

*На правах рукописи*

**ВИНОКУРОВ НИКИТА СЕРГЕЕВИЧ**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ КСЕРОСТОМИИ**

3.1.7. Стоматология (медицинские науки)

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Москва – 2022

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России)

**Научный руководитель:**

Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,  
профессор

**Афанасьев Василий Владимирович**

**Официальные оппоненты:**

**Григорьев Сергей Сергеевич** – доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний, заведующий кафедрой

**Надточий Андрей Геннадьевич** - доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное учреждение Национальный медицинский исследовательский центр «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, отдел лучевой диагностики, заведующий отделом

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится « 01 » марта 2023 года в 10 часов на заседании диссертационного совета 21.2.016.07, созданного на базе ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, по адресу: 127006, г. Москва, ул. Долгоруковская, д. 4, лекционный зал им. Н.А. Семашко.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России (127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 10а) и на сайте <http://dissov.msmsu.ru>.

Автореферат разослан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Ученый секретарь диссертационного совета,

кандидат медицинских наук, доцент

**Дашкова Ольга Павловна**

## **Общая характеристика работы**

### Актуальность темы исследования.

Ксеростомия, или сухость полости рта, означает уменьшение или прекращение выделения слюны из-за нарушения функции слюнных желез.

Сухость полости рта является симптомом (В. В. Афанасьев, 2012), который диагностируется при различных заболеваниях слюнных желез или сопутствующих заболеваний организма (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, астено-депрессивный синдром и др.).

В настоящее время статистические данные о распространенности ксеростомии среди населения РФ еще не изучены в связи с малым количеством исследований. В то же время имеются публикации о распространенности заболеваний слюнных желез. Так по данным Афанасьева В. В. и соавт. с 2009 по 2011 г. в хирургическую клинику ЧЛГ ВВ г. Москвы обратилось 18 435 больных с заболеваниями по профилю «хирургическая стоматология», из них у 2157 пациентов диагностировали различные заболевания СЖ, что составило 11,7%.

По данным зарубежных исследователей, было выявлено, что симптомы постоянной ксеростомии затрагивали около 4 % населения, а непостоянной – 12 % (Ellies M.2010). В исследованиях, касающихся пожилых людей Японии (старше 70 лет), ксеростомия наблюдалась у 37 % пациентов (28 % у мужчин и 47 % - у женщин) (Iwasaki M.2018).

Чаще всего ксеростомия развивалась у пациентов с различными заболеваниями, такими как: болезни сердечно-сосудистой системы (на фоне приема гипотензивных препаратов), сахарный диабет, болезни щитовидной железы, нервной системы и психическими расстройствами.

Фахрисламова Л. Р. (2003) выявила, что одной из причин обострения хронического сиаладенита являлся психологический компонент.

Эти данные подтверждали наличие связи между ксеростомией и общим статусом пациентов. В то же время вопросы степени выраженности

психологических изменений у пациентов с ксеростомией на фоне сиаладеноза и их коррекция до настоящего времени остаются неизученными.

### **Цель исследования.**

Совершенствование методов диагностики и лечения пациентов с ксеростомией с использованием медико-психологических технологий.

### **Задачи исследования.**

1. Провести анализ распространённости ксеростомии у пациентов с различными общими заболеваниями с учетом пола и возраста.

2. Изучить клинико-лабораторные показатели у пациентов с ксеростомией на фоне различных общих заболеваний.

3. Изучить особенности психического и эмоционального состояния пациентов с ксеростомией.

4. Усовершенствовать методы лечения больных ксеростомией с использованием саливозаменителей и техники осознанности «Майндфулнесс».

### **Научная новизна исследования.**

- Проанализировано психологическое состояние больных с сухостью рта по сравнению с пациентами с заболеваниями слюнных желез без признаков ксеростомии и с группой больных без патологии слюнных желез в сравнительном аспекте на основе выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised - SCL-90-R).

- Предложен метод немедикаментозной терапии больных ксеростомией с использованием психологической техники осознанности «Майндфулнесс» (Mindfulness).

- Подтверждено, что наиболее часто сухость полости рта возникает на фоне приема различных лекарственных средств (23 %), заболеваний щитовидной железы и вегетососудистой дистонии (17 %).

### **Теоретическая и практическая значимость.**

Данные, полученные в результате исследования, позволят повысить эффективность диагностики ксеростомии и рекомендовать новые методы лечения

у пациентов с заболеваниями слюнных желез в условиях практического здравоохранения.

### **Основные положения, выносимые на защиту.**

1. Наибольшая частота выявляемости заболевания сиаладенозом приходится на средний возрастной период (35%) - 45–59 лет и пожилой возрастной период (38%) - 60–74 года, т. е. на наиболее активные трудовые периоды.

2. Наиболее часто сухость полости рта возникала на фоне приема различных лекарственных средств (23 %), заболеваний щитовидной железы (17 %) и вегетососудистой дистонии (17 %).

3. Ксеростомия характеризуется снижением числа малых слюнных желез, повышением вязкости слюны и снижением скорости саливации. После лечения отмечается увеличение числа малых слюнных желез и скорости саливации соответственно на 15% и 17% и снижение вязкости на 23 %. Однако, нормальных величин не достигает.

