

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР  
РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА»**

**Р.Н. СУПРУНОВСКИЙ, П.В. ГОНЧАРИК, Г.Д. ПАНАСЮК**

**КСЕРОСТОМИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ  
ОРГАНОВ И СИСТЕМ**

Практическое пособие для врачей



Гомель, 2019

УДК 616.31.-009.613.15(075.8)

***Составители:***

Р.Н. Супруновский, врач-стоматолог-терапевт ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»;

П.В. Гончарик, врач-стоматолог-терапевт (заведующий) ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»;

Г.Д. Панасюк, к.м.н., ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»

***Рецензенты:***

В.Н. Ядченко, доцент кафедры травматологии, ортопедии, ВПХ с курсом анестезиологии и реаниматологии УО «Гомельский государственный медицинский университет», к.м. н., доцент

О.К. Супруновская, заведующий филиалом №5 ГУЗ «Гомельская центральная городская стоматологическая поликлиника»

Я.Л.Навменова, к.м.н., врач-эндокринолог (заведующий) эндокринологическим отделением ГУ «РНПЦ РМиЭЧ

Р.Н. Супруновский, Ксеростомия при патологии органов и систем / Р.Н. Супруновский, П.В. Гончарик, Г.Д. Панасюк – Гомель: ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2019. – 27 с.

В пособии освещены вопросы этиологии, классификации, клиники, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения ксеростомии, изложены вопросы стоматологической помощи при ксеростомии. Пособие предназначено для врачей-стоматологов, врачей-стоматологов-терапевтов, врачей-стоматологов-хирургов, пародонтологов, врачей общей практики, клинических ординаторов и интернов по вышеуказанным специальностям, а также студентов старших курсов.

Рекомендовано к изданию на заседании Ученого совета ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» протокол №.9 от 22 октября 2019г.

УДК 616.31.-009.613.15(075.8)

©Составители: Супруновский Р.Н.,  
Гончарик П.В., Панасюк Г.Д.  
© ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2019

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
1. АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ.....	6
2. РЕАКТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ (СИАЛОЗЫ).....	7
3. НАРУШЕНИЕ СЛЮНООТДЕЛЕНИЯ.....	8
4. КЛАССИФИКАЦИЯ И КЛИНИКА КСЕРОСТОМИИ.....	10
5. ИЗМЕНЕНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....	14
5.1. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ.....	15
6. ИЗМЕНЕНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ – КОЛЛАГЕНОЗАХ.....	16
7. ЛЕЧЕНИЕ КСЕРОСТОМИИ .....	19
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	26

## **ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

БШ	–	болезнь Шегрена
БС	–	синдром Шегрена
СД	–	сахарный диабет
СОПР	–	слизистая оболочка полости рта
СЖ	–	слюнные железы

## ВВЕДЕНИЕ

Ксеростомия (синдром сухого рта) является актуальной проблемой, встречающейся в практике врачей различных специальностей. Ксеростомия – это состояние, которое характеризуется сухостью в полости рта и развивается при уменьшении (гипосаливия) или при полном отсутствии секреции слюны (асаливия). Продолжительное снижение слюноотделения вызывает дискомфорт, обусловленный сухостью полости рта, и является фактором риска возникновения как общих заболеваний (болезни желудочно-кишечного тракта, психоэмоциональные расстройства), так и стоматологических заболеваний (кариес, глоссалгия, парестезии, заболевания пародонта). Дисфункция слюнных желез (СЖ) – это общий термин для обозначения ксеростомии или гипофункции СЖ.

Сухость в полости рта чрезвычайно негативно влияет на качество жизни пациентов и является актуальной проблемой в стоматологической практике, оториноларингологии, онкологии, а также других областях медицины. По данным литературы, распространенность ксеростомии отмечается у 12% мировой популяции людей, увеличивается с возрастом и составляет от 10 до 60%.

СЖ вовлекаются в патологический процесс при многих системных заболеваниях. Смешанная слюна участвует в обеспечении пищевой, речевой функций, в поддержании гомеостаза, являясь обменной средой. Установлена тесная взаимосвязь функций СЖ с железами внутренней секреции.

Причины развития и клинические проявления ксеростомии многообразны, требуют комплекса мероприятий, направленных на лечение и профилактику как стоматологических, так и общесоматических заболеваний.

В стоматологической практике проблема сухости полости рта чрезвычайно актуальна, как в связи со снижением качества жизни таких пациентов, так и в связи с влиянием данного синдрома на состояние полости рта. Методы исследования СЖ постоянно совершенствуются.

Таким образом, рост заболеваемости, трудности в классификации и диагностике, недостаточно эффективные лечебные мероприятия, длительность лечения и снижение работоспособности таких пациентов определяют актуальность проблемы, ее медицинскую, экономическую и социальную значимость.

