

## ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СИАЛОАДЕНОПАТИИ У ЛЮДЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

**Лобейко В.В.**

*Институт биорегуляции и геронтологии Северо-Западного отделения Российской академии медицинских наук, Санкт-Петербург, e-mail: mdgrey@bk.ru*

Изучено состояние выделительной функции слюнных желез у 27 человек пожилого и старческого возраста, перенесших комбинированное лечение злокачественных опухолей разной локализации с применением химиотерапии, и страдающих лекарственными сиалоаденопатиям, обусловленными применением цитостатиков. Клиническая оценка слюноотделения позволила установить, что у лиц старших возрастных групп, страдающих лекарственными сиалоаденопатиями существенно снижена выработка собственной слюны, повышена ее вязкость, что приводит к ухудшению качества их жизни за счет наличия выраженной ксеростомии, которая плохо поддается лечению. Совершенствована методика лечения лекарственной сиалоаденопатии у людей пожилого и старческого возраста с применением пептидного биорегулятора "Везуген".

**Ключевые слова:** геронтостоматология, люди пожилого и старческого возраста, лекарственные сиалоаденопатии, слюна, ксеростомия

## DRUG SIALOADENOPATY IN PEOPLE OVER AGE GROUPS AND THEIR TREATMENT

**Lobeyko V.V.**

*Saint-Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology, Saint-Petersburg, e-mail: mdgrey@bk.ru*

The state of the secretory function of the salivary glands in 27 people elderly who underwent combined treatment of malignant tumors of different localization with the use of chemotherapy and drugs sialoadenopatiyam suffering caused by the use of cytotoxic drugs. Clinical evaluation of saliva allowed to establish that the older age groups suffering sialoadenopatiyami drugs significantly reduced development of own saliva, increased its viscosity, which leads to deterioration of their quality of life due to the presence of severe xerostomia, which responds poorly to treatment. To improve the method of treatment lekarstvennoy sialoadenopatii in elderly and senile using peptide bioregulator "Vezugen".

**Keywords:** gerontostomatology people elderly, drug sialoadenopaty, saliva, xerostomia

В Российской Федерации в настоящее время проживает 31,7 млн. человек старше 60 лет. Доля этой популяционной группы в структуре всего населения с 1989 года возросла с 15 до 21%. При этом в некоторых субъектах Российской Федерации она достигает до 28% от общей численности населения региона. Увеличение доли старшего поколения в демографической структуре России полностью соответствует общемировым тенденциям и требует принятия масштабных безотлагательных комплексных решений административного, юридического,

экономического, медицинского, социального и культурного характера. [1].

В настоящее время в связи со старением населения России, а также в связи с увеличением онкологических заболеваний, которые находятся в прямой зависимости от социальных причин, условий жизни и возраста человека, вопросы повышения эффективности лечения злокачественных новообразований приобретают важное медико-социальное значение [2,6]. Это делает актуальным в медицинском и социальном плане задачу не только эффективного лечения злокачественных опухолей, а также совер-

шенствования лечения последствий химиотерапии или комбинированного лечения (с использованием химиотерапии) новообразований ротоглотки [3]. Вместе с этим, в отечественной и зарубежной литературе мало внимания уделяется профилактике и лечению стоматологических последствий химиотерапии и, в частности, лекарственных сиалоаденитов [4,7]. Эта патология слюнных желез сопровождается выраженной сухостью полости рта, плохо поддается лечению и очень мучительна для больных, большинство которых - это люди пожилого и старческого возраста [5,8,9]. В связи с вышеизложенным, мы сочли необходимым проведение настоящего клинического исследования.

Цель исследования: улучшить результаты лечения людей пожилого и старческого возраста, страдающих лекарственным сиалоаденитом, обусловленным использованием в комплексной терапии онкологических больных цитостатиков.

### Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 27 больных пожилого и старческого возраста (6 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 61 до 75 лет, перенесших комбинированное лечение с применением химиотерапии в связи с злокачественными новообразованиями разной локализации. Комбинированное лечение новообразований заключалось в сочетании хирургического вмешательства и послеоперационной химиотерапии.

