

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ КСЕРОСТОМИЕЙ

Наша монография написана на основе длительного наблюдения и лечения (на протяжении 10–15 лет) 328 пациентов в возрасте от 18 до 82 лет, предъявлявших основную жалобу на сухость полости рта (ксеростомию).

1.1. КЛАССИФИКАЦИЯ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОВРЕЖДЕНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ. ТЕРМИНОЛОГИЯ

1.1.1. КЛАССИФИКАЦИЯ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОВРЕЖДЕНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

В настоящее время, согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, болезни СЖ отнесены к классу 11 (K11) и включают следующие нозологические формы болезней.

- K11.0. Атрофия слюнной железы.
- K11.1. Гипертрофия слюнной железы.
- K11.2. Сиаладенит [исключены: эпидемический паротит (B26) и увеопаротидная лихорадка Хеерфорда (D86.8)].
- K11.3. Абсцесс слюнной железы.
- K11.4. Свищ слюнной железы [исключен: врожденный свищ слюнной железы (Q38.4)].
- K11.5. Сиалолитиаз (камни слюнной железы или протока).
- K11.6. Мукоцеле слюнной железы.
 - K11.60. Слизистая ретенционная киста.
 - K11.61. Слизистая киста с экссудатом.
 - K11.69. Мукоцеле слюнной железы неуточненное.
- K11.7. Нарушения секреции слюнных желез (исключена: сухость полости рта. БДУ — R68.2).
 - K11.70. Гипосекреция (гипоптиализм).
 - K11.71. Ксеростомия.

- K11.72. Гиперсекреция (птиализм).
- K11.78. Другие уточненные нарушения секреции слюнных желез.
- K11.79. Нарушение секреции слюнных желез неуточненное.
- K11.8. Другие болезни слюнных желез [исключен синдром сухости (болезнь Шегрена) — M35.0].
 - K11.80. Доброкачественное лимфоэпителиальное поражение слюнной железы.
 - K11.81. Болезнь Микулича.
 - K11.82. Стеноз (сужение) слюнного протока.
 - K11.83. Сиалэктазия.
 - K11.84. Сиалоз.
 - K11.85. Некротизирующая сиалометаплазия.
 - K11.88. Другие уточненные болезни слюнных желез.
- K11.9. Болезнь слюнной железы не уточненная: сиаладенопатия.

В то же время анализ Международной классификации болезней 10-го пересмотра по разделу «Слюнные железы» показал, что в ней имеется большое количество неточностей и ошибок и она плохо адаптирована к клинической практике.

Так, например, атрофия и гипертрофия слюнных желез (K11.0 и K11.1) не являются болезнями, а только симптомами, встречающимися при разных заболеваниях СЖ и поэтому не могут относиться к болезням как таковым.

То же относится и к нарушению секреции больших и малых слюнных желез: различные варианты гиперсаливации или ксеростомии (K11.7) не являются болезнями, но только симптомами, которые выявляются при разных заболеваниях СЖ или организма (например, при синдроме Шегрена, саркоидозе, муковисцидозе, депрессии и др.).

Эпидемический паротит (K11.2) исключен из раздела «Сиаладенит». Следует отметить, что у больных эпидемическим паротитом, в просторечии «свинкой», ведущим клиническим симптомом является острый сиаладенит, нередко осложняющийся развитием гнойного паротита. В лечении больных паротитом ведущую роль должен выполнять хирург-стоматолог или челюстно-лицевой хирург для предупреждения развития местных и общих осложнений, а не эпидемиолог или педиатр, как это зачастую бывает на практике и, по нашему убеждению, является ошибкой.

