

DOI: 10.12731/2218-7405-2013-4-1

УДК 61

СИАЛОЛИТИАЗ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ЛЕЧЕНИЕ, РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

Доклаева М.Н., Козлова М.В., Мкртумян А.М.

Заболевания слюнных желез это одна из наиболее часто встречаемых патологий среди стоматологических пациентов. Среди заболеваний слюнных желез наиболее распространён калькулезный сиалоаденит. У половины пациентов после проведенного оперативного вмешательства наблюдается рецидив камнеобразования. Одной из этиологических причин слюнно-каменной болезни является нарушение минерального обмена. Известно влияние гормонов щитовидной железы на баланс костного ремоделирования. Целью нашей работы явилось повышение эффективности лечения пациентов со слюнно-каменной болезнью при тироидной патологии. Материалы и методы. Для определения тироидной функции у обследуемых изучали: тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (T_4 св.). Состояние минерального обмена оценивали по содержанию в крови (утром на тощак) кальций-регулирующих гормонов: паратирин (ПТГ(пг/мк)) и кальцитонина (КАТ(пг/мл)), маркера костной резорбции-Cross laps (нг/мл) и костеобразования – остеокальцина (нг/мл). В послеоперационном периоде обследуемые были разделены на две подгруппы: первую составили пациенты с предоперационной коррекцией тироидного статуса у врача эндокринолога, вторую (контрольную) – без предоперационной коррекцией тироидного статуса у врача эндокринолога. Результаты. У контрольной группы пациентов по сравнению с группой, получивших необходимую коррекцию, значительно тяжелее проходил

послеоперационный период. Вывод. Обоснованная фармакологическая коррекция при нарушении минерального обмена у лиц с калькулезным сиалоаденитом является наиболее оптимальной процедурой, способной снизить количество осложнений в виде обострений хронического сиалодохита.

Ключевые слова: слюнно-каменная болезнь, субклинический гипотиреоз, субклинический гипертиреоз, минеральный обмен, костное ремоделирование, щитовидная железа.

SIALOLITHIASIS IN PATIENTS WITH THYROID CANCER: TREATMENT, REHABILITATION AND PREVENTION

Doklaeva M.N., Kozlova M.V., Mkrtumyan A.M.

Diseases of the salivary glands is one of the most frequent pathologies among dental patients. Salivolithiasis is most common among the diseases of the salivary glands. Half of the patients after the surgery relapse stone formation. One of the etiological causes salivolithiasis is a violation of mineral metabolism. Known effects of thyroid hormones on the balance of bone remodeling. The aim of our study was to improve treatment of patients with salivolithiasis in thyroid pathology. Materials and methods. To determine thyroid function in patients were studied: thyroid-stimulating hormone (TSH), free thyroxine (free T4.). State of mineral metabolism was assessed by content in the blood calcium-regulating hormones parathyrin (PTH (pg / ml)) and calcitonin (CAT (pg / ml)), a marker of bone resorption-Cross laps (ng / ml) and bone formation - osteocalcin (ng / ml). Postoperatively, the patients were divided into two groups: the first consisted of patients with preoperative correction of thyroid status at the doctor, endocrinologist, the second (control) - without preoperative correction of thyroid status doctor endocrinologist. Results. In the control group of patients compared with the group that received the necessary correction, much heavier passed the postoperative period. Output. Reasonable pharmacological correction in violation

of mineral metabolism in patients with calculous sialadenitis is the best procedure that can reduce the number of complications such as acute exacerbations of chronic sialadenitis.

Keywords: salivary stone disease, subclinical hypothyroidism, subclinical hyperthyroidism, mineral metabolism, bone remodeling, thyroid

Введение. Заболевания слюнных желез встречаются довольно часто и составляют от 3% до 24% от общего числа стоматологических пациентов.

В тоже время, на долю калькулезного сиалоаденита приходится от 20,5% до 78% случаев, причем у 29% - 39,5% в послеоперационном периоде отмечается рецидив камнеобразования [1.5.13.15.16].