4. Пациенты с ксеростомией имеют отклонения по всем основным шкалам симптоматических расстройств и испытывают психоэмоциональное напряжение, снижение уровня восприятия качества жизни и нуждаются в коррекции психоэмоционального состояния. Изменения психологического и эмоционального состояния чаще наблюдается у женщин молодого, среднего и пожилого возраста. У мужчин эти отклонения преобладают в пожилом и старом возрасте.

5. Коррекция психологического и эмоционального состояния больного ксеростомией с использованием психологической техники осознанности «Майндфулнесс» (Mindfulness) приводит к достоверному снижению степени выраженности ощущения сухости полости рта. В то же время объективные показатели саливации остаются на прежнем уровне.

**Достоверность исследования.** Результаты диссертационного исследования получены на основании изучения данных ранее разработанного и успешно использованного в клинике метода комплексного обследования 60 больных. Для обследования использовали общие (опрос, осмотр, анкетирование пациентов), частные (сиалометрия смешанной слюны, определение её вязкости, подсчет

МСЖ, сиалография) и специальные (УЗ-исследование СЖ, биохимический анализ смешанной слюны, качественный анализ слюны на половые гормоны). Полученные данные обработаны методом вариационной статистики.

#### **Апробация работы.**

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на Всероссийской Межвузовской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы стоматологии» в ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления Делами Президента РФ 27.06.2021 года; на «Всероссийском стоматологическом форуме с международным участием 2022» в разделе «Аспирантская сессия». Работа доложена, обсуждена и одобрена на межкафедральном совещании кафедры челюстно-лицевой хирургии и травматологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ, отделении пластической и реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области КМЦ (Кусково).

#### **Личное участие автора.**

Автор лично провёл клинико-лабораторное обследование 120 пациентов: из них 60 пациентов с ксеростомией на фоне сиаладеноза, 30 пациентов с заболеваниями СЖ без признаков ксеростомии и 30 пациентов контрольной группы без заболеваний слюнных желез. Диссертант у всех больных лично провёл сиалометрию больших и малых слюнных желез, сиалографию, измерил вязкость слюны и высчитал рН смешанной слюны, собрал и подготовил слюну для проведения биохимического и микробиологического анализов, изучил результаты воздействия ополаскивателя «Xerostom» на слизистую оболочку полости рта у больных сиаладенозом.

Диссертант лично провел анкетирование 60 больных с сиаладенозом, 30 пациентов с заболеваниями СЖ без признаков ксеростомии и 30 пациентов контрольной группы с помощью анкеты выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) и осуществил анализ полученных результатов.

Автор лично провел статистическую обработку результатов, полученных при проведении исследований, проанализировал и написал основное содержание

диссертации, автореферат и научные статьи для получения результатов диссертации. Статистическую обработку результатов проводили с использованием электронной таблицы Excel (Microsoft Office). Вычисляли среднюю арифметическую величину  $M$  (Mean), стандартную ошибку  $m$  (Standart Error). Достоверность данных оценивали по  $t$  – критерию Стьюдента для независимых и зависимых случаев. Результаты считали достоверными при  $P \leq 0,05$ .

### **Внедрение результатов исследования.**

Результаты работы внедрены в работу кафедры челюстно-лицевой хирургии и травматологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ, отделение реконструктивной и пластической хирургии КМЦ ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ.

### **Объем и структура диссертации.**

Диссертация изложена на 112 страницах машинописного текста. Состоит из введения, глав: обзор литературы, материал и методы исследования, результаты клинических исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка условных сокращений. Список литературы включает 162 источников, из них отечественных - 99 авторов, 63 - зарубежных. Работа иллюстрирована 20 таблицами и 20 рисунками. По теме диссертации опубликовано 6 работы в журналах, рекомендованных ВАК РФ.

### **Результаты собственного исследования.**

*Материалы и методы.* Для решения поставленных задач в период с 2019 по 2022 гг. мы провели комплексное обследование и лечение 60 пациентов с истинной ксеростомией, протекавшей на фоне сиаладеноза.

Возраст пациентов находился в пределах 30–90 лет; из них мужчин было 19, женщин - 41. По классификации ВОЗ на молодой возраст (18–44 года) приходилось 13 пациентов (10 ж и 3 м), средний (45–59 лет) - 21 пациент (15 ж и 6 м), пожилой (60–74 лет) - 23 пациента (16 ж и 7 м) и старческий возраст (75–90 лет) относилось 3 пациента мужского пола.

Таким образом, большинство пациентов относились к среднему возрастному периоду (21) и к группе пожилого возраста (23). Мужчин было 19, женщин – 41.

У всех больных после комплексного обследования выявили истинную ксеростомию, подтвержденную дополнительными методами исследования.

Все 60 больных составили *1 группу*. У 55 больных ксеростомией сиаладеноз протекал в период полной ремиссии на фоне Синдромом Шегрена (8), после радиойодтерапии (2), заболеваний щитовидной железы (10), вегето-сосудистой дистонии (10), после приема лекарственных средств (14), сахарного диабета 2-го типа (7) и у 4-ех - на фоне гипогонадизма. У 5 больных ксеростомия протекала на фоне сиалодохита в период полной ремиссии.

Пациентов *1 группы* разделили на 4 подгруппы:

В *1 подгруппу* вошли 10 пациентов, у которых после лечения мы не отметили улучшения.

Во *2 подгруппу* вошли 9 пациентов, у которых после лечения отметили временное улучшение, но жалобы на постоянную сухость у них сохранялись.

