

ДИАБЕТИЧЕСКИЕ СИАЛАДЕНОЗЫ

Хасанова Ш.В , Рустамов М.А

,Курязов А.К

Ташкентская медицинская академия

Ургенчский филиал

Характер связи слюнных желез (СЖ) с другими железами эндокринной системы, в том числе с поджелудочной, несмотря на доказанную способность СЖ к эндокринной функции, остается недостаточно изученным. В наиболее ранних работах по данной теме поднимается вопрос о формах этой связи и о внутренней секреции СЖ, их значении для организма на клинических примерах. Позднее появились работы, раскрывающие связи СЖ с эндокринными органами на экспериментальных моделях исключения СЖ из общей функции.

Актуальность. Данные литературы о сопряжении функций поджелудочной и СЖ крайне сложны и противоречивы. Клинические наблюдения показывают увеличение поднижнечелюстных и околоушных СЖ при нарушении углеводного обмена и при сахарном диабете (СД), увеличение СЖ при этом получило у клиницистов название Терезинского признака или синдрома Харвата. Корп W. обнаружил у больных СД гипертрофию СЖ. Автор считает, что это безболезненное увеличение околоушных слюнных желез наблюдается в случаях легкого диабета и по мере ухудшения заболевания гипертрофируются значительно больше. Известны данные о выраженной гипергликемии у больных эпидемическим паротитом и возникающей глюкозурии после удаления СЖ. Так, Мега К., работая с экстрактами СЖ, обнаружил, что они вызывают легкое, медленное и продолжительное снижение сахара в крови. Механизм действия автор объяснил вызываемым ими гликолизом с последующим глюконеогенезом.

Было показано, что 2 мг паротина производят эффект, равный приблизительно эффекту 1 мг инсулина, однако действие его более продолжительное, что позволяет вводить его каждые 4 дня. В противоположность этому были получены данные о гипергликемическом действии экстрактов СЖ. В связи с этим было высказано предположение, что СЖ продуцируют 2 фактора: гормон-активатор инсулина, вызывающий гипогликемию, и ингибитор инсулина. СЖ способны вырабатывать инсулиноподобное вещество, которое используется как резервный фактор при недостаточности инсулярного аппарата поджелудочной железы и сопровождается компенсаторной гипертрофией СЖ. При аллоксановом диабете у крыс подчелюстных СЖ в слюнных трубках отмечено появление SS белковых групп и усиление накопления цинка. В то же время авторы не приводят убедительных данных о том, происходит ли синтез биологически активного вещества - инсулина в слюнных трубках или только его депонирование. Убедительно доказана компенсаторная роль СЖ при повреждении инсулярного аппарата поджелудочной железы и образование при этом в слюнных трубках инсулиноподобного вещества многочисленных вариантов патологических процессов СЖ. Наибольшую связь с патологией эндокринной системы и нарушением секреторного процесса имеет группа заболеваний, объединенная единым клиническим признаком припухлостью СЖ и нарастающей сухостью слизистой оболочки полости рта. При этих заболеваниях прямое воздействие повреждающих факторов на СЖ исключается. К ним можно отнести метаболические сialозы и доброкачественные лимфоэпителиальные образования, выделенные в Международной гистологической классификации в группу родственных опухолям состояний по принципу припухлости СЖ, но не имеющих опухолевой природы.

Анализ литературы, посвященный патологии СЖ при воздействии эндокринной

патологии, показал, что наиболее изученной является морфология сиадоза, причем на стадиях далеко зашедшего процесса, когда в клинике доминирует нарастающее снижение секреторной функции СЖ и связанные с этим вторичные поражения органов ротовой полости и желудочно-кишечного тракта. Вопросы этиологии и патогенеза этих заболеваний недостаточно раскрыты, только единичные клинические наблюдения указывают на связь этих заболеваний с нарушениями стероидного гомеостаза. Не вызывает сомнения, что прогрессирование поражения СЖ связано с развитием аутоиммунного процесса, который в большинстве случаев имеет вторичный характер, обусловленный изменениями антигенной структуры СЖ. В то же время, в литературе недостаточно раскрыт вопрос о том, какие эндогенные факторы могут быть причиной повреждения СЖ. Приведенные данные литературы и их анализ показывают, что

СЖ по разнообразию своей функции и эффекту действия различных биоактивных веществ следует отнести к органам, сочетающим экзо и эндокринную функцию. Подобный принцип взаимоотношений наблюдается во всех органах желудочно-кишечного тракта и до настоящего времени не имеет структурного обоснования и не учитывается при трактовке различных патологических состояний. Например, способность опухолей околоушных СЖ синтезировать гормонально активные вещества, рассматривается как новые, приобретенные в процессе опухолевой прогрессии свойства, а не как проявление способности эпителиальных клеток слюнных трубок, способных к выработке гормона в физиологических условиях. Вполне доказанной является выработка СЖ гормона белковой природы паротина, факторов роста эпителия и нервов, тимоцитотранс-формирующего фактора и ряда факторов с высоко биологической активностью. Иммуногистохимическими методами обнаружена локализация этих веществ в слюнных трубках. Структурная организация этих