В 1-ую (контрольную) группу вошли 11 пациентов, которым для терапии лекарственного сиалоаденита проводились общепринятые лечебно-профилактические мероприятия, а именно: новокаиновые блокады околоушных слюнных желез 2 раза в неделю в течение месяца, витамины группы А и Е, 2% раствор калия йодида внутрь по 1 столовой ложке 3 раза в день, галантамин внутрь в виде 0,5% раствора по 1 мл натошак ежедневно в течение 30 дней. Для местного применения, при наличии поражений слизистой оболочки полости рта и языка, использовали солкосерил-желе, обладающий противовоспалительным действием и ускоряющий процессы регенерации тканей.

Пациентам 2-ой (основной) группы (16 человек) для терапии лекарственного сиалоаденита назначали пептидный биорегулятор "Везуген" перорально во время еды по 1 капсуле 2 раза в день в течение месяца и таблетки биокорректоров питания "Альгиклам" по 2 штуке 3 раза в день, а также "Лесмин" по 1 шту-

ке в день, в течение месяца. При использовании у пациентов, страдающих лекарственными сиалоаденопатиями, пептидного биорегулятора Везугена рассчитывали на улучшение гемомикроциркуляции крови в слюнных железах и слизистой оболочки полости рта (СОПР) и языке. Биоактивный комплекс "Лесмин" применяли как источник витаминов А, Е, К и фитостероинов, которые необходимы для нормальной функции эпителиальной ткани слюнных желез и СОПР. Биокорректор питания "Альгиклам" использовался как источник йода, необходимого для нормализации слюноотделения, а также источник альгината кальция, необходимого для нормализации функции органов пищеварительного тракта. Для местного применения у пациентов основной группы использовали гель "Vivax", также как и солкосерил-желе, обладающий противовоспалительным действием и ускоряющий процессы регенерации тканей. Гелем "Vivax" обрабатывали СОПР до 3 раз в день и рекомендовали после процедуры не принимать пищу в течение 1 часа.

Пациентами обеих групп проводилась санация полости рта, при выраженной сухости пациентам рекомендовались частые полоскания полости рта водой, антисептическими растворами (фурацилин 1:5000), отварами трав (ромашка, шалфей), кипяченой водой или использование заменителей слюны (OralBalance). Через 6 месяцев, у пациентов контрольной и основной групп, в той или иной степени, признаки сухости в полости рта сохранялись, поэтому спустя пять месяцев от начала лечения больных, страдающих лекарственными сиалоаденопатиями, курс лечения в исследуемых группах пациентов повторяли.

Больных лекарственными сиалоаденопатиями наблюдали в течение года. Оценка эффективности лечебно-профилактических мероприятий проводили до, через 1, 6 и 12 месяцев от начала лечения. Для объективизации оценки эффективности проводимого лечения использовали метод сиалометрии смешанной слюны, выделяемой за 10 минут, а также оценку вязкости смешанной слюны по стандартной методике с применением вискозиметра Освальда. В качестве группы сравнения была исследована показатели количества и вязкости слюны у 13 (5 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 61 до 73 лет, которые не страдали заболеваниями слюнных желез, а также коморбидной патологией, приводящей к изменениям свойств и количества смешанной слюны.

Клинически также оценивали эффективность проводимого лечения. Для этого, на основании жалоб и анализа клинического состояния жевательного аппарата у больных лекарственными сиалоаденопатиями нами предложен индексный способ оценки степени тяжести, который учитывает следующие симптомы и их оценку в баллах:

1. Характеристика общего состояния больного: удовлетворительное – 0; слабость – 1; слабость, недомогание – 5.

2. Болевой синдром: отсутствует – 0; боли в слюнных железах во время приема пищи – 1; боли в слюнных железах во время разговора – 5.

3. Нарушения вкуса: отсутствуют – 0; наличие нарушений вкуса (привкус горечи, кислоты) – 1; изменение вкуса – 5.