В *3 подгруппу* вошел 41 пациент. Все больные после лечения отметили значительное улучшение: жалобы на сухость рта значительно уменьшились, беспокоили редко.

В *4 подгруппу* вошли 31 больной (из 60), которые дополнительно прошли экспериментально-психологическое обследование по опроснику SCL-90-R. Они получали как заместительную терапию, так и лечение с использованием психологической техники осознанности «Майндфулнесс». В эту группу вошли 5 больных из 1 подгруппы (16%), 5 больных из 2 подгруппы (16%) и 21 - из 3 подгруппы (68%). Изучение выраженности психопатологической симптоматики производили под руководством и при консультировании доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой клинической психологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова Н. А. Сирота.

Во вторую группу вошли 30 пациентов с заболеваниями СЖ, у которых не было признаков ксеростомии. Больные 2 группы также прошли психологическое



тестирование с целью сравнения с результатами тестирования больных 1 группы. Возраст пациентов колебался в пределах 22 лет - 71 год. Во 2-ой группе 15 пациентов (50%) составили мужчины и 15 (50%) - женщины. На молодой возраст приходилось 12 больных (5 ж и 7 м), средний - 11 (6 ж и 5 м.) и пожилой - 7 пациентов (4 ж и 3 м).

В третью группу вошли 30 пациентов (группа контроля), которые не имели заболеваний слюнных желез. Эти пациенты прошли психологические тестовые опросники для их сравнения с результатами 3 подгруппы из 1-й группы. Возраст пациентов колебался в пределах 19–59 лет. На молодой возраст приходилось 24 человека (12 м и 12 ж). На средний возрастной период - 6 пациентов (3 м и 3 ж).

Таким образом, всего провели обследование и лечение 120 пациентов.

Критерии включения пациентов в исследование: пациенты обоих полов с признаками ксеростомии.

Критерии не включения: пациенты без жалоб на сухость рта, с травмами и новообразованиями СЖ, после проведенной тотальной или субтотальной сиалэктомии, с острыми инфекционными заболеваниями, беременные пациентки и в периоде лактации.

Критерии исключения: отказ пациента от обследования, несоблюдение пациентами протокола обследования и лечения.

Для обследования больных использовали клинические, лабораторные и статистические методы исследования.

В клиническую часть исследования входило анкетирование пациентов, используя анкету - опросник больного с ксеростомией до и после лечения и опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised - SCL-90-R).

Общие методы обследования были проведены всем группам больным. К ним относятся:

- опрос в виде сбора жалоб и анамнеза заболевания,
- клиническое обследование, включающее осмотр и пальпацию,
- определение наличия изменений в размерах СЖ и ее консистенции,

- цвет и тургор кожных покровов в области желез
- состояние слизистой оболочки полости рта,
- наличие болевых ощущений в области СЖ,
- количество и физические свойства секрета, выделяемого околоушными и поднижнечелюстными слюнными железами. Данные заносили в диагностическую анкету, предложенную Афанасьевым В. В(1993).

Частные методы обследования включали:

- сиалографию (10 пациентов),
- сиалометрию больших и малых СЖ (60),
- определение вязкости слюны (60).

*Сиалометрию* смешанной слюны провели всем больным по методу И. Ф. Ромачевой (1987) утром, натощак, с 9.00 до 11:00 часов. Скорость слюноотделения в норме составляла 0.4–0.5 мл/минуту.

*Сиалометрию МСЖ* провели всем больным по методу Ромачёвой И.Ф. (1987). В норме количество МСЖ колебалось в пределах 20–22 штук.

*Вязкость* смешанной слюны определяли у всех больных по методу В.В. Афанасьева (2012) с помощью замера длины растянутой капли смешанной слюны между браншами стоматологического пинцета до её разрыва. Если разрыв капли происходил до 5 мм длины, то данные считали за норму, если в пределах 5–10 мм, - то 1 степени выраженности и более 10 мм – то 2 степени.

*Сиалографию* провели у 10 пациентов при подозрении на протоковые формы сиаладеноза с целью уточнения диагноза по методу И. Ф. Ромачевой и соавт. (1987). Использовали водорастворимое контрастное вещество омнипак, который вводили в СЖ в объеме 1,0–3,0 мл. С помощью сиалографии диагностировали сиаладеноз на фоне хронического сиалодохита у 5 больных. У остальных - картина была интерстициального сиаладеноза.

*Специальные методы обследования* включали:

*УЗИ слюнных желез.* Исследование провели у 20 больных 1 группы с целью уточнения или верификации диагноза, для исключения сиалодохита на аппарате SIEMENS XL в отделении УЗ-диагностики ГБ «Московский» ДЗМ. Изучали

структуру и размеры железы, размеры протоков, особенности кровоснабжения и прилежащие лимфатические узлы. У больных отметили увеличение околоушных лимфатических узлов. У 12 пациентов было снижение эхогенности и васкуляризации паренхимы СЖ, но структура желез была однородной, с четкими и ровными контурами. Результаты эхограмм указывали на наличие интерстициального сиаладеноза.

*Биохимический анализ слюны.*

Биохимический анализ смешанной слюны провели у 25 пациентов для исключения скрыто протекающего сиаладенита с помощью реактивов фирмы «ЗАО Вектор-Бест» (Россия) на полуавтоматическом анализаторе «BioChem SA» (USA) на базе клинической лаборатории кафедры биохимии МГМСУ им. А. И. Евдокимова. Анализ слюны включал изучение pH, общего белка,  $\alpha$  - амилазы, щелочной фосфатазы, калия ( $K^+$ ), натрия ( $Na^+$ ) и мочевины.