Кроме того, исключенные из 11-го класса Международной классификации болезней 10-го пересмотра такие заболевания слюнных желез, как увеопаротидная лихорадка Хеерфорда (Хирфордта) (K11.2), синдром Шегрена (K11.8), отсутствие упоминания о синдроме Кюттнера

и других синдромах требуют обязательного проведения диспансерного наблюдения и лечения стоматологом-хирургом или челюстно-лицевым хирургом. Эти болезни имеют ряд этиопатогенетических признаков, не связанных со слюнными железами. Однако в целом их клиническая картина характеризуется вовлечением в процесс и поражением слюнных желез и связанными с ними поражениями органов и тканей челюстно-лицевой области.

Некорректно выделение в Международной классификации болезней 10-го пересмотра такого заболевания, как абсцесс слюнной железы (K11.3). В этом случае речь идет об остром или обострившемся хроническом гнойном паротите, лимфадените ОУСЖ (ложный паротит Герценберга) или обострении слюннокаменной болезни, при которых возможно образование абсцесса в области СЖ. Последний, однако, является симптомом вышеназванных заболеваний, но не самостоятельной болезнью.

Сиалолитиаз (K11.5) — камни слюнной железы или протока — образуется в результате сложных патогенетических механизмов и является их конечным продуктом. Поэтому данное заболевание целесообразно называть слюннокаменной болезнью.

Доброкачественное лимфоэпителиальное поражение слюнной железы (K11.8) нецелесообразно выделять в качестве нозологической единицы, так как оно преимущественно встречается у пациентов с синдромом (болезнью) Шегрена или синдромом Микулоча и на начальных этапах не имеет явной опухолевой симптоматики, являясь симптомом (например, лимфоидной пролиферации) при данной патологии. Наличие лимфоэпителиального поражения слюнных желез без соответствующей синдромальной формы может быть результатом ошибочной диагностики или нехарактерного клинического течения известных заболеваний.

Сиалэктазия (расширение) или стеноз (сужение) выводных протоков слюнных желез (K11.8) различного порядка в большинстве случаев является осложнением развившихся воспалительных процессов слюнных желез или их повреждения. Как нозологические формы их можно рассматривать только в плане врожденных заболеваний, которые выявляются случайно при обследовании и не имеют клинических признаков. В остальных случаях они являются не болезнями, а симптомами, на фоне которых происходит развитие тех или иных заболеваний (слюннокаменная болезнь и слюнная колика, различные формы острого или хронического сиаладенита и др.).

Сиаладенопатия. Дословно этот термин обозначает страдание (*pathos*), вызванное нарушением деятельности слюнных желез (по аналогии с эндокринопатией — болезнями, вызванными нарушениями со

стороны эндокринных желез). В то же время доказано, что реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез являются не первичной нозологической единицей, а вторичным заболеванием, вызванным нарушениями со стороны других органов. В то же время данный термин, как правило, обозначает различные формы сиаладеноза (сиалоза).

В связи с вышеизложенными ошибками и неточностями, имеющимися в Международной классификации болезней 10-го пересмотра по разделу слюнных желез, в РФ в клинической практике используется классификация заболеваний и повреждений слюнных желез, предложенная проф. И.Ф. Ромачевой и проф. В.В. Афанасьевым (2012).

Классификация заболеваний и повреждений слюнных желез (И.Ф. Ромачева, В.В. Афанасьев)

1. Пороки развития слюнных желез.
 - 1.1. Пороки развития протоков: расширение (эктазия) или сужение (стриктура) протоков.
 - 1.2. Дистопия (гетеротопия) слюнных желез.
 - 1.3. Аплазия слюнных желез.
2. Повреждения слюнных желез.
 - 2.1. Травматический слюнной свищ: полный, неполный.
 - 2.2. Травматическое сужение протока — стриктура.
 - 2.3. Заращение слюнного протока.
 - 2.4. Травматическая киста слюнной железы («слюнная опухоль»).
3. Сиаладенозы (реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез).
 - 3.1. Развивающиеся на фоне эндокринных заболеваний: сахарный диабет, нарушения функции щитовидной железы и др.
 - 3.2. Выявляемые у больных с психосоматическими заболеваниями.
 - 3.3. Связанные с заболеваниями желудочно-кишечного тракта: гастрит, гепатит, язвенная болезнь желудка и др.
 - 3.4. Связанные с заболеваниями мочеполовой сферы: различные нарушения менструального цикла, вплоть до аменореи, хронический простатит, поликистоз яичников, терминальная стадия хронической почечной недостаточности и др.
 - 3.5. Диагностируемые у пациентов с заболеваниями крови: лейкозом, лимфогранулематозом и др.
 - 3.6. Аллергические.
 - 3.7. Аутоиммунные.
 - 3.8. Синдромы: Шегрена, Микулича, Кюттнера, Хирфорда (Херфордта), адипозитаз–олигоменорея–паротидомегалия, метаболический и др.