Слюнные железы имеют тесную филогенетическую и онтогенетическую связь с другими железами эндокринной системы [8.17.19].

Среди эндокринной патологии заболевания щитовидной железы занимают первое место, поражая 10-15% населения [9].

По сути, тиреоидная патология по своей распространенности приобрела характер неинфекционной «эпидемии», так как практически каждый третий пациент, обратившийся в стоматологическую клинику, имеет дисфункцию щитовидной железы.

Изменение секреторной активности слюнных желез (СЖ) при эндокринопатиях нашло свое отражение в литературе последних лет. Вместе с тем работ, в которых дается анализ патогенеза камнеобразования в СЖ при тиреоидной патологии отсутствуют [18.20].

Долгие годы ведущей причиной образования камней в слюнных железах считали нарушение минерального обмена, но при этом профилактика камнеобразования и патогенетическая терапия отсутствует. В тоже время известно, что гормоны щитовидной железы влияют на фосфорно-кальциевый обмен как непосредственно, через регуляцию активности остеогенных клеток, так и опосредованно, через секрецию кальций-регулирующих гормонов [11].

Целью данного исследования явилось повышение эффективности лечения пациентов со слюнно-каменной болезнью при тиреоидной патологии.

В поликлиническом отделении КДЦ МГМСУ находились на обследовании 73 человека, с диагностированным калькулезным сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы (ПНЧСЖ).

В период скрининга обратившимся было проведено анкетирование, в ходе которого они подробно освещали состояние своего здоровья, особенности питания, образ жизни, а также прием различных лекарственных препаратов, способствующих развитию ятрогенных метаболических процессов.

Критерий включения в исследование:

-пациенты со слюно-каменной болезнью и патологией щитовидной железы в анамнезе, но не получавшие коррекцию у врача эндокринолога

Больные жаловались на слюнную колику во время приема пищи и резкую припухлость под нижней челюстью.

При осмотре поднижнечелюстная слюнная железа, плотная и безболезненная при пальпации, определяется наличие камней в протоке(75%) и в верхнем полюсе железы(20%), а также выделение чистого секрета из протока железы.

Критерий исключения:

-больные с гипер -и гипопункцией ЩЖ находившиеся на гормон-заместительной терапии, а также с патологией желудочно-кишечного тракта, хроническим обструктивным бронхитом, заболеваниями почек, сердечно -сосудистой системы и пациентки в постменопаузальном периоде.

Материалы и методы

Для определения тиреоидной функции у обследуемых изучали: тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (Т₄св.).

Впервые у 40% больных с калькулезным сиалоаденитом был диагностирован субклинический гипертиреоз, у которых в крови Т₄ св.

оставался в пределах нормы, а ТТГ ниже нормы, и у 60% - установлен субклинический гипотиреоз, где T_4 св. также находился в пределах нормы, а ТТГ находился выше контрольных значений.

Состояние минерального обмена оценивали по содержанию в крови(утром на тощак) кальций-регулирующих гормонов: паратирин (ПТГ(пг/мл)) и кальцитонина (КАТ(пг/мл)), а также маркера костной резорбции-Cross laps (нг/мл) и костеобразования – остеокальцина (нг/мл).

Все пациенты с сиалолитиазом поднижнечелюстной слюнной железы, в зависимости от состояния тиреоидной функции были разделены на группы:

I группа - 35 больных в возрасте от 25 до 50 лет (15 мужчин и 20 женщин) с субклиническим гипотиреозом.

II группа– 25 больных аналогичного возраста (10 мужчин и 15 женщин) с субклиническим гипертиреозом.

III группа - 13 практически здоровых лиц от 20 до 30 лет (7 женщин и 6 мужчин), без патологии слюнных желез.

