

ЛАБОРАТОРНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Коршунов А. С.

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Омск

Введение

На сегодняшний день существующая система организации медицинской помощи больным с ВИЧ-инфекцией не предусматривает специализированной стоматологической помощи и диспансерное наблюдение стоматологом-хирургом с хроническими неопухолевыми заболеваниями слюнных желез [1, 4, 5, 7]. Эффективность такой системы крайне низка и, как правило, направлена на оказание неотложной хирургической помощи [1—3]. Поэтому направление больного на лечение к врачу — стоматологу-хирургу носят случайный, эпизодический характер [4]. Отсутствие стандартных принципов курации больных на амбулаторно-поликлиническом приеме приводит к обострению хронических сиаладенитов при ВИЧ-инфекции, возникновению осложненных и запущенных форм данных заболеваний, что, несомненно, утяжеляет течение ВИЧ-инфекции [1, 5, 6]. Отсутствие преемственности и эффективных связей между специализированными СПИД-центрами и стоматологическими службами побудило нас к проведению исследования, направленного на оказание высококвалифицированной и своевременной медицинской помощи больным с ВИЧ-инфекцией и улучшение условий для тесного контакта специалистов, занимающихся медицинской реабилитацией данного контингента больных [1, 5].

Цель исследования — стандартизация и оптимизация оказания комплексной стоматологической помощи ВИЧ-инфицированным лицам с хроническими сиаладенитами вне обострения.

Материалы и методы исследования

Были обследованы 105 человек 21—40 лет с установленной ВИЧ-инфекцией, которые состояли на учете в специализированном СПИД-центре в интервале от 1 до 3 лет и обратились в кабинет реабилитации отделения челюстно-лицевой хирургии БУЗОО ГКБ № 11 в порядке планового обследования по поводу одонтогенных очагов инфекции в полости рта. Обследование, проведенное с их письменного согласия, было направлено на выявление органических и функциональных изменений со стороны околоушных слюнных желез. Оно включало в себя лабораторные методы, в частности, биохимический анализ крови, при этом изучались показатели глюкозы, мочевины, креатинина, амилазы, фосфатазы, хлоридов при обращении через 6 месяцев и 1 год диспансерного наблюдения. Рентгенографию с искусственным контрастированием околоушных слюнных желез, направленную на выявление формы и стадии хронического сиаладенита, проводили при первичном обращении, при этом данное исследование позволило установить степень функциональных и органических изменений в структуре околоушных слюнных желез. Забор сиалобиоптатов околоушных слюнных желез проводился на секционном материале на базе БУЗОО «Бюро судебно-медицинской экспертизы» г. Омска у 30 ВИЧ-инфицированных трупов, умерших остро вследствие дорожно-транспортного происшествия и опознанных в первые трое суток. При этом оценивали макро- и микроскопические изменения в структуре околоушных слюнных желез. Математическая обработка данных проводилась с помощью статистического пакета STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc. USA).

Результаты исследования и их обсуждение

Такие параметры показателей крови ВИЧ-инфицированных лиц, как содержание глюкозы, мочевины, при первичном обращении, через 6 месяцев и 1 год диспансерного наблюдения статистически значимо не изменяются при использовании в качестве биосубстрата в сыворотке крови ($p > 0,05$).

Изменение остальных параметров в представленной жидкости между сравниваемыми группами однонаправленно и статистически достоверно от первичного обращения, через 6 месяцев и 1 год диспансерного наблюдения в сторону увеличения ($p < 0,05$), исключение составляет креатинин, его содержание в сыворотке крови увеличивается в меньшей степени ($p < 0,05$).

При сравнении с референтными пределами для проанализированных показателей сыворотки крови следует отметить повышение значения активности амилазы. Одной из причин возникновения выраженной гиперамилаземии является поражение слюнной железы воспалительным процессом и его прогрессированием по мере увеличения сроков наблюдения за данной категорией больных ($p < 0,05$), что противоречит данным отсутствием характерной клинической картины и тяжести заболевания. Из остальных параметров от нормальных значений отклоняются также содержание хлоридов и активность фосфатазы ($p < 0,05$). Активность фосфатазы увели-

чивается при воспалении мягких тканей челюстно-лицевой области, по мере прогрессирования заболевания, однако данные об активности этого фермента очень противоречивы. Повышение уровня хлоридов в крови является неблагоприятным симптомом, так как хлор — токсичное вещество. Его резкое повышение способствует уничтожению живых клеток, при этом угнетая процессы роста и пролиферации тканей.

Сиалографическое исследование околоушных слюнных желез проводили на втором этапе исследования. Это позволило судить о структурном состоянии паренхимы и протоков и в большинстве случаев помогло дифференцировать различные стадии и формы хронического паренхиматозного сиаладенита.

Видно, что на фоне нечеткого изображения паренхимы имеется большое количество полостей округлой формы разного диаметра (100 % наблюдений) (рис. 1) и большое количество полостей округлой формы более 0,5 мм в диаметре (70 %) (рис. 2). Главный околоушный проток неизменен (70 %), лишь в единичных наблюдениях в виде его расширения (20 %), при этом сохраняет четкие контуры (100 %). При этом протоки более мелкого порядка не всегда сохраняют вид коллатералей, соединя полости, имеющие нечеткие, прерывистые контуры (70 %), а порой не визуализируются (30 %). Наблюдается скопление контрастного вещества в виде пятен диаметром 1-2 мм с нечеткими контурами, которые могут быть объяснены экстравазацией контрастной массы в результате усиления проницаемости стенки протока и имбибицией паренхимы, возникающей при разрыхлении базальных мембран внутридольковых протоков, обусловленное развитием перидуктальных круглоклеточных инфильтратов (20 %). Иногда встречаются единичные случаи мелкого скопления контрастного вещества, то есть экстравазация контрастной массы в толще паренхимы железы (80 %). Данная сиалографическая картина встречается при клинически выраженной и поздних стадиях хронического паренхиматозного сиаладенита.