Качественный анализ смешанной слюны на *половые гормоны* провели у 19 пациентов на базе биохимической лаборатории «Архимед» для верификации метаболического синдрома. Для этого использовали тандемную хроматомасспектрометрию (LC-MS/MS). Для сбора слюны использовали пробирки из полипропилена SaliCaps с абсорбирующей характеристикой ниже 5% для предупреждения разрушения гормонов. Для исследования пациенты сплёвывали смешанную слюну в объеме 1 мл через специальную соломинку. За 30 мин до сбора слюны, пациентам нельзя было принимать пищу, употреблять напитки, жевательные резинки или чистить зубы. Слюну хранили при  $t$  20°C. Стероидные гормоны определяли по методу жидкостной экстракции биологических образцов. В слюне определяли количественное содержание следующих половых гормонов: андростендион, мелатонин, кортизол, ДГЭА, 17-ОН-прогестерон, тестостерон и кортизон.

*Для изучения результатов воздействия ополаскивателя «Xerostom» на слизистую оболочку полости рта и определения его антибактериального эффекта* провели клиничко-микробиологические исследования смывов смешанной слюны у 10 пациентов до и после использования ополаскивателя. У пациентов брали

соскоб со слизистой оболочки подъязычной области одноразовым тампоном. Среда Stuart (Стюарта) представляла собой полужидкий, бедный питательными веществами субстрат для сохранения и транспортировки широкого спектра патогенных микроорганизмов. Слюну собирали натошак, в утренние часы, далее собранный материал в течение 24-часов отвозили в лабораторию клинической микробиологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского для микробиологического анализа. Ополаскиватель использовали для лечения больных ксеростомией в течение 2-ух недель, 2 раза в день, по 1 мин полоскания полости рта. После использования повторно проводили микробиологическое исследование смывов смешанной слюны.

*Анкетирование пациентов.* Все пациенты с ксеростомией перед началом обследования заполняли диагностическую анкету профессора В. В. Афанасьева для фиксации особенностей клинической картины больного: жалоб, анамнеза тяжести течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний и его клинические признаки, результаты методов исследования и использованные ранее препараты. Диагностическая анкета позволяла объективно проводить анализ полученных данных.

После установления диагноза «ксеростомия», у 31 пациента (1 группа - 4 подгруппа) для определения их психологического состояния проводили психологическое исследование выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised - SCL-90-R). Шкала SCL-90-R содержала 90 пунктов. Её значение было в том, чтобы оценить паттерны психологических признаков у пациентов 1, 2 и 3 групп.\*

\* Выражаю глубокую благодарность и признательность декану факультета клинической психологии, доктору медицинских наук, профессору, заведующему кафедрой клинической психологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Наталье Александровне Сироте за научную идею и помощь в написании данной диссертации.

*Методы лечения больных ксеростомией.*

Для лечения больных использовали симптоматические средства, повышающие секрецию слюны (наружные блокады в области слюнных желез, при этом 4 мл 5% раствора мексидола растворяли в 20 мл 0,5% раствора лидокаина, подкожные инъекции 1% -1,0 мл раствора нивалина № 30, микстура пустырника внутрь.

Кроме того, использовали ингредиенты саливозаменителей фирмы «Xerostom»: ополаскиватель, гель и спрей для увлажнения полости рта. Всем пациентам назначали орошение полости рта спреем Xerostom 2–4 раза в день при необходимости увлажнения рта. Гель Xerostom пациенты использовали перед сном, данный препарат наносился на слизистую оболочку щек, твердого и мягкого неба и преддверия рта.

После проведения терапии, через 2 недели пациенты заполняли анкету-опросник пациентов, прошедших симптоматическое лечение, для фиксирования субъективных ощущений, а также им повторно проводили сиалометрию смешанной слюны и МСЖ. Измеряли вязкость. Данные вносили в анкету.

Кроме того, у 31 больного (1 группа 4 подгруппа), провели консервативную терапию с использованием психологической техники осознанности «Майндфулнесс» (Mindfulness) под руководством профессора, заведующего кафедрой клинической психологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова Н. А. Сироты. При этом каждый пациент проходил лечение на дому. Больному проводили психологическое обследование и его обучали проведению методики «Майндфулнесс», основанной на формировании осознанности своего психосоматического состояния. Пациенты выполняли упражнения утром и вечером. В течение 10 дней больные заполняли бланк опросника до выполнения техники осознанности и после ее выполнения. Сначала пациент оценивал свое эмоциональное состояние до выполнения упражнения (этап 1) и после выполнения техники (этап 3). Время выполнения упражнений (этап 2) занимал 5–10 мин. Данные опросника пациенты записывали в дневник (электронный или бумажный). Результаты психологического состояния до и после лечения и оценки результатов терапии определяли с помощью опросника SCL-90-R.

Таким образом, всего мы провели 749 методов исследования (таб. 1).

Для статистической обработки данных использовали метод структурной группировки, который состоял в разделении однородной совокупности на группы по тому или иному признаку (пол и диагноз заболевания).