При анализе минерального обмена у пациентов I группы при наличии субклинического гипотиреоза в крови отмечали тенденцию к повышению секреции ПТГ и значительное снижение (на 117%) концентрации маркера костеобразования - остеокальцина ($p \leq 0.001$), а так же снижение уровня кальцитонина $3,9 \pm 2,0$ мкг/г ($p \leq 0,01$), что свидетельствовало о дисбалансе костного ремоделирования с подавлением фазы костеобразования (рис. 1).

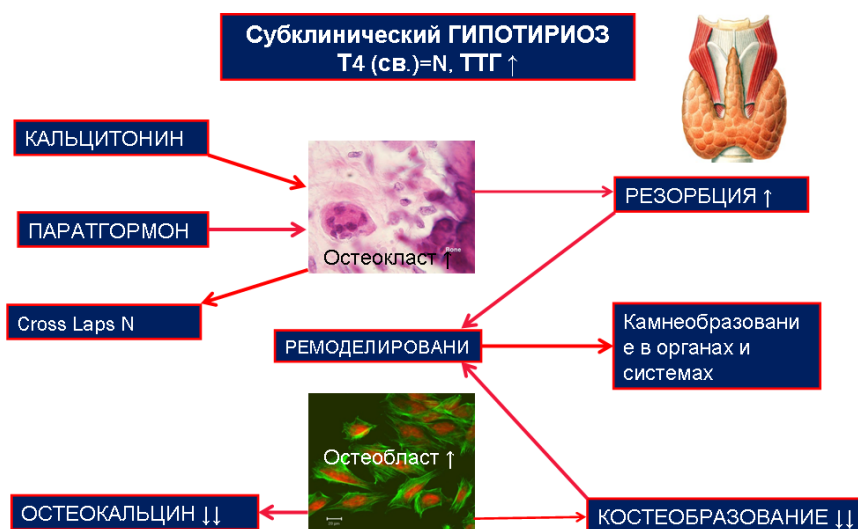


Рис. 1. Схема патогенеза дисбаланса костного ремоделирования у пациентов с СКБ и субклиническим гипотиреозом

Во II группу вошли пациенты с калькулезным сиалоаденитом и субклиническим гипертиреозом, где отмечена достоверное повышение паратирин, на 73% превышающая контрольные значения ($P \leq 0,05$), при этом уровень кальцитонина оставался в пределах нормы, со значительным повышением (48%) маркера костной резорбции - Cross laps ($P \leq 0,001$), что указывает на дисбаланс костного ремоделирования с преобладанием фазы резорбции (рис 2).

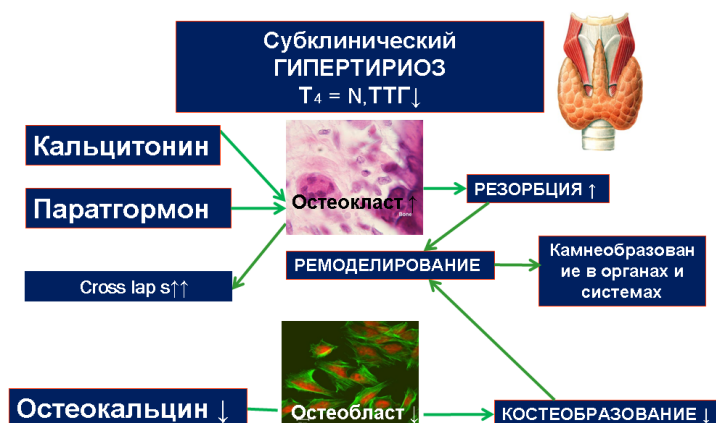


Рис. 2. Схема патогенеза дисбаланса костного ремоделирования у пациентов с СКБ и субклиническим гипертиреозом

Полученные результаты можно объяснить экспрессией рецепторов к тироидным гормонам на мембранах остеогенных клеток, что приводит к регуляции активности как остеобластов как и остеокластов.

В тоже время, в почках совместно с другими системными пептидами, гормоны ЩЖ влияют на активность почечной гидроксилазы, которая регулирует метаболизм активных форм витамина D₃. Кальцитриол взаимодействует с рецепторами витамина D₃, тем самым способствуя повышению абсорбции кальция из кишечника и реабсорбции в почках с последующим депонированием в костную ткань.