На третьем этапе проводили анализ секционного материала сиалобиоптатов околоушных слюнных желез ВИЧ-инфицированных. По данным морфологического исследования околоушных слюнных желез, мы наблюдали увеличение размеров слюнных желез (как правой, так и левой) ($P < 0,03$). В микроскопической картине мы наблюдали следующие изменения: наличие очаговой лимфоидной инфильтрации (30 %); тотальной лимфоидной инфильтрации (70 %), снижение функциональной активности концевых отделов слюнной железы (80 %); сгущение секрета в просвете протоков (80 %) ($P < 0,05$).



Рис. 1. Сиалограмма больного с ВИЧ

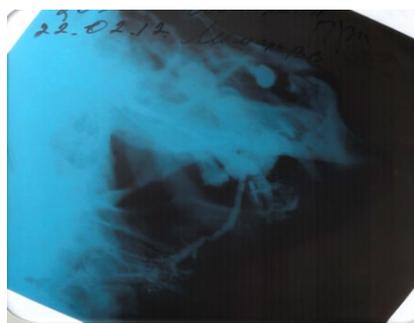


Рис. 2. Сиалограмма больного с ВИЧ

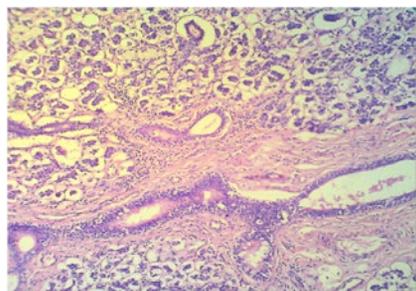


Рис. 3. Сиалобиоптат больного ВИЧ

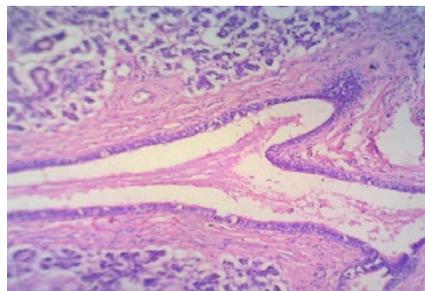


Рис. 4. Сиалобиоптат больного ВИЧ

Выводы

1. Биохимические показатели — хлориды, АлАТ, билирубин, мочеви́на, фосфатаза, амилаза – являются важными показателями при определении степени тяжести и прогноза течения хронического паренхиматозного сиаденита на фоне ВИЧ-инфекции.

2. Диагностику и лечение хронических сиаденитов на фоне ВИЧ-инфекции необходимо включить в обязательный стандарт комплексного обследования и лечения ВИЧ-инфицированных категорий граждан на стоматологическом приеме независимо от клинических проявлений каждые 6 месяцев диспансерного наблюдения.

Литература

1. Коршунов, А. С. Диспансеризация ВИЧ-инфицированных граждан с хроническими паротитами/А. С. Коршунов, Д. О. Серов // Современная наука: теоретический и практический взгляд: материалы VI Международной научно-практической конференции. – Москва, 2016. – С. 20–23.
2. Солнцев, А. М. Заболевания слюнных желез/А. М. Солнцев, В. С. Колесов, Н. А. Колесова. – Киев: Здоров'я, 1991. – 312 с.
3. Бельская, Л. В. Сравнительная оценка показателей крови и смешанной слюны на фоне обострения паренхиматозного паротита/Л. В. Бельская, А. С. Коршунов, П. И. Ивасенко // Бутлеровские сообщения. – 2013. – Т. 34, № 3. – С. 122–125.
4. Сулимов, А. Ф. Практические аспекты диспансеризации больных с паренхиматозным паротитом вне обострения/А. Ф. Сулимов, А. С. Коршунов, Д. О. Серов // Современная медицина: традиции и инновации: сборник статей I Международной научно-практической конференции. – 2016. – С. 39–50.
5. Шатохин, А. И. ВИЧ – связанные поражения слюнных желез: вопросы диагностики и лечения/А. И. Шатохин // Стоматология. – 2010. – Т. 89, № 4. – С. 21–24.
6. Zbaren, P. Diagnosis of salivary gland disease using ultrasound and sialography a comparison/P. Zbaren, J. C. Ducommun // Clin. Otolaryngol. – 1989. – Vol. 14, № 3. – P. 189–197.
7. Эффективность методов исследования УЗИ и КТ при диагностике слюнокаменной болезни. консервативные методы лечения слюнокаменной болезни, как альтернатива хирургическому вмешательству/Л. А. Зюлькина, Е. Д. Костригина, Е. В. Афанасьев, А. Н. Галкин // Проблемы стоматологии. – 2018. – Т. 14, № 4. – С. 58–63.

LABORATORY AND MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE STRUCTURE OF THE PAROTID SALIVARY GLANDS IN HIV INFECTION

Korshunov A. S.

Omsk state medical university, Omsk

Summary. A comprehensive examination of the parotid salivary glands in HIV-infected patients who are within 1 year on dispensary observation. Revealed significant changes, with shifts in the negative direction in laboratory parameters of blood (amylase, chloride, phosphatase, bilirubin, Alt, urea). According to the results of morphological studies in the structure of the parotid salivary glands observed organic and structural changes characteristic of parenchymal sialadenitis in clinically expressed and late stages of development. HIV-associated abnormalities in the parotid salivary glands are characterized by an aggressive course, which indicates the need for timely detection and follow-up of this category of citizens at the dentist-surgeon.

Keywords: *HIV infection, chronic sialadenitis*