболеваний СЖ. В более чем 90 % случаев слюнные камни образуются в поднижнечелюстной СЖ [1, 2, 4].

Этиология и патогенез СКБ окончательно не выяснены [3]. Известны теории о причинах и механизме образования слюнного камня. Несмотря на широкое освещение этого вопроса в отечественной и зарубежной научной литературе, нет единого взгляда на тот факт, почему у одних пациентов с СКБ факторы, рассматриваемые в качестве этиологических, приводят к развитию заболевания, а у других — нет. В начале XX века считали, что в основе образования конкрементов лежит внедрение инородного тела в проток слюнных желез, вокруг которого оседают известковые соли слюны. Вместе с тем клиницисты при обнаружении инородных тел в протоках желез чаще наблюдали развитие сиаладенита, а не СКБ. Роль в образовании конкремента играет гипо- и авитаминоз витамина А, приводящий к выраженному слущиванию эпителия выводных протоков и изменению рН слюны. Существует мнение, что хронический сиаладенит является причиной образования геля, который в последующем, кристаллизуясь, превращается в собственно камень [3].

Основной причиной более частого образования конкрементов в поднижнечелюстных СЖ являются сложные анатомо-топографические особенности этих органов по сравнению с другими СЖ (большая протяженность выводного протока СЖ с изгибами, подверженность протока травматизации, выведение слюны из железы против градиента силы тяжести) [1, 3].

Лечение пациентов, страдающих СКБ, комплексное. Основной метод — хирургический: удаление конкремента. Консервативная терапия, включающая использование антибактериальных препаратов, нестероидных противовоспалительных средств, десенсибилизирующую терапию и слюногонную диету, применяется в качестве предоперационной подготовки и после операционного лечения; массаж СЖ носит вспомогательный характер.

Разработка способов вариантов хирургического лечения СКБ — одна из актуальных проблем современной челюстно-лицевой хирургии, поскольку происходит рост числа пациентов, страдающих патологией СЖ, и сохраняется высокий процент неудовлетворительных морфофункциональных результатов операций. При выборе способа хирургического вмешательства большое значение имеют характеристики конкремента: его локализация (отношение к паренхиме и протокам СЖ), размеры, расположение относительно крупных сосудов и нервов.

Несмотря на то, что отдаленные результаты хирургического лечения СКБ преимущест-

венно удовлетворительные, подходы авторов к выбору метода хирургического вмешательства разнятся. В ряде случаев считают необходимым расширять показания к экстирпации поднижнечелюстной железы [6]. Другое мнение — по возможности удалять только камень, сохраняя слабо функционирующую СЖ [5]. G. Seifert рекомендовал удаление СЖ в случаях расположения камня в ткани железы и частых обострений сиаладенита, а также у пациентов со значительными склеротическими изменениями в железе и при повторном образовании камня.

С. Угулава и А. Клементов отмечали, что при длительном течении СКБ развиваются выраженный склероз и атрофия СЖ, что является показанием к ее удалению. Аналогичные изменения наблюдаются и при нахождении камня в главном протоке, что также служит показанием к удалению железы. Метод удаления камня из железы наружным доступом А. Клементов считал неоптимальным, так как найти конкремент больших размеров в поднижнечелюстной СЖ технически сложно, а удаление камня не гарантирует от рецидива его образования и формирования слюнного свища. Склеротические изменения в железе после такого оперативного вмешательства усугубляются рубцовым процессом [7].

Н. Лесовая считала показанием к удалению СЖ локализацию камня не только во внутрижелезистой, но и в заднем отделе внежелезистой его части. А. Солнцев и соавторы полагали целесообразным удаление железы в случаях декомпенсированного хронического сиаладенита, наличия камня в железе, залегания его в поднижнечелюстном протоке в сочетании с хроническим сиаладенитом. Они установили, что рецидив камнеобразования не является показанием к экстирпации железы, так как в ее ткани может не быть патологических изменений, а причина рецидива состоит в неполном удалении предыдущего слюнного камня [8].

Современная тактика оперативных вмешательств состоит в том, что при локализации конкремента в средней и дистальной трети Вартонова протока его удаляют внутриротовым способом, после чего наступает полное выздоровление, а при локализации конкремента в проксимальной части Вартонова протока или при внутрижелезистом расположении оптимальным методом лечения является экстирпация пораженной СЖ. При определении показаний к операции следует учитывать степень сохранности структуры и функции СЖ. Внедрение в практику челюстно-лицевой микрохирургической аппаратуры создает предпосылки для выполнения органосохраняющих операций на СЖ. Однако использование такой аппаратуры внутри протоков ограничено в связи с относительно большими размерами инст-

рументов и анатомо-топографическими особенностями расположения поднижнечелюстных СЖ. Микродоступ к конкременту осуществляют чрескожно чреспаренхиматозно, что может привести к нарушению целостности тканей железы и структурно-функциональным нарушениям. Также существует риск интраоперационного повреждения краевой ветви лицевого нерва, язычного нерва, язычной и лицевой артерий. В послеоперационном периоде одним из серьезных осложнений такого вмешательства является образование наружного свища СЖ. Наряду с этим при внутрипротоковом доступе А. Ластовка рекомендует дополнительно формировать сиалодохостому [9].