Из собранных статистических данных формировали базы для обработки с помощью пакета компьютерной программы «Microsoft Excel». Статистическую обработку результатов проводили с использованием электронной таблицы Excel (Microsoft Office). Вычисляли среднюю арифметическую величину  $M$  (Mean), стандартную ошибку  $m$  (Standart Error). Достоверность данных оценивали по  $t$  – критерию Стьюдента для независимых и зависимых случаев. Результаты считали достоверными при  $P \leq 0,05$ .

Таблица 1. Число методов обследования.

Метод исследования	Число больных	Число исследований	Всего:
Частные:			
1. Сиалометрия БСЖ	60	60	60
2. Сиалометрия МСЖ	60	60	60
3. Вязкость слюны	60	60	60
4. Сиалография	10	10	10
Специальные:			
УЗИ СЖ	20	20	20
Биохимическое исследование слюны	25	175	175
Исследование половых гормонов слюны	19	133	133
Микробиологическое исследование слюны	10	20	20
Анкета В. В. Афанасьева	60	60	60
Анкета выраженности психопатологической симптоматики (SCList-90-R)	91	91	91
Анкета Майндфулнесс	30	60	60
Всего:	749		

## Результаты собственного исследования.

Для решения поставленных задач мы провели комплексное обследование и лечение 60 пациентов с ксеростомией, протекавшей на фоне различных форм сиаладеноза.

Всех пациентов разделили на 3 группы.

В 1-ю группу вошли 60 больных различных возрастных периодов, большинство из них относились к среднему и периоду пожилого возраста.

У 55 пациентов (из 60) 1 группы ксеростомия протекала на фоне сиаладеноза в период полной ремиссии таких заболеваний как: синдром Шегрена (13), заболевания щитовидной железы (17 %), после радиойодтерапии (3), вегетососудистая дистония (17 %), после приёма лекарственных средств (23 %), сахарный диабет 2-го типа (12), гипогонадизм (7). У 5 больных ксеростомия протекала на фоне хронического сиалодохита (5) и СКБ (3%) (рис.1).

Таким образом, наиболее часто ксеростомия возникала на фоне приема различных лекарственных средств, заболеваний щитовидной железы и вегетососудистой дистонии.

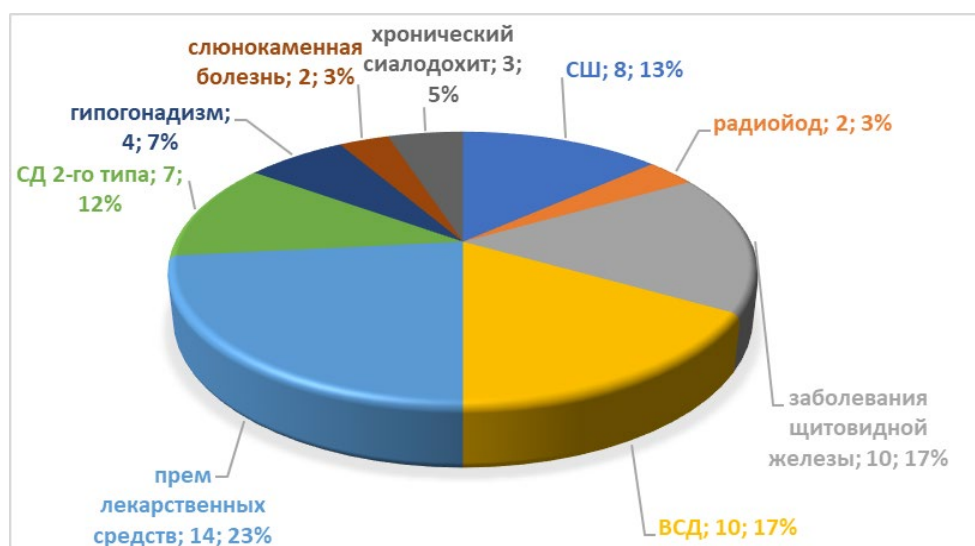


Рисунок 1. Сопутствующие заболевания у пациентов 1 группы

Результаты дополнительных методов исследования у больных 1 группы показали, что ксеростомия была объективной, характеризовалась снижением числа МСЖ, повышением вязкости слюны и снижением скорости саливации.

После лечения отмечали небольшое увеличение всех параметров. Однако, нормальных величин не достигало (таб.2).

Таблица.2. Средние значения результатов сиалометрии, вязкости и числа МСЖ до и после лечения у больных 1 группы.

Параметры	До лечения	После лечения	Результат
Число МСЖ (шт.)	11±3	13 ±3 P≤0,01	Увеличение на 15 %
Вязкость слюны (см)	2.6±1.0	2.0 ±1.0 P≤0,01	Снижение на 23 %
Скорость саливации мл/мин	0.19±0.11	0.23±0.13 P≤0,01	Увеличение на 17%

Пациентов 1 группы разделили на четыре подгруппы.

В 1-ю подгруппу (1 группы) вошли 10 пациентов: 3 м (30%) и 7 ж (70%). Из них молодого возраста - 1 м (10%), среднего - 2 ж (20%), пожилого - 5 ж 50% и старческого - 2 м (20%). У них лечение не привело к положительным результатам, жалобы на сухость полости рта сохранились в прежнем объеме.

Сиаладеноз у больных 1 подгруппы протекал на фоне СШ (20%), после радиойодтерапии (10%), заболеваний щитовидной железы (10%), вегетососудистой дистонии (10%), приема лекарственных средств (30%) и сахарного диабета (20%).