## **1. АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ**

СЖ расположены в ротовой полости и относятся к пищеварительной системе.

Выделяют три пары крупных СЖ: околоушные, подчелюстные, подъязычные и множество мелких, расположенных в слизистой оболочке полости рта.

СЖ секретируют в полость рта секрет, называемый слюной (за сутки выделяется от 0,5 до 1,5 л).

Состав слюны:

- 99 % – вода;
- ферменты (амилазы): первичное переваривание углеводов;
- лизоцим: антибактериальные и ранозаживляющие свойства.

Функции СЖ:

- выделение пищеварительных ферментов;
- защита слизистой оболочки полости рта;
- формирование пищевого комка и стимуляция глотания.

СЖ функционируют как экзо- и эндокринные железы:

- ✓ экзокринная функция заключается в регулярном отделении в ротовую полость слюны (секреция белковых и слизистых компонентов);
- ✓ экскреторная – выделение конечных продуктов метаболизма, органические и неорганические вещества: мочева кислота, креатин, железо, йод и др. Защитная функция СЖ состоит в выделении

бактерицидного вещества – лизоцима, а также иммуноглобулинов класса А;

- ✓ эндокринная функция – выработка инсулиноподобного фактора (ростовой фактор); фактора, стимулирующего лимфоциты; калликрейна, вызывающего расширение кровеносных сосудов; ренина, суживающего кровеносные сосуды и усиливающего секрецию альдостерона корой надпочечников; паротина – фактора роста нервов и эпителия, снижающего содержание кальция в крови, и др.

## **2. РЕАКТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ (СИАЛОЗЫ)**

СЖ реагируют на многие изменения в организме физиологического (беременность, роды, кормление ребенка, климакс) и патологического состояний организма (заболевания нервной, пищеварительной, эндокринной, кроветворной систем, коллагенозы, авитаминозы и др.).

В настоящее время указанные изменения в СЖ объединяются термином «сиалоз». Не всегда представляется возможным установить, какой общий патологический процесс является причиной сиалоза. В таких случаях изменение в СЖ должно быть поводом для обследования пациентов с целью выявления общего заболевания.

Течение реактивно-дистрофических процессов в СЖ зависит от течения основного заболевания. При положительной динамике общего заболевания наступает улучшение и со стороны СЖ. Если общее заболевание протекает тяжело, то процесс со стороны СЖ прогрессирует. При наличии сиалоза, как первого признака общего заболевания, пациенты чаще попадают в стоматологические лечебные учреждения и нередко длительное время лечатся с диагнозом, касающимся только патологии СЖ: гиперсаливация, ксеростомия, хронический сиаладенит (чаще паротит) и т. д.

Реактивно-дистрофические изменения в СЖ (сиалозы) недолго протекают без признаков воспаления, вскоре наступает инфицирование железы, развивается сиаладенит.

В настоящее время выделяют следующие группы сиалозов:

- нарушения выделительной и секреторной функции СЖ;
- нарушения в СЖ при нейроэндокринных заболеваниях;
- нарушения в СЖ при аутоиммунных ревматических заболеваниях (коллагенозы).

### **3. НАРУШЕНИЕ СЛЮНООТДЕЛЕНИЯ**

*Гиперсаливация (сиалорея, птиализм)* – повышенное выделение слюны. Возникает в результате непосредственной и/или рефлексорной стимуляции центра слюноотделения в продолговатом мозге или секреторных нервов СЖ. Такого рода стимуляция возможна при поражении центральной нервной системы (бульбарные параличи), воспалительных процессах в полости рта и желудка, токсикозах беременности, действии некоторых вегетативных ядов (пилокарпин, физостигмин).

Гиперсаливация приводит к расстройству функций желудка и кишечника (при заглатывании большого количества слюны происходит нейтрализация желудочного сока), нарушению обмена веществ и истощению организма (со слюной теряется большое количество калия). В то же время, при некоторых отравлениях гиперсаливация является защитным фактором, так как со слюной выделяются токсические продукты обмена.

Заболевания парасимпатической нервной системы – как периферической, так и центральной – приводит к гиперсаливации, которая проявляется как рефлексорный процесс. Это чаще встречается у мужчин, чем у женщин. При опухоли головного мозга гиперсаливация является диагностическим и прогностическим симптомом. Гиперсаливацию



наблюдают при болезни Паркинсона, после эпидемического энцефалита. В этих случаях проводят лечение основного заболевания.

Пациентам с гиперсаливацией не рекомендуется назначать *атропин*, так как данный препарат только на короткий период подавляет саливацию.

**Гипосаливация (гипосиалия, олигоптиализм, олигосиалия)** – пониженная секреция слюны, регистрируется довольно часто, иногда приводит к сухости в полости рта – ксеростомии. Гипосаливация как временное явление возникает при острых инфекционных заболеваниях: дизентерии, брюшном тифе, эпидемическом гепатите, а также при некоторых заболеваниях пищеварительной системы, хроническом гастрите, гепатохолецистите и др.