Вследствие снижения абсорбции данного микроэлемента в организме, развивается вторичный гиперпаратиреоз, который приводит к деминерализации скелета, тем самым вызывая нарушение минерального обмена, что способствует эктопическому отложению кальция в органах и системах [2.4.12].

Следовательно, у лиц с калькулезным сиалоаденитом даже при доклинических проявлениях дисфункции щитовидной железы, отмечается дисбаланс костного ремоделирования, что может быть одной из причин камнеобразования.

Все обследуемые (60 человек) с калькулезным сиалоаденитом и дисфункцией щитовидной железы в зависимости от степени эндокринологической коррекции в послеоперационном периоде были разделены на подгруппы:

Группа А 43 человека(15 мужчин и 28 женщин) с предоперационной коррекцией тироидного статуса у врача эндокринолога

Группа Б (контрольная) 17 лиц (10 женщин и 7 мужчин) без коррекции тироидного статуса у врача эндокринолога

Клиническая картина послеоперационного течения оказалась значительно благоприятней для пациентов, которым была проведена фармакологическая коррекция.

Результаты и их обсуждения

У пациентов с предварительно проведенной эндокринологической коррекции интенсивность боли, гиперемия и отек в области раны на вторые сутки сократились у 93% пациентов, а через месяц вовсе отсутствовали, боль в области железы при бимануальной пальпации практически отсутствовала у 97% больных на 7-10 сутки, через месяц после проведения оперативного вмешательства сохранялись размеры железы при приеме пищи в 100% случаев и полное восстановление функции слюнной железы.

В пациентов без коррекции тироидного статуса (контрольная группа) выявлено более сложное течение послеоперационного периода, сохранялись отек и гиперемия вокруг раны до 7-10 дней у 94% больных, динамика интенсивности боли в области железы не менялась в течение месяца у 88% пациентов, размеры железы незначительно изменялись, восстановление функции слюнных желез происходило очень медленно у 88% исследуемых.

Выводы

Больным с сиалолитиазом необходимо изучать тироидный статус, как одну из причин образования камней.

Всем пациентам с СКБ при субклиническом гипо- и гипертиреозе до удаления камня следует проводить коррекцию тироидного статуса у эндокринолога, так как это приводит к быстрой стабилизации процессов в железе.

В связи с этим можно сделать вывод, что обоснованная фармакологическая коррекция при нарушении минерального обмена у лиц с калькулезным сиалоаденитом является наиболее оптимальной процедурой, способной снизить количество осложнений в виде обострений хронического сиалодохита.

Список сокращений

ПНЧСЖ - поднижнечелюстная слюнная железа

СКБ- слюнно-каменная болезнь

ЩЖ- щитовидная железа

СЖ- слюнная железа

ТТГ-тиреотропный гормон

T₄ св.- свободный тироксин

Список литературы

1. Афанасьев В.В., Ромачева И.Ф. Роль сопутствующих заболеваний в этиологии хронического сиалоаденита // Стоматология. 1989. Т.68. №1. С. 46.
2. Беневоленская Л.И. Диагностика, профилактика и лечение остеопороза. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010. С. 269.
3. Вахрушев Я.М. Патогенез желчного камнеобразования и его профилактика при заболеваниях желчевыводящих путей. Терапевтический архив. 1999. N2. С. 44-48.
4. Грошиков М.Л. Изучение доли протеина в слюне при пародонтозе // Стоматология. 1977. Т.56. №5. С. 28-31.
5. Козлова М.В., Панин А.М., Мкртумян А.М. Современные методы диагностики и лечения остеопиенического синдрома альвеолярной части (отростка)челюстей при ее атрофии у больных с различными эндокринопатиями. Учебное пособие для врачей. М., 2008. 35 с.
6. Лазовских И.Р. Справочник клинических симптомов и синдромов // Медицина. 1981. 342 с.
7. Минакова Е.С. Хирургическая тактика лечения больных с узловым зобом / Савенок В.У., Савенок Э.В., Редькин А.Н., Минакова Е.С., Шевчук Л.В. // Рак щитовидной железы и эндемический зоб: материалы межрегиональной конференции с международным участием. Екатеринбург, 2007. С. 177-178
8. Мкртумян А.М., Балаболкин М.И., Хаятина Т.Л. Состояние фосфорно-кальциевого обмена и костной системы при диффузном токсическом зобе // Клин. Мед. 1991. Т. 154. №80. С. 82.

9. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев В.В. Заболевания и повреждения слюнных желез. Москва. 1987. С. 71-239.
10. Ромачева И.Ф. Особенности больных с заболеваниями слюнных желез // Стоматология. 1972. М4.С. 52.
11. Ромачева И. Ф. Воспалительные заболевания слюнных желез: Дисс. докт. мед. наук. М., 1973. 533 с.
12. Саидкаримов И.С., Очилова С.О. Состояние больших слюнных желез у больных с заболеваниями щитовидной железы. Заболевания и повреждения слюнных желез // Материалы юбилейной научно-практической конференции, посвященной 60-летию профессора В.В. Афанасьева. Москва. 2006.
13. Aspin J.R., Coe F.L. Favus M.Y. Nephrolithiasis In. Harrison's Principles of Internal Medicine. 14th Ed 1998: P. 1569-1574.
14. Alonso de Rena V., Dis Dios R. et all. A standardized protocol for the quantification of lactate dehydrogenase activity in saliva //Arch. Oral. Biol. 2004. V.49. №1. P.33-37.
15. Birkner E., Kaspercsyk B., Broza Z. et all. Isoenzymes of alphaamylase in human serum after thyroid operation (Article in Polish) // Wiad Lek. 2002. V.55, №1. P.650-656.

References

1. Afanasev V.V., Romacheva I.F. Rol soputstvuyushchikh zabolevaniy v etiologii khronicheskogo sialoadenita [The role of comorbidity in the etiology of chronic sialoadenita]. *Stomatologiya* 68, no. 1 (1989): 46.
2. Benevolenskaya L.I. *Diagnostika, profilaktika i lechenie osteoporoza* [Diagnosis, prevention and treatment of osteoporosis]. M.: "GEOTAR Media", 2010. p. 269.
3. Vakhrushev Ya.M. Patogenez zhelchnogo kamneobrazovaniya i ego profilaktika pri zabolevaniyakh zhelchevyvodyashchikh putey. *Terapevticheskiy*

arkhiv [Pathogenesis of gall stone formation and prevention for diseases of the biliary tract. Therapeutic Archives]. 1999. N2. pp. 44-48.

4. Groshikov M.L. Izuchenie doli proteina v slyune pri parodontoze [Study the proportion of protein in the saliva with periodontitis]. *Stomatologiya* 56, no. 5 (1977): 28-31.

5. Kozlova M.V., Panin A.M., Mkrtumyan A.M. *Sovremennye metody diagnostiki i lecheniya osteopienicheskogo sindroma al'veolyarnoy chasti (otrostka)chelyustey pri ee atrofii u bolnykh s razlichnymi endokrinopatiyami* [Modern methods of diagnosis and treatment of alveolar osteopienicheskogo syndrome (process) with its jaw atrophy in patients with various endocrinopathies]. Moscow, 2008. 35 p.

6. Lazovskikh I.R. Spravochnik klinicheskikh simptomov i sindromov [Handbook of clinical symptoms and syndromes]. *Meditsina*. 1981. 342 p.

7. Savenok V.U., Savenok E.V., Red'kin A.N., Minakova E.S., Shevchuk L.V. Khirurgicheskaya taktika lecheniya bol'nykh s uzlovym zobom [Surgical treatment of patients with nodular goiter]. *Rak shchitovidnoy zhelezy i endemicheskoy zob: materialy mezhdunarodnoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem* [Thyroid cancer and endemic goiter: Materials interregional conference with international participation]. Ekaterinburg, 2007. pp. 177-178.

