

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ А.И. ЕВДОКИМОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

ВИНОКУРОВ НИКИТА СЕРГЕЕВИЧ

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

3.1.7. Стоматология (медицинские науки)

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
Заслуженный врач РФ,
доктор медицинских наук, профессор
Афанасьев Василий Владимирович

Москва – 2022

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

Список условных сокращений:

ОУ СЖ – околоушная слюнная железа

ПЧ СЖ – поднижнечелюстная слюнная железа

МСЖ – малая слюнная железа

ЧЛО – челюстно-лицевая область

МС – метаболический синдром

СШ – синдром Шегрена

БШ – болезнь Шегрена

ВСД – вегетососудистая дистония

СД – сахарный диабет

СКБ – слюннокаменная болезнь

Содержание

Введение	5
Глава 1. Обзор литературы.....	11
1.1. <i>Терминология, классификация, распространённость ксеростомии</i>	11
1.2. <i>Этиология и патогенез ксеростомии</i>	12
1.3. <i>Формы ксеростомии, ее клинические проявления и диагностика</i>	23
1.4. <i>Методы лечения больных с ксеростомией</i>	24
Глава 2. Материалы и методы.....	32
Глава 3. Результаты исследования	52
3.1. <i>Общая характеристика групп</i>	52
3.2. <i>Клинико-лабораторная характеристика больных 1 группы</i>	53
3.2.1. <i>Клинико-лабораторные характеристики больных 1 подгруппы</i>	57
3.2.2. <i>Клинико-лабораторные характеристики больных 2 подгруппы</i>	59
3.2.3. <i>Клинико-лабораторные характеристики больных 3 подгруппы</i>	62
3.2.4. <i>Клинико-лабораторные характеристики больных 4 подгруппы</i>	64
3.2.5. <i>Клинико-лабораторные характеристики больных 2 группы</i>	67
3.2.6. <i>Клинико-лабораторные характеристики больных 3 группы</i>	70
3.3. <i>Результаты анализа биохимического состава смешанной слюны у пациентов 1 группы</i>	71
3.4. <i>Анализ стероидных гормонов смешанной слюны у пациентов 1 группы</i>	73
3.5. <i>Анализ результатов психологического тестирования SCL-90-R у пациентов 1-ой группы 4 подгруппы, 2-ой и 3-ей групп</i>	74
3.6. <i>Лечение пациентов с ксеростомией</i>	78
3.6.1. <i>Коррекция психологического состояния пациентов 4 подгруппы помощью техники осознанности «Майндфулнесс» (Mindfulness)</i>	78
3.6.2. <i>Лечение пациентов с ксеростомией с использованием методов комплексной консервативной терапии</i>	82
Глава 4. Заключение.....	84
Выводы	92
Практические рекомендации.....	93
Список литературы	94

Введение

Актуальность исследования

Ксеростомия – означает нарушение саливации из-за уменьшения количества выделяемой слюны на фоне нарушения функции слюнных желез.

С каждым днем растет количество пациентов, обращающихся к врачам стоматологам с жалобами на данное состояние, также отмечается более молодой возраст пациентов, страдающих от данного симптома, что говорит о тенденции к омоложению данного состояния. Ксеростомия ощутимо влияет на качество жизни пациентов, именно поэтому совершенствование методов диагностики и лечения является актуальной проблемой для врачей стоматологов. Снижение скорости саливации приводит к проблемам таким как: затруднение акта глотания при приеме пищи, дискомфорт при длительном разговоре, снижение уровня местного иммунитета полости рта, болевые ощущения в полости рта, подверженность к травматизации слизистой оболочки полости рта.