Таким образом, определены проблемы оперативного лечения СКБ:

1) риск повреждения краевой ветви лицевого нерва, язычного нерва, язычной и лицевой артерий;

2) стойкие последствия экстирпации СЖ: изменения рельефа поднижнечелюстной области, лимфостаз в тканях вышерасположенных отделов лица, вторичные изменения других органов и систем и др.;

3) формирование рубцов, кист, свищей;

4) удаление конкремента не устраняет причину СКБ.

Цель

Анализ собственных результатов оперативного лечения пациентов, страдающих СКБ; оценка возможностей хирургических методов лечения СКБ.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Гомельской областной клинической больницы в период с 2006 по 2011 гг. с диагнозом «Слюннокаменная болезнь». Группу наблюдения составили 183 человека. Среди них 96 мужчин и 87 женщин в возрасте от 25 до 56 лет (средний возраст $32 \pm 2,5$ г). Проведено клиническое обследование, рентгенография дна полости рта, рентгенография нижней челюсти в боковой проекции, ультразвуковое исследование СЖ, при показаниях — компьютерная и магнитно-резонансная томография СЖ.

Результаты и обсуждения

Из анамнеза установлено, что у большинства пациентов (83 %) в начале заболевания (за 5–6 месяцев до появления четких клинических симптомов) возникало ощущение тяжести и уплотнения мягких тканей в области железы, а также болезненность с нарастающей интенсивностью во время приема пищи. Только в 17 % случаев пациенты поступали в клинику с симптомами впервые развившегося острого заболевания.

Наиболее часто конкремент обнаруживали в поднижнечелюстной СЖ и Вартоновом протоке (98,8 % случаев). В 0,6 % случаев конкремент был локализован в подъязычной и околоушной железах.

89 пациентам выполнено хирургическое вмешательство внутриротовым методом. В 14 случаях произведена экстирпация пораженной СЖ из наружного чрескожного доступа. В послеоперационном периоде пациенты, оперированные чрескожным способом, предъявляли жалобы на пониженное слюноотделение и сухость в ротовой полости.

При анализе результатов оперативного лечения внутриротовым способом, в отдаленном послеоперационном периоде (через 1, 6, 12 месяцев) обострение хронического сиалоаденита отмечено в 26 случаях (14,2 %), что потребовало повторного стационарного лечения. У 2 пациентов (2,3 %) отмечены явления невралгии язычного нерва, у 2 (2,3 %) — рецидив камнеобразования.

Клинический пример

Пациентка Л., 29-ти лет, поступила в клинику с жалобами на опухолевидное образование и боль в левой поднижнечелюстной области, усиливающуюся во время приема пищи, периодическую сухость во рту. Из анамнеза известно, что в 2010 г. пациентке производилось удаление конкремента из Вартонова протока левой поднижнечелюстной СЖ. При бimanуальной пальпации поднижнечелюстной области слева выявлено болезненное образование округлой формы, эластической консистенции, около 37 мм в диаметре. При рентгенографии дна полости рта в средней и дистальной трети главного выводного протока конкрементоподобных образований не выявлено. На боковой рентгенограмме левой поднижнечелюстной области в проксимальной трети главного выводного протока обнаружена рентгеногемативная продолговатая тень $8,0 \times 3,5$ мм. При эхоскопии выявлено увеличение диаметра левой поднижнечелюстной СЖ до 35 мм. Структура железы частично сохранена. В проксимальном отделе главного выводного протока, интимно прилегая к верхнему полюсу железы, расположено образование, подобное конкременту, размером $8,0 \times 3,5$ мм.

Установлен диагноз: «Сиалолитиаз, хронический рецидивирующий сиалоаденит левой поднижнечелюстной слюнной железы с локализацией конкремента в проксимальном отделе главного выводного протока ниже диафрагмы дна полости рта. Стадия обострения».

На 3 сутки произведено удаление конкремента из паренхиматозной части проксимальной трети главного выводного протока левой поднижнечелюстной СЖ с формированием сиалодохостомы в проекции средней трети главного

го выводного протока. Операция и послеоперационный период протекали без осложнений.

Данное клиническое наблюдение демонстрирует возможность рецидива конкремента в различных отделах СЖ после ранее проведенного оперативного лечения.

Метод позволил уменьшить травматизацию тканей СЖ и сократить время оперативного вмешательства до 50 минут при доступе к конкрементам, лежащим в среднем или дистальном отделах выводного протока СЖ. Автором разработан и использован для удаления зажим-фиксатор выводных протоков слюнных желез [10].