8. Mkrtumyan A.M., Balabolkin M.I., Khayutina T.L. Sostoyanie fosforno-kaltsievogo obmena i kostnoy sistemy pri diffuznom toksicheskom zobe [State of phosphorus-calcium metabolism and bone in diffuse toxic goiter]. *Klin. Med.* 154, no. 80 (1991): 82.

9. Romacheva I.F., Yudin L.A., Afanasev V.V. *Zabolevaniya i povrezhdeniya slyunnykh zhelez* [Diseases and injuries of the salivary glands]. Moscow, 1987. pp.71-239.

10. Romacheva I.F. Osobennosti bol'nykh s zabolevaniyami slyunnykh zhelez [Features of patients with diseases of the salivary glands]. *Stomatologiya*, M4 (1972): 52.

11. Romacheva I. F. *Vospalitelnye zabolevaniya slyunnykh zhelez* [Inflammatory diseases of salivary glands]: Diss. Doctor. honey. Science. M., 1973. 533 p.
12. Saidkarimov I.S., Ochilova S.O. Sostoyanie bol'shikh slyunnykh zhelez u bol'nykh s zabolevaniyami shchitovidnoy zhelezy. Zabolevaniya i povrezhdeniya slyunnykh zhelez [Status of major salivary glands in patients with thyroid cancer. Diseases and injuries of the salivary glands]. *Materialy yubileynoy nauchno-prakticheskoy konferentsii, posvyashchennoy 60-letiyu professora V.V. Afanaseva* [Proceedings of the jubilee scientific-practical conference dedicated to the 60th anniversary of Professor V.V. Afanasyev]. Moscow. 2006.
13. Aspin J.R., Coe F.L. Favus M.Y. Nephrolithiasis In. Harrison's Principles of Internal Medicine. 14th Ed 1998: P. 1569-1574.
14. Alonso de Rena V., Dis Dios R. et all. A standardized protocol for the quantification of lactate dehydrogenase activity in saliva //Arch. Oral. Biol. 2004. V.49. №1. P.33-37.
15. Birkner E., Kaspercsyk B., Broza Z. et all. Isoenzymes of alphaamylase in human serum after thyroid operation (Article in Polish) // Wiad Lek. 2002. V.55, №1. P.650-656.

ДАННЫЕ ОБ АВТОРАХ

Доклаева Малика Нурдыновна, аспирант кафедры факультетской хирургической стоматологии и имплантологии

Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет имени А.И. Евдокимова

ул. Делегатская, д. 20, стр. 1, г. Москва, Россия

89264488877@mail.ru

Козлова Марина Владленовна, профессор кафедры факультетской хирургической стоматологии и имплантологии

*Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет
имени А.И. Евдокимова*

ул. Делегатская, д. 20, стр. 1, г. Москва, Россия

Мкртумян Ашот Мусаелович, профессор, зав.кафедрой эндокринологии и
диабетологии лечебного факультета

*Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет
имени А.И. Евдокимова*

ул. Делегатская, д. 20, стр. 1, г. Москва, Россия

DATA ABOUT THE AUTHORS

Doklaeva Malika Nurdynovna, graduate student of Faculty dental surgery and
implantology

Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov

20/1, Delegatskaya str., Moscow, Russia

89264488877@mail.ru

Kozlova Marina Vladlenovna, Professor of Faculty dental surgery and
implantology

Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov

20/1, Delegatskaya str., Moscow, Russia

Mkrtumyan Ashot Musaelovich, Professor, Head of the Department of
Endocrinology and Diabetology Medical Faculty

Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov

20/1, Delegatskaya str., Moscow, Russia

Рецензент:

Дергунов Андрей Анатольевич, канд. мед. наук, Военно-медицинская
академия имени С.М. Кирова