Таким образом, наиболее часто в 1 подгруппе встречались женщины и преобладал пожилой возраст. Сиаладеноз чаще возникал на фоне приема лекарственных средств.

Результаты сиалометрии смешанной слюны, вязкости и числа МСЖ после лечения не показали улучшения и были не достоверны. Средние значения МСЖ до и после лечения составили  $8 \pm 2$ , вязкости -  $3.3 \pm 1.0$  см, скорость слюноотделения =  $0.12 \pm 0.08$  мл/мин.

Во 2-ю подгруппу вошли 9 пациентов (8 ж и 1 м), которые после лечения отметили временное небольшое улучшение в виде снижения сухости рта, но жалобы на ксеростомию у них сохранялись в прежнем объеме. На средний возраст приходилось 4 пациентки (44%), пожилого – 4 (44%), старческий - 1 мужчина (12%). Сиаладеноз у них протекал на фоне синдрома Шегрена (22%),



заболеваний щитовидной железы (34%), вегетососудистой дистонии (11%), приема лекарственных средств (11%), сахарного диабета (11%), слюннокаменная болезнь (11%)

Таким образом, во 2-й подгруппе преобладали женщины в равной степени среднего и пожилого возраста с преобладанием сиаладеноза на фоне заболеваний щитовидной железы.

Число МСЖ до и после лечения составило  $10 \pm 3$  и  $12 \pm 2$  шт. Вязкость, соответственно,  $2.7 \pm 0.8$  см и  $2.3 \pm 0.8$  см. Скорость саливации =  $0.16 \pm 0.07$  мл/мин и  $0.19 \pm 0.07$  мл/мин.

Таким образом, улучшение у больных 2 подгруппы после лечения было достоверным, однако до нормальных величин не доходило.

В 3-ю подгруппу вошли 41 больной, у которых после лечения отметили значительное улучшение: жалобы на сухость рта значительно уменьшились или прекратились. В 3 подгруппу вошли 15 м и 26 ж. На молодой возраст приходилось 12 пациентов (29%), средний - 14 (34%) и пожилой - 15 (37%).

Следовательно, большую часть составляли женщины среднего и пожилого возрастного периодов.

Сиаладеноз у больных 3 подгруппы развивался на фоне Синдрома Шегрена (10%), радиойодтерапии (2%), заболеваний щитовидной железы (15%), вегетососудистой дистонии (20%), приема лекарственных средств (24%), сахарного диабета (10%), гипогонадизма (10%) и протокового сиаладеноза (9%), (рис. 2)



Рисунок 2. Сопутствующие заболевания у пациентов 3 подгруппы.

Следовательно, сиаладеноз у больных 3 подгруппы чаще встречался на фоне приёма лекарственных препаратов, вегетососудистой дистонии и заболеваний щитовидной железы.

Проведение комплексной терапии приводило к значительному улучшению: жалобы на сухость рта не беспокоили. Скорость саливации после лечения незначительно достоверно увеличилась:  $0.21 \pm 0.12$  и  $0.26 \pm 0.13$  мл/мин, вязкость снизилась:  $2.4 \pm 0.9$  см и  $1.7 \pm 0.8$  см, число МСЖ:  $12 \pm 2$  шт. и  $14 \pm 2$  шт.

В 4-ю подгруппу вошли 31 пациент (из 60), 17 ж и 14 м, которые прошли процедуру экспериментально-психологического обследования с помощью опросника SCL-90-R и получили лечение с использованием психологической техники осознанности «Майндфулнесс». Из 31 пациента 5 были из 1 подгруппы, 5 – из 2-ой и 21 пациент - из 3-й. На молодой возраст приходилось 3 больных (10%), средний – 12 (39%), пожилой - 13 (42%) и старей - 3 мужчин (9%).

Сиаладеноз у больных 4 подгруппы протекал на фоне Синдрома Шегрена (10%), заболеваний щитовидной железы (13%), вегетососудистой дистонии – (13%), приема лекарственных средств (29%), сахарного диабета второго типа (19%), протокового сиаладеноза (16%).

Таким образом, большую часть 4 подгруппы составили женщины среднего и пожилого возрастов, с сиаладенозом на фоне приема лекарств.

Результаты сиалометрии составили до и после лечения  $0.20 \pm 0.11$  и  $0.24 \pm 0.12$  мл/мин; вязкость -  $2.6 \pm 1.0$  и  $2.0 \pm 1.0$  см, число МСЖ =  $11 \pm 2$  шт. и  $13 \pm 3$  шт.

Следовательно, лечение приводило к небольшому, но достоверному улучшению.

С целью проведения сравнительного анализа мы также оценили психоэмоциональное состояние у 30 пациентов с различными неопухолевыми заболеваниями СЖ, но без признаков ксеростомии (2-ая группа) и у 30 больных без патологии со стороны слюнных желез (3-я группа).

Возраст пациентов 2-й группы находился в пределах 22 - 71 год. Мужчины и женщины составляли по 50 %. На молодой возраст приходилось 12 больных, средний – 11, пожилой – 7. Следовательно, наибольшее число пациентов было в молодом и среднем возрасте.

Из 30 пациентов 2 группы СКБ диагностировали у 9 пациентов (31%), хронический сиалодохит - у (21%), паротит Герценберга - у 3-ех (10 %), ранулу - у 3-ех (10 %), ретенционную кисту – у 4 –ех (14 %), обострение хронического сиаладенита – у 4-ех (14 %): у 2-х с интерстициальным сиаладенитом и у 2-ух – паренхиматозным.