У значительного числа пациентов не удается выявить причину гипосаливации и ксеростомии и заболевание рассматривают как идиопатическое.

Уменьшение слюноотделения может быть следствием ряда патологических состояний:

- патологические процессы в самой железе: воспалительные (паротиты), опухоли, образование камней в протоках, удаление больших СЖ;
- системные заболевания соединительной ткани: болезнь Микулича, болезнь и синдром Шегрена (СШ), красная волчанка, ревматоидный полиартрит, системная склеродермия;
- центральное торможение секреции, вызванное страхом, волнением, болью, невротическими состояниями;
- повышение тонуса симпатической вегетативной системы, реакция на вегетативные яды (атропин, скополамин), побочное действие некоторых лекарственных препаратов (антихолинергические, гипотензивные, антипсихотические, анорексигенные, противоопухолевые, диуретические, симпатомиметики, транквилизаторы);

- эндокринные заболевания (тиреотоксикоз, сахарный диабет (СД), физиологический климакс, беременность, гипогонадизм);
- поражение нервной системы (ушиб основания мозга, сухотка спинного мозга, периферическое поражение лицевого нерва);
- заболевания отдельных органов и систем: почечная недостаточность, гастроэнтероколиты, недостаток витаминов А, С, В, железодефицитная анемия, заболевания нервной системы (церебросклероз);
- лучевое и химиотерапевтическое воздействие;
- острые инфекционные заболевания (ботулизм, брюшной тиф).

#### 4. КЛАССИФИКАЦИЯ И КЛИНИКА КСЕРОСТОМИИ

Исследования некоторых авторов показали, что заболевания СЖ обнаруживаются у 6% пациентов на приеме у стоматолога.

Ксеростомия подразделяется на истинную (объективную, первичную), которая связана с поражением самих СЖ, и вторичную (симптоматическую).

При *истинной* ксеростомии чувство сухости в полости рта у пациента подтверждается объективными показателями при сиалометрии – уровень секреции слюны менее 0,2 мл/мин.

Истинная ксеростомия характерна, например, для болезни Шегрена (БШ) и лучевых поражений.

Эпителий СЖ очень чувствителен к облучению. В первые 3-5 суток слюноотделение может быть усиленным, а потом наступает стойкая гипосаливация. Через 12-14 суток развивается ксеростомия, которая сопровождается дисфагией, извращением и потерей вкусовых ощущений. Лучевые изменения СЖ в значительной мере обратимы. Через 2-3 недели после прекращения облучения слизистая оболочка полости рта (СОПР) возвращается к относительной норме. Однако при большой поглощенной дозе (5000-6000 рад) могут возникнуть необратимые изменения в СЖ.

При *симптоматической* ксеростомии неприятные ощущения, связанные с чувством сухости, как правило, не обусловлены реальным снижением саливации. Это встречается при неврологических заболеваниях, осуществлении дыхания через рот. Люди с нарушенным носовым дыханием (полипы, аденоиды, искривление носовой перегородки, набухании слизистой оболочки носа, аллергические заболевания) вынуждены постоянно дышать ртом. В данном случае ксеростомия обусловлена усиленным испарением жидкости из полости рта (ложная гипосаливация). Сухость полости рта только ночью может быть следствием сна с открытым ртом (во время сна слюны выделяется в 8-10 раз меньше, чем в период бодрствования), что чаще бывает в пожилом возрасте. В пожилом и старческом возрасте слюноотделение уменьшается.

*Жалобы.* У пациентов может быть различная степень выраженности сухости полости рта. У одних – сухость в полости рта присутствует постоянно, у других – периодически (во время и после еды, при разговоре, чтении лекций). Борясь с сухостью, пациенты пьют воду во время еды или разговора, используют пищевые добавки для усиления саливации (лимонную, аскорбиновую кислоту, кислые яблоки). При хронической сухости СОПР человеку трудно говорить, жевать, глотать, нарушено ощущение вкуса, возникает боль от острой и твердой пищи, присутствует чувство жжения, шероховатости слизистой оболочки, возникают трудности с ношением зубных протезов, дискомфорт во время сна. Пересыхание СОПР является частой жалобой пожилых людей.

*Клиника.* При осмотре слизистая полости рта сухая, истонченная, бледная, без видимого блеска. В особо тяжелых случаях отмечаются явления воспаления и изъязвления СОПР, может присоединяться вторичная инфекция, в том числе грибковая и вирусная. Становится невозможным говорить вследствие чрезмерно выраженной сухости полости рта, проглатывать пищу, не запивая ее жидкостью. Зеркало, язык или базис съемного протеза прилипают к СОПР.