- 3.9. Сиаладенозы, различающиеся по форме поражения.
 - 3.9.1. Интерстициальные.
 - 3.9.2. Паренхиматозные.
 - 3.9.3. Протоковые.
4. Сиаладениты.
 - 4.1. Острые:
 - ✧ вирусные: вызванные вирусами эпидемического паротита, гриппа, цитомегаловируса, Эпштейна—Барр, аденовирусом, герпеса и др.;
 - ✧ бактериальные: на фоне пневмонии, тифа, дизентерии, кори и др.;
 - ✧ послеоперационные.
 - 4.2. Хронические:
 - ✧ интерстициальный;
 - ✧ паренхиматозный (рецидивирующий);
 - ✧ протоковый (сиалодохит).
 - 4.3. Лимфогенные:
 - ✧ лимфаденит околоушной железы (ложный паротит Герценберга—Рубашова);
 - ✧ лимфогенный паротит.
 - 4.4. Травматические сиаладениты.
 - 4.5. Специфические сиаладениты:
 - ✧ актиномикоз;
 - ✧ туберкулез;
 - ✧ сифилис.
5. Слюннокаменная болезнь.
 - 5.1. Околоушной железы.
 - 5.2. Поднижнечелюстной железы.
 - 5.3. Малой слюнной железы.
6. Кисты слюнных желез.
 - 6.1. Больших слюнных желез.
 - 6.2. Малых слюнных желез (ретенционные).
 - 6.3. Ранула.
7. Опухоли слюнных желез.
 - 7.1. Доброкачественные (см. известную классификацию).
 - 7.2. Злокачественные (см. известную классификацию).

В настоящей работе описание клинической картины и хирургических методов лечения нозологических форм мы дали на основании данной классификации.

1.1.2. ТЕРМИНОЛОГИЯ

В мировой литературе, касающейся изучения заболеваний и повреждений СЖ, встречаются разные термины, обозначающие одни и те же понятия.

Например, для обозначения реактивно-дистрофических заболеваний слюнных желез используются такие термины, как «сиалоз», «сиаладенопатия», «неопухоловое поражение слюнных желез», «сиаладеноз» и др.

Для обозначения естественной жидкой субстанции полости рта разные авторы применяют термин «смешанная слюна» или другой — «ротовая жидкость».

В связи с вышеизложенным мы хотим обосновать собственную точку зрения в правомерности использования того или иного термина.

Сначала обратимся к терминологии, используя общепринятые определения, а также переводы и толкования слов из «Словаря русского языка» С.И. Ожегова (2007) и латинского словаря.

Так, термин «слюна» обозначает совокупность секрета больших и малых слюнных желез в полости рта.

«Жидкость» — вещество, обладающее свойством течь и принимать форму сосуда, в котором оно находится.

«Смесь» — совокупность чего-нибудь разного, разнородного, собранного вместе. Продукт смешения каких-нибудь веществ.

Используемый в литературе термин «смешанная слюна» обозначает совокупность ротового секрета. Он включает секрет больших и малых слюнных желез, клетки слущенного эпителия протоков и слизистой оболочки полости рта, десневую жидкость, ротовую микрофлору, частицы зубного налета и элементы пищи.