Количество МСЖ составило в среднем  $17 \pm 2$  шт., вязкость слюны =  $0,7 \pm 0,3$  см, скорость саливации  $0,46 \pm 0,15$  мл/мин.

Таким образом, значения саливации были в пределах нормы.

Третья группа была контрольной, в неё вошли 30 пациентов без патологии СЖ и без признаков ксеростомии. Эти пациенты так же прошли психологическое обследование – опросные методы психологической диагностики с целью сравнения с результатами 1 и 2 групп.

Возраст пациентов колебался в пределах 19–59 лет. На молодой возраст приходилось 24 пациента, средний - 6 больных. Количество МСЖ =  $18 \pm 2$  шт., вязкость находилась в пределах  $0,6 \pm 0,3$  см, скорость слюноотделения =  $0,77 \pm 0,26$  мл/мин, что находилось в пределах нормы.

Результаты биохимического анализа смешанной слюны показали, что рН слюны, общий белок и  $\text{Na}^+$  не выходили за пределы нормы.

$\text{K}^+$  был статистически достоверно снижен, что свидетельствовало о нарушении реабсорбции слюны.

Активность щелочной фосфатазы была достоверно снижена, что наблюдается при нарушениях функции щитовидной железы, заболеваниях пародонта, развивающихся на фоне нарушения деятельности слюнных желез.

Активность альфа - амилазы слюны была повышена у пациентов на фоне гипогонадизма, Синдрома Шегрена и заболеваний щитовидной железы.

Кроме того известно, что альфа-амилаза может быть индикатором чувствительности к психологическим эффектам адренергической системы и связана со стрессом.

Концентрацию половых гормонов смешанной слюны изучили у 19 пациентов 1 группы (14 ж и 5 м). Результаты исследования показали снижение содержания мелатонина как у мужчин, так и женщин. Кроме того, у 4-ёх мужчин наблюдалось уменьшение количества свободного тестостерона на фоне увеличения обеих ОУ СЖ и гипогонадизма. В секреции мелатонина важную роль играет симпатическая нервная система, которая регулирует его выделение с помощью норадреналина. Уменьшение уровня мелатонина соответствует расстройствам сна, депрессии и другим нарушениям со стороны психологического здоровья пациентов.

Ультразвуковое исследование СЖ провели у 20 пациентов 2 группы с целью верификации диагноза, при этом отметили увеличение околушных лимфатических узлов или слюнных желез (8 пациентов), если имелись признаки сопутствующего сиаладенита. У 12 пациентов отметили снижение эхогенности и васкуляризации паренхимы СЖ, но структура желез была однородной, с четкими и ровными контурами.

Сравнительный анализ результатов психологического исследования методикой SCL-90-R провели у 31 пациента 1-й группы (4-ая подгруппа), 2-й (30) и 3-й (30) групп.

Результаты показателей психоэмоционального состояния больных с учетом одной группы пациентов, принятых за 100 %, показали, что наибольшее число пациентов, выходящих за границы нормы любого показателя, было достоверно выше в 4-й подгруппе больных ( $52 \pm 9$  %) по сравнению с числом больных 2-й ( $17 \pm 7\%$ ) и 3-й ( $6 \pm 4\%$ ) группами.

Пациенты 4 подгруппы имели отклонения по всем основным шкалам SCL-90-R и испытывали психоэмоциональное напряжение.

Так же имелись достоверные отклонения между 2-й и контрольной группами в таких показателях как соматизация и дополнительные вопросы.

Пациенты с заболеваниями СЖ без признаков ксеростомии (2 группа) имели отклонения по 4-м основным методики. Пациенты контрольной группы имели отклонения только по 2-м основным шкалам.

Таким образом, пациенты с ксеростомией испытывали ухудшение качества и восприятия жизни и нуждались в коррекции психоэмоционального состояния для улучшения качества жизни.

Все пациенты 1 группы получали симптоматическое лечение с использованием сливозаменителей: спрея и геля «Xerostom». Так же пациенты получали комплексное лечение, в которое входили подкожные инъекции 1 % р-ра галантамина гидрохлорида (или нивалина) № 30 ежедневно, использовали курс наружных блокады в области слюнных желез, при этом 4 мл 5% раствора мексидола растворяли в 20 мл 0,5% раствора лидокаина.

Эффективность комплексного лечения при этом составила 84% от всего числа пациентов.

У 31 пациента 4-ой подгруппы для лечения провели коррекцию психоэмоционального состояния с помощью техники осознанности «Майндфулнесс».

При этом оценку результатов психологического состояния до и после лечения с помощью техники осознанности «Майндфулнесс» определяли с помощью повторного проведения опросника SCL-90-R. Мы установили, что терапия больных с использованием психологической техники осознанности Mindfulness позволила достоверно снизить число пациентов с такими показателями, как: «норма любого показателя» и «соматизации» (до лечения показатель «норма любого показателя» составлял  $52\pm 9\%$ , после лечения -  $19\pm 7\%$ , количество пациентов, выходящих за границы нормы показателя соматизации до лечения, составило  $19\pm 7\%$  после -  $3\pm 3\%$ ).

Больные ксеростомией чувствовали себя значительно лучше после проведения лечения с использованием психологической техники осознанности «Майндфулнесс», сухость рта переносилась ими без прежних страданий.