4. Характеристика функции слюноотделения пораженных слюнных желез: нарушений функции слюноотделения нет (слюна прозрачная, в достаточном количестве) – 0; гипосаливация, слюна скудная, вязкая – 1; выраженная гипосаливация (вплоть до отсутствия слюны при массаже слюнной железы) – 5.

5. Влажность слизистой оболочки полости рта и языка: влажная – 0; сухая, потеря блеска – 1; сухая, потеря блеска, наличие складок – 5.

При регистрации симптомов лекарственных сиалоаденопатий, осуществляли подсчет суммы баллов и оценивали степень тяжести течения указанной патологии слюнной железы у пациента, исходя из полученной суммы баллов: 0 – нет патологии; 1-4 балла – заболевание легкой степени; 5-9 баллов – заболевание средней тяжести; 10-25 баллов – патология тяжелой степени.

Для определения эффективности лекарственных сиалоаденопатий у пациентов в процентном выражении, использовали следующий способ. Определяли эффективность проведенной терапии для каждого пациента, страдающего лекарственной сиалоаденопатией, по формуле: Эффективность (%) =  $100 (A - B) / A$ , где A – сумма баллов при клинической оценке степени тяжести течения заболевания до начала лечения; B – сумма баллов при клинической оценке степени тяжести течения заболевания после проведенного лечения.

### Результаты исследования и их обсуждение

Анализ данных лабораторного исследования по изучению показателей количества выделяемой за 10 минут слюны пожилыми и старыми людьми, вошедшими в группу сравнения, а также ее вязкости, позволил установить среднюю скорость саливации, которая у них составила  $0,21 \pm 0,01$ , а средний показатель вязкости слюны равнялся  $1,29 \pm 0,02$  сСт. Эти исследованные нами данные не противоречили аналогичным цифровым показателям скорости саливации и вязкости слюны, полученные другими исследователями [5]. При сравнении изученных показателей смешанной слюны у людей пожилого и старческого возраста группы сравнения и у людей контрольной и основной групп, страдающих лучевыми сиалоаденопатиями выявлены достоверные разли-

чия ( $p < 0,05$ ), как по скорости слюноотделения, так и по ее вязкости. У людей старших возрастных групп количество выделяемой за 10 минут смешанной слюны было достоверно меньше при повышенной ее вязкости.

Больных, страдающих лекарственными сиалоаденопатиями, наблюдали в течение года. Учитывая, что пациенты обеих групп обращались за медицинской помощью к врачу стоматологу спустя 1–3 месяца после завершения химиотерапии, основной их жалобой была ксеростомия, а также умеренная болезненность слизистой оболочки полости рта и языка при приеме пищи. Изменения слизистой оболочки полости рта, губ и языка у больных после химиотерапии характеризовались сухостью, легкой гиперемией, незначительной отечностью, потерей блеска, реже появлением складок на слизистой оболочке щек, губ и мягком небе.

Проведение первого курса лечения лекарственных сиалоаденопатий позволило несколько улучшить показатели скорости выделения слюны ( $p < 0,05$ ), а также уменьшить ее вязкость ( $p < 0,05$ ) у больных основной группы. У больных контрольной группы положительная динамика через 30 суток от начала терапии отмечена только у незначительном уменьшении вязкости смешанной слюны ( $p < 0,05$ ). За этот период времени в этой группе больных лекарственными сиалоаденопатиями положительной динамики в изменении показателя скорости секреции слюны не отмечено ( $p < 0,05$ ). Через месяц от начала лечебно-профилактических мероприятий, больные 1–ой (контрольной) группы, как и прежде, предъявляли жалобы на сухость в полости рта, умеренную болезненность слизистой оболочки полости рта (особенно губ и неба), при приеме пищи, особенно кислой. При объективном осмотре полости рта у них сохранялась легкая гиперемия слизистой оболочки полости рта и языка, а также сухость всех слизистых оболочек полости рта, языка и губ.