отделов не противоречит возможности их внутрисекреторной деятельности, однако не все авторы едины в этом мнении. Функциональная морфология СЖ до сих пор не изучена с помощью тех объективных методов суждения о степени функции и локализации ее маркеров, какими являются методы количественной гистохимии. Использование гистохимических методов внесло определенный вклад в изучение мукопротеидного компонента слюны и позволили выявить широкий спектр ферментов, активных в СЖ. Были сделаны попытки взаимосвязи активности некоторых ферментов с состоянием секреторной деятельности. Имеющиеся данные о связи СЖ с эндокринными железами позволяют по-новому взглянуть на ряд заболеваний СЖ. Однако данные литературы отражают, в основном, клинические наблюдения, констатирующие связь метаболических сиадозов с изменением эндокринного гомеостаза (в большей степени стероидного) и не раскрывают вопросов патогенеза этих заболеваний. Важно отметить, что структурная характеристика этих заболеваний отражает, как правило, стадии далеко зашедших изменений. В связи с обнаружением диффузной эндокринной системы, а ее функционирование связано с состоянием рецепторного аппарата мембран клеток, возможно, в ближайшем будущем откроются новые возможности в изучении патогенеза сиадозов, развивающихся у больных эндокринными заболеваниями. Как свидетельствуют данные литературы, распознать сиадоз нередко очень трудно. Круг заболеваний, с которыми приходится сталкиваться при дифференциальной диагностике, весьма широк: это хронические сиадениты, доброкачественные и злокачественные опухоли СЖ, болезнь и синдром Микулича, Шегрена, Хеерфордта, лимфадениты, специфические и одонтогенные воспалительные процессы челюстно-лицевой области. По мнению

И.Ф.Ромачевой, проблема разработки методов ранней диагностики, лечения и мер профилактики больных сиадозом на фоне СД актуальна до настоящего времени и не полностью решена. Все вышеизложенное свидетельствует о целесообразности проведения дальнейших научных исследований по различным аспектам проблемы заболеваний СЖ при СД. СД поражает все органы и системы человеческого организма, в том числе пищеварительную систему. В патогенезе СД значительное место занимают нарушения водно-солевого обмена, проявляющиеся сухостью слизистых оболочек ротовой полости. Однако поражение слюнных желез при СД изучено недостаточно. Цель. Изучить состояние слюнных желез при СД. Материал и методы исследования. Больные СД подвергались полному клиническому обследованию. Дополнительно определялись гигиенический индекс по Грину-Вермильону, периодонтальный индекс, проводилась сиалометрия, определялись рН, вязкость, цвет, прозрачность, содержание общего белка, активность альфаамилазы, щелочной фосфатазы в слюне. Выполнялось цитологическое и микробиологическое исследование мазков со слизистой оболочки полости рта. Результаты исследования. Наши наблюдения показали, что поражение слюнных желез наблюдается у 29,5% больных СД. В 92,8% это поражение проявляется в виде интерстициального сиадоза. У лиц с инсулиннезависимым СД (СД II типа) с избыточной массой тела сиадоз наблюдается достоверно чаще, чем у лиц с нормальной массой тела. У жителей горной местности частота сиадозов при СД достоверно ниже, чем у жителей равнины. При инсулинзависимом СД (СД I типа) чаще поражаются поднижнечелюстные слюнные железы, при СД II типа - околоушные. Нередко поражение слюнных желез по типу паренхиматозного, интерстициального, протокового сиаденита

является предвестником СД. Данные изучения ферментов в слюне указывают на однонаправленность воздействия повреждающих факторов на поджелудочную и слюнные железы, а также синхронность возникающих в них патологических процессов. Нарушения экзокринной функции слюнных желез отражаются на состоянии гигиены полости рта, создавая "кариесогенную ситуацию", одновременно способствуя росту воспалительных явлений в пародонте. Характер сдвигов в составе слюны указывает на необходимость дополнения программ лечения СД стимулирующей, секретолитической и заместительной коррекцией функции слюнных желез.

Выводы. СД отрицательно влияет на состояния слюнных желез и ротовой полости. В связи с этим, очевидна необходимость контроля за состоянием слюнных желез, зубов, слизистой оболочки полости рта у больных СД и незамедлительное лечение при выявлении какой-либо патологии в челюстно-лицевой области. В случае выраженного нарушения метаболического контроля, лечебные мероприятия, направленные на нормализацию деятельности слюнных желез, органов полости рта и санацию зубов, должны откладываться до достижения приемлемого контроля заболевания. Тем не менее, острые инфекции требуют немедленного, тщательного лечения вскрытия и дренирования острых воспалительных процессов в слюнных железах, антибактериальной терапии. Усиление метаболического контроля часто приводит к улучшению течения заболеваний челюстно-лицевой области. Но лечение их должно начинаться уже при наличии приемлемого метаболического контроля, не дожидаясь идеальной компенсации заболевания. В этом случае огромное значение имеет тесное взаимодействие между диабетологами и стоматологами.