Статистический анализ показал достоверное улучшение эмоционального состояния пациентов (на 33% меньше, чем до начала лечения). Количество отклонений по количеству показателей приблизилось к пациентам контрольной группы. Полученные данные позволили нам рекомендовать включение в комплекс лечения пациентов с ксеростомией немедикаментозную психологическую технику осознанности.

В то же время результаты сиалометрии, вязкости, рН и числа МСЖ после терапии с использованием метода «Майндфулнесс» оставались на уровне долеченных мероприятий. Что вызывало необходимость дополнительного использования общепринятой терапии.

### **Выводы**

1. Большинство пациентов (35 %) с сиаладенозом относятся к среднему возрастному периоду (45–59 лет) и к периоду пожилого возраста (38 %). Чаще сиаладенозом страдают женщины (68 %).

Ксеростомия преимущественно развивается на фоне приема различных лекарственных средств (23 %), заболеваний щитовидной железы (17 %) и вегетососудистой дистонии (17 %).

2. У больных ксеростомией снижено число малых слюнных желез, повышена вязкость слюны и снижена скорость саливации. После лечения отмечается увеличение числа малых слюнных желез и скорости саливации соответственно на 15% и 17% и снижение вязкости на 23 %. Однако, нормальных величин не достигает.

3. Пациенты с ксеростомией имеют отклонения по всем основным шкалам методики SCL-90-R, отражающей отдельные психопатологические симптомы и испытывают эмоциональное напряжение. У них отмечается ухудшение восприятия качества жизни, и они нуждаются в коррекции эмоционального состояния. Признаки эмоционального напряжения чаще наблюдаются у женщин в среднем и молодом возрастных периодах (на 50% больше, чем у мужчин) . У мужчин эти отклонения преобладают в старом возрасте.

4. Коррекция психоэмоционального состояния больных ксеростомией с использованием психологической техники осознанности «Майндфулнесс» приводит к достоверному снижению степени выраженности ощущения сухости полости рта на 33%. В то же время объективные показатели саливации остаются на прежнем уровне.

#### **Практические рекомендации.**

1. Больные с сиададенозом должны быть обследованы врачом-стоматологом на наличие сухости полости рта и психологом с целью выявления эмоционального напряжения с помощью опросника SCL-90-R.

2. Лечение больных ксеростомией должно быть комплексным: использованием метода осознанности «Майндфулнесс» (Mindfulness), саливозаминителей и комплексное лечение, в которое входили подкожные инъекции 1 % р-ра галантамина гидрохлорида (или нивалина) № 30 ежедневно, курс проведения наружных блокад в области слюнных желез с раствором 0,5% лидокаина 10 шт., с добавлением 4 мл 5 % раствора мексидола.

#### **Публикации по теме диссертации:**

1. Результаты использования ополаскивателя Xerostom в комплексном лечении пациентов с ксеростомией / В. В. Афанасьев, Н. С. Винокуров // **Российский стоматологический журнал.** – 2020. – Т. 24. – № 5. – С. 318-320.

2. Ксеростомия как причина нарушения пищеварения / В. В. Афанасьев, С. Ю. Калининченко, Н. С. Винокуров [и др.] // **Вопросы диетологии.** – 2021. – Т. 11. – № 2. – С. 56-58.

3. Особенности психоэмоционального статуса пациентов с ксеростомией / В. В. Афанасьев, Н. А. Сирота, Н. С. Винокуров // **Российская стоматология.** – 2021. – Т. 14. – № 4. – С. 16-20.

4. Лечение больных радиационно-индуцированной формой ксеростомии с использованием саливозаменителей как составной части заместительной комплексной терапии / В. В. Афанасьев, О. Н. Титова, Н. С. Винокуров // **Российский стоматологический журнал.** – 2021. – Т. 25.

5. Ксеростомия. Диагностика и лечение различных форм./ В.В.Афанасьев, Н.С. Винокуров// Материалы 18-го Всероссийского стоматологического форума 11-13.02.2021, Москва, Россия. **Российская стоматология.**-2021.-Том 14.-№3.-С.26-27.

6. Особенности лечения больных истинной ксеростомией с использованием коррекции их психоэмоционального статуса / В. В. Афанасьев, Н. С. Винокуров, Н. А. Сирота // **Cathedra-Кафедра.** Стоматологическое образование. – 2022. – № 79. – С. 62-64.

7. Особенности психоэмоционального состояния больных, страдающих ксеростомией. Афанасьев В.В., Сирота Н.А., Винокуров Н.С. - **Вестник КГМА имени И.К. Ахунбаева.**- 2022.- № 2.- С. 42-44.

#### **Список сокращений:**

1. ОУ СЖ – околоушная слюнная железа
2. ПЧ СЖ – поднижнечелюстная слюнная железа
3. МСЖ – малая слюнная железа
4. ЧЛО – челюстно-лицевая область
5. МС – метаболический синдром
6. СШ – синдром Шегрена
7. БШ – болезнь Шегрена
8. ВСД – вегетососудистая дистония
9. СД – сахарный диабет
10. СКБ – слюннокаменная болезнь



Подписано в печать 07.12.2022 Заказ № 18107  
Тираж 100 экземпляров; объем п.л.: 1.0  
Отпечатано в типографии «Реглет»  
101000, г. Москва, Чистопрудный бульвар, д. 18  
(495) 971-22-77; [www.reglet.ru](http://www.reglet.ru)