В результате уменьшения количества слюны повышается образование налета на зубах, формируется зубная бляшка, которая приводит к деминерализации эмали и развитию кариеса и способствует появлению воспалительных заболеваний пародонта. Губы у таких пациентов сухие, в трещинах, СОПР с явлениями ороговения, язык складчатый, сосочки его атрофичны, возможно образование фиссур и долек на спинке языка. Отмечаются заеды в углах рта, свободная слюна в полости рта не определяется. Наблюдается частичная или полная потеря зубов вследствие прогрессирования кариеса.

Выделяют 3 клинические стадии *истинной* ксеростомии:

- начальную;
- выраженных признаков;
- позднюю.

При *начальной стадии* ксеростомии одни пациенты жалуются на боль или неприятные ощущения в языке, слизистой оболочке полости рта, не предъявляя жалоб на сухость; другие – на периодически проявляющееся ощущение сухости слизистой оболочки полости рта, особенно при разговоре. Объективно: при осмотре слизистая оболочка умеренно увлажнена, нормальной розовой окраски; во рту небольшое количество слюны; из протоков СЖ при массировании выделяется прозрачный секрет в обычном или умеренном количестве.

Обследование СЖ при стимулировании функции слюноотделения пилокарпином позволяет установить у большинства пациентов показатели саливации в пределах нижней границы нормы.

При цитологическом исследовании секрета СЖ количество клеток плоского и цилиндрического эпителия больше, чем в норме.

При *выраженной стадии* ксеростомии пациентов постоянно беспокоит сухость полости рта, особенно во время еды, длительной беседы, усиливающаяся при эмоциональном напряжении.

Объективно: при осмотре слизистая полости рта нормальной розовой окраски, увлажнена или суховата, свободной слюны мало (она пенится) или ее нет.

При массировании СЖ можно получить из протока несколько капель прозрачной слюны.

При цитологическом исследовании секрета СЖ фиксируют появление бокаловидных клеток, секретирующих слизь; количество этих клеток возрастает по мере снижения секреторной функции железы.

У пациентов в *поздней стадии*, помимо постоянной сухости полости рта, отмечается боль во время еды, чувство жжения во рту («синдром горящего рта»), особенно при приеме острой и соленой пищи. Получить слюну из протоков не удастся даже при интенсивном массировании железы. У этой группы пациентов нередко можно обнаружить признаки катарального гингивита, глоссита, хронического паренхиматозного паротита и симптомы БШ или СШ.

Цитологические препараты слюны содержат множество клеточных элементов, в том числе клетки мерцательного кубического эпителия.

При отсутствии слюны в полости рта резко снижаются защитные механизмы, что может спровоцировать:

- инфекционные поражения полости рта;
- множественный пришеечный и прикорневой кариес;
- дисбактериоз;
- воспалительные заболевания пародонта.

## **5. ИЗМЕНЕНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

СЖ имеют тесную филогенетическую и онтогенетическую связь с другими железами эндокринной системы. Известно, что функции всех

эндокринных желез взаимосвязаны и нарушение в одной из них всегда приводит к изменениям других или во всей системе эндокринных желез.

Увеличение СЖ иногда является единственным симптомом, который приводит пациентов к врачу, чаще к стоматологу.

*Клиника.* Обычно припухают равномерно обе парные СЖ, чаще околоушные, реже поднижнечелюстные, но могут быть увеличены все большие СЖ, кожа над ними не изменена. При пальпации СЖ мягкая, безболезненная. В полости рта могут не выявляться никакие отклонения от нормы; иногда из протоков СЖ выделяется слюна повышенной вязкости, но этого пациенты не замечают.

Многочисленными работами установлена тесная связь СЖ с функцией щитовидной железы. Отмечено, что при дисфункции щитовидной железы происходит снижение функциональной способности СЖ. Указанное свидетельствует о необходимости обследования пациентов на предмет выявления у них признаков гипосаливации и изменений состояния местного иммунитета с целью выявления групп риска – развитие воспалительных заболеваний СЖ.

Известно увеличение СЖ при менструации, беременности, кормлении ребенка, климаксе, гипогонадных состояниях, после гинекологических операций, дисфункции вилочковой железы и гипофиза. Описана идиопатическая гипертрофия СЖ у ребенка 10 лет, которая была диагностирована на первом году жизни и сочеталась с отставанием в общем развитии.

Связь поджелудочной железы и СЖ известна давно. Предполагают, что заболевание поджелудочной железы и припухание околоушных желез являются следствием изменений в диэнцефальных и гипофизарных центрах. Известен признак Харвата – увеличение околоушных желез у некоторых пациентов с СД и с различными нарушениями углеводного обмена. Гипертрофию СЖ при СД считают компенсаторным признаком, так как СЖ содержат инсулиноподобное вещество.