После проведения курса лечения (через месяц от начала лечебно-профилактических мероприятий) больных 2–ой (основной) группы, несмотря на лучшие показатели слюноотделения и вязкости слюны, жалобы на сухость в полости рта, болезненность

слизистой оболочки полости рта, уменьшились. В тоже время у них, как и пациентов контрольной группы, сохранялась легкая гиперемия слизистой оболочки полости рта, губ и языка.

Аналогичная динамика изучаемых показателей достоверно отмечена после завершения второго курса лечения, то есть через 6 месяцев, а также по окончании наблюдения за пациентами, то есть через год от начала клинического исследования. Спустя 6 месяцев у пациентов контрольной группы сохранялась легкая гиперемия слизистой оболочки полости рта, а также некоторая ее сухость, что обуславливало ими выполнять частые полоскания полости рта водой или использовать заменители собственной слюны. Показатели скорости слюноотделения изменился в положительную сторону, но незначительно, а вязкость смешанной слюны у них достоверно уменьшилась ( $p < 0,05$ ). У пациентов основной группы после второго курса лечения слизистая оболочка полости рта и языка была розового цвета, влажная. Показатели скорости выделения слюны и ее вязкости в процессе лечения пациентов этой группы достоверно ( $p < 0,05$ ) улучшились. Однако, показатель вязкости смешанной слюны по – прежнему был выше физиологической нормы, как в контрольной, так и основной группе пациентов, хотя у людей последней группы он был достоверно меньше ( $p < 0,05$ ), и в большей степени приближался по своему значению к физиологической норме.

Спустя год от начала лечения у 1 пациента 1–ой (контрольной) группы сохранялись жалобы на ксеростомию. В тоже время, при осмотре выявили, что слизистая оболочка полости рта и языка у всех пациентов этой группы была розовой и увлажненной. Показатели скорости секреции слюны и ее вязкости достоверно улучшились от момента их первичного обследования. Таким образом, при общепринятом лечении онкостоматологических больных перенесших комбинированное лечение опухолей разной локализации с применением химиотерапии и страдающих лекарственными сиалоаденопатиями, произошло существенное улучшение их

состояния. Практически они не прибегали к использованию частых полосканий полости рта или использованию искусственной слюны из – за беспокоящей их ксеростомии.

Спустя год от начала лечения у пациентов 2–ой (основной) группы жалобы на периодически возникающую ксеростомию отсутствовали. При осмотре больных этой группы, выявили, что слизистая оболочка полости рта и языка розовая и влажная, без патологических высыпных элементов. Показатели скорости выделения слюны в процессе лечения пациентов этой группы нормализовался. Существенно уменьшился показатель вязкости смешанной слюны (до 1,37 0,024), хотя он по – прежнему был выше физиологической нормы, но значительно ниже, чем у пациентов контрольной группы (2,33 0,03).

### Заключение

Таким образом, проведенное клиническое исследование показало, что предложенный комплекс лечебно-профилактических мероприятий для терапии лекарственной сиалоаденопатии обусловленной использованием цитостатиков, у людей пожилого и старческого возраста, включающий применение пептидного биорегулятора "Везуген", биологически активных веществ "Альгиклам" и "Лесмин", а также геля "Vivax", перенесших комбинированное лечение с использованием химиотерапии опухолей разной локализации, позволил улучшить функциональную активность слюнных желез и, тем самым, повысить качество жизни таких больных. Пациенты пожилого и старческого возраста спустя 2-3 недели от начала лечения могли принимать пищу без выраженного болевого синдрома и, после первого курса терапии, значительно реже в течение суток прибегали к полосканию полости рта или применению искусственных заменителей слюны.

### Список литературы

1. Иорданишвили, А.К. Клинико-функциональное состояние слизистой оболочки полости рта и языка у людей старших возрастных групп / Иорданишвили А.К., Е.В.Филиппова,

Д.А.Либих, Г.А.Рыжак // Институт стоматологии. – 2012. – № 4 (57). – С.80-81.