Термин «ротовая жидкость» подразумевает такую же совокупность элементов, что и термин «смешанная слюна». Однако термин «смешанная слюна» более подходит к обсуждаемому вопросу, так как наиболее понятен, соответствует русскому языку и стоматологической номенклатуре. Так, например, если стоматолог просит больного сплюнуть, то он будет использовать термин «слюна» и никогда не скажет: «сплюньте ротовую жидкость».

Термин «сиалоз», предложенный Т. Rauch в 1956 г., дословно обозначает «дистрофия слюны». Однако в отечественной и зарубежной литературе под этим термином ошибочно подразумевают развитие дистрофического процесса, возникающего в *слюнной железе*. Поэтому подобное заболевание правильно трактовать как *сиаладеноз*.

Термин «сиаладенопатия» переводится как «страдание (*pathos*), вызванное нарушением деятельности слюнных желез», и при употре-

блении различными авторами подразумевает наличие разных форм сиаладеноза. На основании результатов клинико-экспериментальных исследований было установлено, что в случае развития реактивно-дистрофических заболеваний слюнных желез (по нашей классификации — сиаладеноза) речь идет о патологическом (вероятно, токсическом) воздействии какого-либо заболевания (например, сахарного диабета, хронического простатита, нарушения деятельности половых гормонов и др.) на секретирующую паренхиму больших и малых слюнных желез с нарушением их функции, а не наоборот, как это подразумевается при использовании термина «сиаладенопатия».

В то же время термин «сиаладеноз» дословно обозначает наличие дистрофических изменений в слюнной железе (в органе, а не в слюне). Данное утверждение можно рассматривать по аналогии: так, термины «нефроз» и «гепатоз» указывают на дистрофические процессы, протекающие в этих органах, но не в продуктах их выделения.

Таким образом, высказанное мнение позволяет нам рекомендовать практическому здравоохранению использовать следующие термины: «смешанная слюна» и «сиаладеноз». Их мы и используем в настоящей работе.

1.2. ХАРАКТЕРИСТИКА СОБСТВЕННОГО МАТЕРИАЛА

Все наши 328 больных жаловались на постоянную или периодическую сухость рта.

На основании результатов комплексного обследования у 27 из них диагностировали болезнь Шегрена (БШ); у 40 — синдром Шегрена, сочетанный с ревматоидным артритом (СШ+РА), у 28 — синдром Шегрена, сочетанный с системной склеродермией (СШ+ССД), у 40 — синдром Шегрена, сочетанный с системной красной волчанкой (СШ+СКВ), у 46 — ревматоидный артрит (РА), у 40 — системную склеродермию, у 21 — системную красную волчанку (СКВ); у 14 — сахарный диабет; у 20 — саркоидоз, у 10 — хронический панкреатит, у 7 — желчнокаменную болезнь, у 5 — заболевания щитовидной железы (тиреоидит, диффузный зоб), у 16 — вегетососудистую дистонию (ВСД) и у 14 больных — астенодепрессивный синдром (табл. 1.1).

Из табл. 1.1 видно, что наибольшее количество больных ксеростомией, обследованных нами, наблюдались в группах СШ (33%), ревматоидного артрита (14%) и системной склеродермии (12%).

Распределив больных по полу и возрасту (табл. 1.2), мы установили, что большинство из них составили женщины (93%) в возрасте от 40 лет.

Клиническое течение заболевания изучили в длительной динамике при диспансерном наблюдении за больными на протяжении от 1 года до 4 лет.

В работе использовали общепринятую в России классификацию заболеваний СЖ, предложенную проф. И.Ф. Ромачевой и проф. В.В. Афанасьевым (2012). При этом выделяли три формы хронического сиаладенита (паренхиматозную, интерстициальную и протоковую), а также — начальную, клинически выраженную и позднюю стадии заболевания и сиаладеноз.