## 5.1. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Стоматологический статус пациентов СД отличается рядом особенностей: гипосаливация, сухость, пастозность, нарушение самоочищения слизистой оболочки полости рта, увеличение общей фибринолитической активности слюны; частое абсцедирование и гноетечение из пародонтальных карманов, склонность к продуктивному воспалению, нарушение структурообразования десневой жидкости, изменение качественного состава ротовой жидкости – все это способствует увеличению количества и скорости образования минерализованных назубных отложений.

Исследованиями Е.А. Михеевой показано, что у пациентов с СД воспалительные заболевания пародонта выявлены в 100% случаев. При этом они носят генерализованный характер, отличаются высокой активностью воспалительно-деструктивного процесса в околозубных тканях.

Известно, что первыми признаками СД являются макро-и микрососудистые нарушения со стороны органов полости рта: появляются парестезии, ксеростомии, трофические расстройства слизистой оболочки, грибковые поражения, невриты и невралгии тройничного нерва, гнойные воспалительные процессы в тканях пародонта, подвижность и выпадение зубов. В свою очередь, патология органов и тканей полости рта оказывает неблагоприятное воздействие на течение СД.

У пожилых пациентов с СД 2-го типа отмечается снижение сенсорного компонента вкусового восприятия сладкого, что является проявлением нейропатии в полости рта, а в стадии дебюта заболевания отмечается тенденция к «парадоксальному» типу формирования гастро-лингвального рефлекса, проявляющегося в увеличении количества активных рецепторных единиц при физиологическом тестировании в ответ на прием пищи. Этот факт свидетельствует о специфическом поражении нервной системы при СД,

что служит основанием для развития диабетической сенсорной нейропатии, выражающейся в гипосаливации. Отмечено, что наибольшие изменения количества слюны отмечаются у пациентов СД в дебюте заболевания (длительность СД – не более 6 месяцев) по сравнению с пациентами с развернутой клиникой нейропатии.

## **6. ИЗМЕНЕНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ – КОЛЛАГЕНОЗАХ**

СЖ – региональный комплекс тимиколимфатической системы. В поднижнечелюстных железах найдены плазматические клетки. Предполагается, что в этих клетках вырабатываются иммуноглобулины, обнаруживаемые в слюне, поэтому возможна связь СЖ с иммунокомпетентной системой и возникновением аутоиммунных заболеваний.

*Болезнь (синдром) Микулича.* Сочетанное увеличение слезных и всех СЖ называют болезнью Микулича, а если оно наблюдается при лейкозе, лимфогранулематозе, туберкулезе, сифилисе, эндокринных нарушениях, то – синдромом Микулича.

*Клиника.* Припухшие железы плотные, безболезненные, кожные покровы не изменены. Уменьшение количества слюны в полости рта отмечается в поздней стадии. Течение заболевания может осложниться воспалительным процессом, сиалоз переходит в сиаладенит, который по своему клиническому течению имеет много общего с поздней стадией хронического интерстициального сиаладенита.

*Лечение.* Применяется рентгенотерапия. Однако эффект лечения нестойкий, часто наступают рецидивы. Рекомендуется проведение новокаиновой блокады, применение галантамина, что улучшает трофику тканей и стимулирует секреторную функцию СЖ. В случаях хронического воспаления желез, осложняющего течение основного заболевания, следует провести противовоспалительное лечение (введение в протоки железы бактериофага, антибиотиков, компресс с димексидом и др.). В комплекс



лечебных мероприятий следует включать также препараты, повышающие неспецифическую резистентность организма: витамины, натрия нуклеинат, стероидные препараты и др. Пациенты должны находиться под наблюдением ревматолога, стоматолога, окулиста, онколога, гематолога.

*Болезнь Шегрена* – системное заболевание неизвестной этиологии, характерной чертой которого является хронический аутоиммунный и лимфопролиферативный процесс в секретирующих эпителиальных железах с развитием паренхиматозного сиаладенита с ксеростомией и сухого кератоконъюнктивита с гиполакримией.

*Синдром Шегрена* – аналогичное БШ поражение слюнных и слезных желез, развивающееся у 5-25% пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани, чаще ревматоидным артритом, у 50-75% – с хроническими аутоиммунными поражениями печени (хронический аутоиммунный гепатит, первичный билиарный цирроз печени) и реже при других аутоиммунных заболеваниях.

- СЖ поражаются у всех пациентов по типу рецидивирующего паренхиматозного сиаладенита (чаще паротита), реже субмаксиллита в сочетании с сиалодохитом у четверти пациентов, или наблюдается постепенное увеличение околоушных/поднижнечелюстных СЖ, крайне редко малых СЖ слизистой полости рта.
- Хейлит, рецидивирующий афтозный/грибковый стоматит, сухой субатрофический/атрофический ринофаринголарингит являются основными проявлениями поражений слизистой оболочки полости рта.

Жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, сухость полости рта, периодически развивающееся воспаление околоушных желез. Иногда вначале появляется сухость глаз, светобоязнь, чувство песка в глазах, а затем увеличение околоушных и редко поднижнечелюстных желез. Иногда пациенты описывают жалобы, характерные для паренхиматозного паротита и лишь спустя несколько лет у них выявляется БШ.

Местная воспалительная активность в СЖ подтверждается повышением содержания серомукоидных белков в слюне у пациентов с СШ.

*Лечение.* Частое употребление небольших количеств воды или не содержащей сахара жидкости облегчает симптомы сухости рта. Полезна вкусовая и механическая стимуляция саливации с использованием жевательной резинки и леденцов без сахара.

Скрупулезная гигиена полости рта, использование зубной пасты и ополаскивателей с фторидами, тщательный уход за зубными протезами, регулярное посещение стоматолога обязательно с профилактической целью относительно прогрессирующего кариеса и периодонтита.

Для лечения железистых проявлений используют локальную терапию сухого синдрома (увлажняющие заместители, иммуномодулирующие препараты), стимуляторы эндогенной секреции слюнных и слезных желез.

Использование препаратов-заменителей слюны на основе муцина и карбоксиметилцеллюлозы восполняет ее смазывающие и увлажняющие функции, особенно во время ночного сна («Oral balance» гель, «Biotene» ополаскиватель, Salivart, Xialine).

Учитывая высокую частоту развития кандидозной инфекции при наличии сухого синдрома, показано локальное и системное противогрибковое лечение (нистатин, клотримазол, флуконазол и др.).

Для стимуляции остаточной секреции слюнных и слезных желез системно применяются агонисты M1 и M3 мускариновых рецепторов: пилокарпин (Salagen) 5 мг 4 раза в день или цевимелин (Evoxac) 30 мг 3 раза в день.

Пациентам с рецидивирующими сиаладенитами и минимальными системными проявлениями, такими как суставной синдром, назначают глюкокортикоиды в малых дозах (преднизолон 5 мг в день или через день) либо нестероидные противовоспалительные препараты.

При значительном увеличении больших СЖ (после исключения лимфомы), диффузной инфильтрации малых СЖ, отсутствии признаков

тяжелых системных проявлений, умеренных и значительных сдвигах показателей лабораторной активности необходимо назначение малых доз глюкокортикоидов в сочетании с лейкераном 2-4 мг/сут в течение года, затем 6-14 мг/неделю в течение нескольких лет.

У пациентов с небольшой длительностью БШ и сохраненной остаточной секрецией слюнных и слезных желез монотерапия анти-В клеточной терапии ритуксимабом приводит к увеличению саливации и улучшению офтальмологических проявлений.

## 7. ЛЕЧЕНИЕ КСЕРОСТОМИИ

Лечение ксеростомии зависит от этиологии заболевания и включает несколько направлений.

*I. Устранение причины сухости полости рта (если возможно).*

- Лечение основного заболевания.

*II. В связи с тем, что секреторная функция СЖ осуществляется под действием парасимпатической нервной системы, для стимуляции этой функции применяют вещества, воздействующие на автономную (вегетативную) нервную систему – М-холиномиметики и ингибиторы холинэстеразы (пилокарпин, карбохолин, галантамин, ацеклидин, прозерин).*

- Пилокарпина гидрохлорид применяют в виде 1% раствора по 5-10 капель (доза подбирается индивидуально) 3 раза в день перед едой в течение 2 недель.
- Галантамина гидробромид (кроме пациентов с СШ и БШ) применяют в виде 0,5% раствора подкожно, внутрь или вводят с помощью электрофореза. При подкожном введении курс лечения – 30 инъекций по 1 мл. Через 2-3 месяца курс лечения повторяют. Внутрь препарат принимают по 1 мл 1 раз в день в течение 30 дней. С помощью электрофореза галантамин вводят с анода. Курс лечения – 15-20 процедур.

- Ацеклидин назначают по 1 мл 0,2% раствора подкожно 1 раз в день в течение 2-3 дней.
- Прозерин назначают по 0,01 г внутрь 2-3 раза в день или подкожно по 1 мл 0,5% раствора 1-2 раза в сутки.

### *III. Назначение препаратов, оказывающих прямое и рефлекторное действие на СЖ.*

- При приеме внутрь 3% раствора йодида калия увеличивается слюноотделение вследствие прямого раздражающего действия препарата. Йодид калия после адсорбции в системный кровоток выделяется СЖ, стимулируя их, и частично разжижает секрет. Его можно вводить также методом электрофореза (плотность тока – 0,1-0,5мА/см<sup>2</sup>, 20-30 мин, 2-6 процедур на область больших СЖ). В начальной стадии заболевания – гальванизация с калия йодидом в области СЖ (ежедневно, на курс 30 процедур).
- При ксеростомии, сопровождающейся нарушениями со стороны желудка и кишечника, эффективна настойка полыни, которая назначается по 10 капель за 15 мин до еды перед каждым приемом пищи в течение 3 недель. Она оказывает раздражающее действие на рецепторы СОПР и рефлекторно повышает возбудимость центра голода и слюноотделения.
- Рефлекторно действует, раздражая рецепторы СОПР, и настойка термопсиса.
- В случае ксеростомии, характеризующейся нарушением функции мелких СЖ, эффективно применение панкреатина по 0,5 г 3 раза в день внутрь на протяжении 2 недель.