Выводы

1. Чаще прочих использованы внутриротовой доступ для удаления конкремента, локализованного в средней или дистальной трети главного выводного протока поднижнечелюстной слюнной железы, и экстирпация железы при локализации конкремента в проксимальной трети или внутри железы.

2. Внутриротовой доступ сопровождается развитием осложнений в 19,2 % случаев, а экстирпация слюнной железы не отвечает принципам органосохраняющей хирургии.

3. Разработка органосохраняющих малоинвазивных методов лечения слюннокаменной болезни с использованием внутриротового досту-

па, позволяющих уменьшить частоту интраоперационных осложнений, рецидивов и улучшить качество жизни пациентов, отвечает требованиям стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. К вопросу об этиологии слюннокаменной болезни / В. В. Афанасьев [и др.] // Стоматология. — 1994. — Т. 78, № 5. — С. 39–41.
2. Бернадский, Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. — Витебск: Белмедкнига, 1998. — С. 210–216.
3. К вопросу об этиологии слюннокаменной болезни / В. В. Афанасьев [и др.] // Стоматология. — 1994. — Т. 73, № 4. — С. 28–30.
4. Austin, T. Sialolithiasis of submandibular gland / T. Austin, J. Davis, T. Chan // J. Emerg. Med. — 2004. — Vol. 26. — P. 221–223.
5. Ластовка, А. С. Органосохраняющая микрохирургия больших слюнных желез: монография / А. С. Ластовка. — Мн.: БГМУ, 2007. — С. 5–11, 30–35.
6. Diseases of the salivary glands: Pathology, diagnosis, treatment, facial nerve surgery / G. Seifert [et al.]. — New York; Stuttgart: Thieme, 1986. — P. 393.
7. Клементов, А. В. Болезни слюнных желез / А. В. Клементов. — Л.: Медицина, 1975. — С. 112.
8. Солнцев, А. М. Заболевания слюнных желез / А. М. Солнцев, В. С. Колесов. — Киев: Здоровья, 1991. — С. 109–110.
9. Ластовка, А. С. Органосохраняющая микрохирургия больших слюнных желез: монография / А. С. Ластовка. — Мн.: БГМУ, 2007. — С. 42–45.
10. Зажим — фиксатор выводных протоков слюнных желез: пат. №7104 Респ. Беларусь, МПК (2009) А 61В17/00/ В. Н. Ядченко [и др.]; заявитель РНПЦ «РМ и ЭЧ». — № и 20100734; заявл. 23.08.2010; опубл. 28.02.2011 // Афіцыйны бюл. / Нац. цэнтр інтэлектуал. уласнасці. — 2010. — № 1. — С. 166.

Поступила 28.11.2011

УДК 616.379-008.64+616-003.96

ГОМЕОСТАЗ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

С. М. Яковец, Е. С. Махлина, М. Г. Русаленко

**Гомельский государственный медицинский университет
Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель**

Цель: исследовать влияние уровня половых гормонов на компенсацию сахарного диабета 1 типа у женщин, имеющих регулярный и нарушенный менструальный цикл.

Материалы и методы. Обследовано 155 женщин с сахарным диабетом 1 типа. Основную группу составили 117 женщин с регулярным менструальным циклом (РМЦ) и 38 женщин с нарушением менструального цикла (НМЦ). В 1 группе в зависимости от фазы менструального цикла на момент исследования выделены 2 подгруппы: 1 — с фолликулиновой фазой регулярного менструального цикла ($n = 40$), 2 — с лютеиновой фазой ($n = 77$). Комплексное обследование состояло из анкетирования, клинико-анамнестического, функционально-диагностического и лабораторно-биохимического исследования. Статистическая обработка материала проводилась с использованием программы «Statistica», 6.0 for Windows.

Результаты. При НМЦ отмечался более низкий индекс массы тела (ИМТ) и повышенная потребность в инсулине за счет инсулина короткого действия ($p < 0,05$). Уровень гликированного гемоглобина, средний и максимальный уровень глюкозы в интерстициальной жидкости при нарушенном менструальном цикле достоверно выше, чем при регулярном менструальном цикле ($p < 0,05$). При нарушении менструального цикла уровень эстрадиола, прогестерона и фолликулостимулирующего гормона достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у женщин с регулярным менструальным циклом. Гипергликемия при нарушенном менструальном цикле вызывает снижение уровня дегидроэпиандростерона сульфата.

Заключение. Низкая степень компенсации сахарного диабета 1 типа оказывает негативное влияние на регулярность менструального цикла у женщин. При нарушении менструального цикла уровень эстрадиола, прогестерона и фолликулостимулирующего гормона достоверно ниже, чем у женщин с регулярным менструальным циклом. Гипергликемия при нарушении менструального цикла вызывает снижение уровня дегидроэпиандростерона сульфата.

Ключевые слова: сахарный диабет 1 типа, менструальный цикл, половые гормоны.