Для обследования пациентов использовали общие, частные и специальные методы исследований (табл. 1.3), всего для дифференциальной диагностики заболеваний слюнных желез провели 3571 метод исследования.

Общие методы: опрос, осмотр, пальпацию, общий, клинический и биохимический анализы крови и мочи провели всем больным. Данные заносили в специальную диагностическую анкету, предложенную В.В. Афанасьевым (1993).

Все наши больные жаловались на постоянную или периодическую сухость рта, которая была разной степени выраженности. Мы выделили следующие формы ксеростомии:

- постоянную;
- периодическую;
- скрытую (отсутствие жалоб на сухость рта).

Постоянная сухость беспокоила пациентов без видимых причин, что влекло за собой необходимость запивать любую по консистенции пищу и смачивать рот жидкостью, обычно это была вода.

Периодическая сухость беспокоила больных во время или после эмоциональной и физической нагрузки, при этом пациенты принимали жидкость во время приема сухой пищи.

Скрытая сухость характеризовалась тем, что больные жалоб на сухость рта не предъявляли, но во время опроса мы выявили, что пищу пациенты всегда запивали жидкостью. Размеры больших СЖ оценивали при осмотре и пальпации, при этом использовали следующие критерии.

1. Слюнные железы не увеличены: они не определялись визуально и не были увеличены при пальпации.
2. Слюнные железы незначительно увеличены: увеличение СЖ определяли при пальпации и не выявляли визуально.
3. Значительное увеличение слюнных желез: увеличение СЖ определялось при осмотре и пальпации.

Таблица 1.1

Распределение больных ксеростомией по заболеваниям

Заболевания	БШ	СШ (108 чел. — 33%)		РА	ССД	СКВ	Сахарный диабет	Саркоидоз	Заболевания щитовидной железы	Желчно-каменная болезнь	Хронический панкреатит	ВСД	Астено-депрессивный синдром
		РА	СКВ										
ч/б 328	27	40	28	46	40	21	14	20	5	7	10	16	14
%	8	12	9	12	12	6	4	6	2	3	3	5	4

Примечание. Здесь и далее: ч/б — число больных; БШ — болезнь Шегрена; СШ — синдром Шегрена; СШ — синдром Шегрена; РА — ревматоидный артрит; ССД — системная склеродермия; СКВ — система красная волчанка; ВСД — вегетососудистая дистония

Таблица 1.2

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст, лет	18-25		26-40		41-60		61 и более		Всего		Мужчины		Женщины	
	ч/б	%	ч/б	%	ч/б	%	ч/б	%	ч/б	%	ч/б	%	ч/б	%
Заболевание														
БШ	—		10	4	13	4	27	1	27	4	26	96		
РА	1		5	9	31	9	46	2	46	4	44	96		
РА + СШ	—		7	3	30	3	40	3	40	8	37	92		
СКВ	—		—		18	3	21	2	21	10	19	90		
СКВ + СШ	—		2	2	36	2	40	1	40	2	39	98		

Окончание табл. 1.2

Возраст, лет	18-25	26-40	41-60	61 и более	Всего	Мужчины		Женщины	
						ч/б	%	ч/б	%
Заблевание									
ССД	-	15	22	3	40	3	7	37	93
ССД + СШ	-	6	20	2	28	2	7	26	93
Сахарный диабет	-	3	11	-	14	1	8	13	93
Саркоидоз	-	-	19	1	20	3	15	17	85
Заблевание щитовидной железой	-	-	3	2	5	-	-	5	100
Желчнокаменная болезнь	-	-	4	3	7	-	-	7	100
Хронический панкреатит	1	1	4	4	10	1	10	9	90
ВСД	1	1	3	11	16	2	12	14	88
Астендепрессивный синдром	-	-	13	1	14	1	7	13	93
Итого	3	50	227	48	328	24	7	304	93
%	1	15	70	14	100	-	-	-	-

Также определяли наличие или отсутствие боли при пальпации СЖ.