### *IV. Замена слюны средствами для полоскания полости рта или искусственной слюной.*

На основе свойств слюны были созданы препараты искусственной слюны для заместительной терапии. В настоящее время заменители слюны условно можно разделить на 2 группы:

- ✓ на основе муцина («Saliva Orthana»);
- ✓ на основе лактопероксидазы, глюкозоксидазы, ксилитола (биотин).

Искусственная слюна для заместительной терапии ксеростомии. Во флаконе под давлением находится раствор (100 мл – калий хлорид (62,450 мг), натрий хлорид (86,550 мг), магний хлорид (5,875 мг), кальций хлорид (16,625 мг), калий гидрофосфат (80,325 мг), калий дигидрофосфат (32,600 мг), фосфатный буферный растворитель) который обеспечивает солевой состав, буферную емкость и значение рН, близкий к естественной слюне. Процедуру орошения полости рта проводят в любое время при ощущении сухости, обычно 6-8 раз в день.

«SALIVA ORTHANA» – искусственная слюна на основе муцина. Изготовлена из тканей желудка свиньи и подчелюстных желез жвачного животного, уменьшает вязкость и поверхностное натяжение слюны, делая ее похожей на нормальную слюну.

«ORAL BALANCE» – относительно новая искусственная слюна, которая не входит ни в одну группу. Ее состав основан на лактопероксидазе, оксидазе глюкозы, ксилитоле. Лактопероксидаза является антибактериальным агентом, в то время как ксилитол препятствует ферментативной жизнедеятельности патогенных бактерий и одновременно выступает в качестве подсластителя.

Исследования в области заместительной терапии ксеростомии за рубежом привели к созданию фирмой «Laclede» биоферментной системы «Biotene», которая включает в себя:

- а) зубную пасту, содержащую три фермента (лактопероксидазу, оксидазу глюкозы и лизоцим), которые повышают защитные свойства слюны;
- б) средство для полоскания полости рта, которое содержит ферменты слюны и свободно от алкоголя;

в) увлажняющий гель «Oral Balance» длительного действия для смазывания и защиты сухих поверхностей СОПР от раздражения;

г) стоматологическую жевательную резинку, стимулирующую слюноотделение и уменьшающую содержание сахара во рту;

д) зубную щетку повышенной мягкости.

*V. Комплекс мероприятий, направленных на лечение и профилактику стоматологических проявлений:*

- профессиональная гигиена. Курсы местной антисептической, противовоспалительной, а затем кератопластической терапии;
- целесообразно назначение препаратов, нормализующих состав микрофлоры полости рта, так как следствием уменьшения количества слюны всегда является развитие бактериальной инфекции. Доказано, что ведущую роль в развитии воспаления в полости рта играет анаэробная флора. Единственным антибактериальным препаратом, который целенаправленно уничтожает анаэробную флору, является гель для десен «Метрогил Дента». Он имеет приятный освежающий вкус и содержит два лечебных компонента – метронидазол и хлоргексидин. Эта комбинация признана оптимальной, потому что метронидазол на сегодняшний день является «золотым стандартом» лечения анаэробной инфекции, а хлоргексидин эффективно подавляет грамотрицательные и грамположительные бактерии, грибы и вирусы, которые также могут вызывать воспаление в полости рта. Гель «Метрогил Дента» содержит ментол, который уменьшает чувство жжения воспаленной слизистой оболочки, а водорастворимое гелевое основание увлажняет ее.

Таким образом, «Метрогил Дента» оказывает противомикробное и некоторое анальгезирующее действие, увлажняет слизистую оболочку. При воспалении десен или СОПР, вызванном ксеростомией, гель «Метрогил Дента» наносится на десны или пораженный участок слизистой 2 раза в

сутки в течение 7-10 дней. После нанесения геля следует воздержаться от питья и приема пищи в течение 30 мин.

Для предотвращения инфицирования СОПР у пациентов с ксеростомией возможно профилактическое курсовое (7-10 дней) применение геля «Метрогил Дента» 2-3 раза в год.

При кандидозных поражениях полости рта необходимо применение фунгицидных препаратов.