По данным Афанасьева В. В. уменьшение количества выделяемой слюны - симптомом, диагностирующийся, при других патологиях слюнных желез или сопутствующей патологии систем или органов организма (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, астено-депрессивный синдром и др.). [20]

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 количестве пациентов с патологией слюнных желез. Так по данным Афанасьева В. В. и соавт. с 2009 по 2011 г. в отделение хирургической стоматологии ГБУЗ «Челюстно-лицевой госпиталь для Ветеранов Войн ДЗМ» обратилось 18 435 пациентов с заболеваниями по профилю «хирургическая стоматология», из них у 2157 пациентов диагностировали различную патологию слюнных желез, что является 11,7% от общего числа пациентов.

По данным зарубежных исследователей, было выявлено, что симптомы постоянной ксеростомии затрагивают около 3,8 % населения, а непостоянной - 12,2% [117]. В исследованиях, касающихся пожилых людей Японии (старше 70 лет),

ксеростомия наблюдалась у 37,3% пациентов (27,8% у мужчин и 47,3% у женщин) [126].

С каждым днем увеличивается количество пациентов с жалобами на сухость полости рта. Каждый пятый пациент на приеме врача стоматолога сообщает о наличии сухости полости рта, так же в последние годы наблюдается тенденция омоложения ксеростомии. Данное состояние стало диагностироваться в 10 – 25% случаев у пациентов 18 – 34 лет. Одной из причин роста заболеваемости является эмоционально – напряженное состояние жителей крупных городов, и впоследствии гормональные нарушения, которые влияют на секреторную активность СЖ [10].

Обычно ксеростомия как симптом развивается у больных с разной соматической патологией: сердечно-сосудистой системы (на фоне приема гипотензивных препаратов), эндокринной (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы), заболеваниями нервной системы, а также психическими расстройствами.

Фахрисламовой Л. Р. было выявлено, наличие взаимосвязи между развитием воспалительно-дистрофических заболеваний слюнных желез и психологическим состоянием пациентов. Что подтверждает влияние психоэмоционального состояния пациента на развитие сухости полости рта и возникновение обострения со стороны сиаладенита. [95]

В свою очередь это подтверждает наличие связи между ксеростомией и общим статусом пациентов. Однако, вопросы объективного определения психологического статуса пациентов с ксеростомией, его коррекции и необходимостью включения психологического лечения при симптоматическом лечении ксеростомии и основного заболевания СЖ по сей день остаются нераскрытыми и неизученными в полном объеме.

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 в условиях практического здравоохранения для пациентов с заболеваниями слюнных желез.

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 по обработанным и изученным результатам ранее разработанного и успешно использованного в клинике комплексного обследования 60 больных. Для обследования использовались методы исследования, которые успешно зарекомендовали себя в клинической практике, такие как: общие (опрос, сбор анамнеза, объективный осмотр, анкетирование пациентов), частные (сиалометрия смешанной слюны, определение вязкости слюны, подсчет малых слюнных желез, сиалография) и специальные (УЗ-исследование СЖ, биохимия смешанной слюны, анализ качественных показателей половых гормонов слюны). Все результаты были обработаны с помощью метода 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 меж-кафедральном 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).

Личный вклад автора

- Автором было проведено клинико-лабораторное обследование 120 пациентов из которых у 60 пациентов выявлена ксеростомия на фоне сиаладеноза (19 мужчин и 41 женщина), у 30 пациентов с выявленными заболеваниями слюнных желез без наличия симптомов ксеростомии (15 мужчин и 15 женщин), а также контрольной группы пациентов из 30 человек (15 мужчин и 15 женщин).

- Автором было проведено анкетирование 60 больных с патологией слюнных желез и 30 пациентов контрольной группы с помощью анкеты выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R).

- Автором была проведена статистическая обработка полученных результатов проведенных исследований, далее был проведен анализ, по результатам которого написано основное содержание диссертации, автореферат и научные статьи для диссертации.

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.

Глава 1. Обзор литературы

1.1. *Терминология, классификация, распространённость ксеростомии*

В последние время в Российской Федерации отмечался постепенный рост заболеваний слюнных желез (СЖ), который колебался в пределах 3 % - 24,5 % в общей структуре заболеваемости челюстно-лицевой области [7, 93, 47, 98].