2. Матина, В.Н. Заболевания и опухоли слюнных желез / В.Н.Матина // Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области: рук – во для врачей по клинич. стоматологии / Под ред. проф. А.К.Иорданишвили. – СПб.: СпецЛит, 2007. – С. 229 – 230.

3. Надежкин, Л.В. Патология слюноотделения / Л.В.Надежкин // Клиническая стоматология / Под ред. проф. А.К.Иорданишвили. – М.: Медицинская книга, 2010. – С. 55 – 57.

4. Стуков, А.Н. Симптоматическая терапия в онкологии / А.Н.Стуков [и др.]. – СПб.: НИКА, 2007. – 288 с.

5. Филиппова, Е.В. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта у людей пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. канд. мед. наук / Е.В.Филиппова. – СПб.: ИБиГ СЗО РАМН, 2013. – 24с.

6. Чуйкин, С.В. Некоторые физико-химические и биохимические показатели ротовой жидкости у лиц пожилого и старческого возраста / С.В.Чуйкин, М.И.Штанько // Институт стоматологии. – 2013. - № 2 (59). – С. 72 – 73.

7. Canaan, T.J. Variations of structure and appearance of the oral mucosa / T.J.Canaan, S.C.Meehan // Dent. Clin. North. Am. – 2005. – Vol. 49, № 1. – P. 1-14.

8. Chen, M. Radiation therapy concurrent with weekly paclitaxel for locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma: outcomes of a phase I trial / M.Chen, S.X.Wu, Y.Y.Chen et al. // Am. J. Clin. Oncol. – 2004. Vol.27, № 5. – P.481-484.

9. Gerdin, E.W. Impact of dry mouth conditions on oral health-related quality of life in older people / E.W.Gerdin, S.Einarson, M.Jonsson et al. // Gerodontology. – 2005. – Vol. 22, № 4. – P. 219-226.

УДК 616.314.2-007.26.18

## ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ СНИЖАЮЩЕГОСЯ ПРИКУСА

Майборода Ю.Н., Гоман М.В., Белая Е.А.

*ГБОУ ВПО СтГМУ Минздрава России, Ставрополь, E-mail: maxgoman@mail.ru*

Комплексными методами исследования прослежена взаимосвязь изменений ферментных систем нейтрофильных гранулоцитов и состояния сосудистого тонуса и потенциалов жевательных мышц в ходе лечения пациентов с частичными дефектами зубных рядов на фоне снижающегося прикуса и воспалительных процессов в пародонте. Анализ особенностей индивидуального подбора лечения пациентов при пародонтите в сочетании со снижающимся прикусом с различными схемами ведения показали, что дифференцированный подход к оценке силовых характеристик у части больных позволяет проводить одноэтапную схему лечения. Наиболее оптимальным вариантом протезирования металлокерамическими конструкциями является фиксация их на уровне топографии десневого желобка с предварительной поэтапной нормализацией высоты прикуса.

**Ключевые слова:** пародонтит, окклюзионная интерференция, снижение высоты прикуса, ферментные системы нейтрофилов

## TACTICS OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH PERIODONTITIS AGAINST THE BACKGROUND OF OCCLUSION IMPAIRMENT

Mayboroda Yu.N., Goman M.V., Belaya E.A.

*Stavropol State Medical University, Stavropol, E-mail: maxgoman@mail.ru*

With complex methods of research we investigated the relationship of changes of the neutrophils enzyme systems and the vascular tone and the potentials of the masticatory muscles during treatment of patients with partial dentition defects against the background of occlusion impairment and inflammatory processes in the periodontium. Analysis of features of individual selection of treatment of patients with periodontitis combined with occlusion impairment in various schemes of management has shown that a differentiated approach to the evaluation of the force characteristics in some patients allows one-step regimen of treatment. The best option of prosthetic metal- constructions is to fix them at the level of gingival sulcus topography with preliminary step normalization of the vertical dimension of occlusion.

**Keywords:** periodontitis, occlusal interference, reduction of the vertical dimension of occlusion, enzyme systems of neutrophils