Для патогенетического лечения ксеростомии М.М. Пожарицкой, 1981 был предложен препарат ЭНКАД, который представляет собой комплекс рибонуклеотидов, полученных из дрожжевой РНК путем обработки ее рибонуклеазой. Применяется ЭНКАД в виде курса аппликаций на СОПР по 50 мг 3 раза в день в течение 2 недель. Препарат обладает противовоспалительным действием, иммуномодулирующим эффектом, способствует регенерации СОПР. При его применении у пациентов уменьшалась выраженность клинических симптомов ксеростомии и наблюдалось снижение содержания лейкоцитов и интермедиальных клеток эпителия в цитограмме оральных смывов.

3. Реминерализующая терапия показана пациентам с ксеростомией для повышения резистентности твердых тканей зубов перед оперативным лечением кариеса.

#### *VI. Другие методы лечения.*

В клинически выраженной и поздней стадиях применяют новокаиновые блокады (2 раза в неделю, на курс 10 процедур), а затем гальванизацию.

При идиопатической ксеростомии показаны блокады 0,5% раствора новокаина, которые делают по типу инфильтрационной анестезии в область околоушных желез. Курс лечения – 8-10 блокад. При этом вводят 40-50 мл справа, затем, после 2-3 дней перерыва, слева. Через год курс лечения повторяют.

В лечении пациентов с ксеростомией, развившейся на фоне различных заболеваний СЖ, В.В. Афанасьев и А.А. Ирмяев использовали препарат мексидол, который вводили по типу блокад в область СЖ. Эффект проявлялся в виде значительного снижения или исчезновения ксеростомии.

Применение низкоинтенсивного импульсного сложномодулированного электромагнитного поля в лечение пациентов с заболеванием пародонта при ксеростомии обладает рядом терапевтических воздействий на ткани пародонта: противовоспалительным, противоотечным, обезболивающим, нормализующим перекисное окисление липидов и кальциевый обмен и т.д.

Рекомендованы аппликации 30% раствора диметилсульфоксида (димексида) на область околоушных и подчелюстных желез – 20 сеансов по 25-30 минут. Также можно применять введение в протоки СЖ антибиотиков.

Медикаментозное лечение ксеростомии должно подкрепляться санитарно-гигиеническими мероприятиями:

- соблюдать гигиену полости рта;
- регулярно обращаться к стоматологу;
- увлажнять губы;
- достаточно пить;
- не курить;
- не употреблять алкоголь;
- воздерживаться от приема острой и горячей пищи;
- использовать заменители слюны;
- следить за влажностью воздуха в помещении;
- использовать фторсодержащие продукты и зубные пасты.

Таким образом, лечение ксеростомии представляет собой серьезную проблему и зависит от ряда причин, вызвавших ее, а также от стадии клинических проявлений.



## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ронь, П.И. Ксеростомия / П.И. Ронь. – Екатеринбург: ООО «Премиум Пресс», 2008. – 136 с.
2. Nederfors, T. Xerostomia and hyposalivation / T. Nederfors // *Adv Dent Res.* – 2000. – Vol. 14. – P. 48–56.
3. The Xerostomia Inventory: a multi-item approach to measuring dry mouth / W.M. Thomson [et all.] // *Community Dent Health.* – 1999. – Vol. 16(1). – P. 12–17.
12. Zhang, G.H., Role, R.C. Of Oral Mucosal Fluid and Electrolyte Absorption and Secretion in Dry Mouth / G.H. Zhang, R.C. Role // *The Chinese Journal of Dental Research.* – 2015. – Vol. 18(3). – P. 135–154.
5. Пожарицкая, М.М. Роль слюны в физиологии и развитии патологического процесса в твердых и мягких тканях полости рта. – Ксеростомия. (Методическое пособие). – М.: ГОУВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 48 с.
6. Impact of xerostomia on the quality of life of adolescents with type 1 diabetes mellitus / I.M. Busato [et all.] // *Oral Surg Med Radiol Endod.* – 2009. – Vol. 108(3). – P. 376–382.
7. Осокин, М.В. Состояние слюнных желез у больных с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии: дис. ... канд. мед. наук: / М.В. Осокин. – Москва, 2007. – 101 с.
8. Васильев, В.И. Синдром Шегрена: рук-во для врачей / В.И. Васильев, В.Г. Лихванцева, Т.Н. Сафонова. – Москва : 2013 – 600 с.
9. Лобейко, В.В., Иорданишвили, А.К. Лучевые сиалоаденопатии у пожилых и старых людей и их лечение / В.В. Лобейко, А.К. Иорданишвили // *Вестник Российской Военно-медицинской академии.* – 2014. – Т. 1(45). – P. 75–79.
10. Макеева, И.М., Аракелян, М.Г. Комплекс лечебных и профилактических мероприятий у пациентов с сухостью полости рта / И.М. Макеева, М.Г. Аракелян // *Фарматека.* – 2014. – № 8. – С. 14.