Обращали внимание на состояние слизистой оболочки полости рта (цвет, увлажненность), функциональное состояние СЖ (выделение слюны из протоков) и наличие клинических признаков дисбактериоза (кислый запах изо рта, «заеды», молочница в полости рта).

Частные методы исследования (индекс КПУ, сиалометрия, сиалография, цитологический анализ секрета, тестирование пациентов на психологический статус) и специальные (биопсия МСЖ, компьютерная томография СЖ, обследование больных у профильных специалистов) — применяли для диагностики формы и стадии сиаладенита у больных с ревматическими и эндокринными заболеваниями, а также при заболеваниях нервной системы.

Интенсивность кариеса оценивали по индексу КПУ (кариес, пломба, удаленный).

Сиалометрию околоушных СЖ проводили с помощью капсулы Лешли–Красногорского–Сазама натошак или с использованием канюль Т.Б. Андреевой (1965) при стимулировании слюноотделения 5% раствором аскорбиновой кислоты либо 8 капель 1% раствора пилокарпина (Пилокарпина гидрохлорида[♦]). Слюну собирали в градуированные пробирки в течение 5 мин с момента появления первой капли в пробирке. Оценивали количество полученной слюны, наличие в ней осадка и включений.

Для сравнительной оценки функции ОУСЖ мы провели сиалометрию у 30 практически здоровых людей (контрольная группа). За 5 мин, независимо от возраста, получили в среднем $3,0 \pm 0,2$ мл секрета.

Степень снижения секреции определяли по следующим критериям:

- I степень — от 1,6 до 2,5 мл слюны/мин;
- II степень — от 0,6 до 1,6 мл слюны/мин;
- III степень — от 0 до 0,6 мл слюны/мин.

Сиалометрию МСЖ проводили путем подсчета. Для этого квадратную рамку со стороной 2 см (или 1 см) укладывали на участок слизистой оболочки нижней губы, которую предварительно окрашивали 1% раствором метиленового синего или бриллиантового зеленого и проводили подсчет точек, обесцвеченных капельками секрета, выделившегося из протоков малых слюнных желез. Подсчет числа малых слюнных желез проводили после сиалометрии больших. В норме число функционирующих МСЖ, по И.Ф. Ромачевой (1972), составляло 20–22 малых желез при стороне рамки = 2 см и 10–11 малых желез при стороне рамки = 1 см.

Для выявления степени ксеростомии мы также применили метод определения общей секреции (смешанная слюна) путем рассасывания куска стандартного рафинированного сахара за определенное время. Полученные результаты сравнивали с контрольной группой, в которую вошли 30 практически здоровых людей. У них время полного рассасывания куска рафинированного сахара массой 5 г в среднем составило 52 ± 2 с.

Цитологическое исследование секрета провели больным с заболеваниями эндокринной и нервной систем для уточнения характера изменений в СЖ.

Для этого каплю слюны помещали на предметное стекло, высушивали, фиксировали метанолом и окрашивали по методу Романовского—Гимзы. Проводили подсчет клеточных элементов и определяли тип эпителиальных клеток.

Сиалографию провели в прямой и боковой проекциях всем больным по методу И.Ф. Ромачевой (1973). В качестве контрастного вещества использовали йодолипол[®], верографин[®] или йогексол (Омнипак[▲]).

Специальные методы исследования включали:

- *морфологическое исследование биоптатов МСЖ* нижней губы. МСЖ выделяли из разреза длиной 1 см на нижней губе под инфильтрационной анестезией по методу D.Chisholm, D.K. MuMason (1968) в модификации Н.Н. Грицман и М.В. Симоновой (1977). Железу фиксировали в 5% растворе формальдегида (Формалина[▲]). Срезы окрашивали гематоксилином и эозином, а также по методу Ван-Гизона муцикармином, PAS-реакции. При оценке морфологической картины учитывали состояние паренхимы, ацинусов, белковых полунуний, внутри- и междольковых протоков, состояние соединительной ткани и сосудистого русла, степень лимфоидной инфильтрации, состояние ядер клеток инфильтрата. При диагностике стадии болезни и синдрома Шегрена учитывали рекомендации М.В. Симоновой (1982), используя следующие показатели:
 - начальная стадия БШ (СШ) — наличие в поле зрения и в большинстве долек очагового (от 50 до 100 клеток) лимфоидного инфильтрата;
 - выраженная стадия — наличие в большинстве долек очагово-диффузного лимфоидного инфильтрата (от 100 до 250 клеток);
 - поздняя стадия БШ (СШ) — наличие диффузного лимфоидного инфильтрата (более 250 клеток).

При компьютерной томографии СЖ учитывали структуру СЖ, их величину и состояние основного протока.

Методы исследования

Заболевания	БШ	СШ			РА	ССД	СКВ	Сахарный диабет
		РА	ССД	СКВ				
Методы исследований								
Общие								
Общий и биохимический анализ крови	27	40	28	40	46	40	21	14
Частные								
Сиалометрия ОУСЖ и МСЖ до лечения	27	40	28	40	46	40	21	14
	27	40	28	40	46	40	21	14
Сиалометрия ОУСЖ и МСЖ после лечения	27	40	28	40	46	40	21	14
	27	40	28	40	46	40	21	14
Время рассасывания сахара	27	40	28	40	46	40	21	14
Цитологический анализ секрета	–	–	–	–	–	–	–	–
Сумма кариозных, пломбированных и удаленных зубов (индекс КПУ)	27	40	28	40	46	40	21	14
Сиалография	27	40	28	40	46	40	21	14
Тестирование	27	40	28	40	46	40	21	–
Специальные								
Компьютерная томография СЖ	2	–	–	–	–	–	–	–
Биопсия МСЖ	27	40	24	16	28	26	14	13
Итого	299	440	304	416	488	426	224	139

Таблица 1.3

пациентов с ксеростомией

Саркоидоз	Заболевания щитовидной железы	Желчно-каменная болезнь	Хронический панкреатит	ВСД	Астенодепрессивный синдром	Всего
(число больных)						
20	5	7	10	16	14	328
20	5	7	10	16	14	328
20	5	7	10	16	14	328
20	5	7	10	16	14	328
–	5	7	10	16	14	308
20	5	7	10	16	14	72
20	5	7	10	16	14	328
20	5	7	10	16	13	327
20	5	7	10	16	14	314
–	–	–	2	5	4	13
16	5	4	5	10	13	241
216	60	81	117	191	170	3571

Для изучения психологического статуса наших больных провели их анкетирование с помощью шкалы депрессии Бека, теста Спилберга—Ханина (оценка тревожности), теста Шихана (оценка уровня ипохондрии). Обследуемому предоставляли текст с утверждениями и соответствующими вариантами ответов, каждый из которых оценивался определенным числом баллов. Обработка результатов включала суммирование баллов, а их интерпретация основывалась на сравнении полученной суммы с предлагаемыми диагностическими критериями.

В зависимости от суммы набранных баллов по шкале Бека депрессию подразделяли на следующие уровни:

- первый — отсутствие депрессии (до 8 баллов);
- второй — умеренная депрессия (от 9 до 15 баллов);
- третий — выраженная депрессия (от 16 до 20 баллов);
- четвертый — высокая депрессия (более 20 баллов).

Тревогу, выявляемую с помощью теста Спилберга, разделяли на следующие уровни:

- первый — незначительный (от 0 до 20 баллов);
- второй — умеренный (от 21 до 40 баллов);
- третий — высокий (более 40 баллов).

Уровень ипохондрии (упадническое настроение, апатия), определяемый по тесту Шихана, имел такие же градации, как и уровень тревоги с аналогичной балльной системой.