По данным Довыденко А. Б. [44], частота встречаемости жалоб на сухость полости рта, то есть ксеростомии, достигала 16 % больных на стоматологическом приёме.

Болезни слюнных желез разнообразны. К ним относились: пороки развития и повреждения СЖ, реактивно-дистрофические процессы - сиаладенозы, различные формы острых и хронических сиалоаденитов, включая слюннокаменную болезнь, кисты СЖ, злокачественные и доброкачественные опухоли [2, 43, 3, 5, 13, 96, 11, 14, 12, 16, 85, 154, 117].

Заболевания СЖ, как правило, характеризовались незаметным началом, спокойным и длительным течением заболевания, периодическими обострениями хронического сиаладенита, что создавало затруднения при диагностике и дифференциальной диагностике заболеваний слюнных желез на начальных этапах. Одно из хронических заболеваний слюнных желез составляли сиаладенозы, которые в литературе встречались часто под следующими терминами: сиалоз, гипертрофия слюнной железы, сиалоаденопатия, синдром Харвата и др.

Впервые термин «сиалоз» был введен Т. Rauch в 1956 г. [148]. Данный термин истолковывается как: дистрофические заболевания слюнных желез, которые возникают на фоне общих нарушений в организме и приводят к изменениям выделительной функции различных паренхиматозных органов, а также слюнных желез.

На основании результатов своих исследований Т. Rauch [147] пришел к выводу, что причиной сиалоза является результат проникновение инфекции в железу из-за снижения её секреторной функции. По мнению автора это происходило на фоне различных, часто неясных, изменений в слюнных железах, приводящих к

развитию в них дистрофического процесса – сиалоза, переходящего затем в воспалительный процесс - сиалоаденит.

В. В. Афанасьев [18] считал, что правильным термином, обозначающим данное заболевание, является «сиаладеноз», так как патогенез заболевания затрагивает непосредственно слюнную железу, а не саму слюну («сиалоз»).

Согласно МКБ 10-го пересмотра, заболевания СЖ включены в 11 класс (K11) и имели следующую классификацию:

K11.0 – Атрофия СЖ. K11.1 – Гипертрофия СЖ.

K11.2 – Сиалоаденит (исключая: эпидпаротит (B 26) и увеопаротидную лихорадку Хирфорда (D 86.8).

K11.3 – Абсцесс СЖ. K11.4 – Свищ СЖ

K11.5 – Сиалолитиаз. K11.6 – Мукоцеле слюнной железы

K11.7 – Нарушение секреции слюнных желёз в виде: Гипосекреции, ксеростомии, гиперсекреции. K 11.8 – Другие болезни слюнных желёз

K11.9 - Болезнь слюнной железы неуточненная. Сиалоаденопатия БДУ.

Следует отметить, что нарушение секреции слюнных желез (гипосекреция, ксеростомия, гиперсекреция) являлись, по нашему мнению, симптомом при различных заболеваниях, но не являлись болезнью. Кроме того, так же и атрофия-гипертрофия СЖ являлись симптомами, а не болезнями СЖ.

В связи с вышеизложенными недостатками классификации МКБ-10, на данный момент в клинической практике в РФ врачами используется классификация заболеваний слюнных желез, которая была предложена проф. И.Ф. Ромачёвой и проф. В. В. Афанасьевым (2012 г).

В ней слюнные железы рассматривались в системе организма не как отдельно существующие органы, а как сложная структура взаимодействия с остальными железами внутренней и внешней секреции и зависели от общего физического и психологического здоровья.

1.2 Этиология и патогенез ксеростомии.

Согласно отечественным и зарубежным источникам, ксеростомия, как правило, наиболее часто возникала на фоне различных общих заболеваний организма,

снижения активности паренхимы, а именно ацинарной ткани слюнных желез, приема различных медикаментозных средств или возникала как следствие психосоматических заболеваний и радиотерапии злокачественных заболеваний челюстно-лицевой области.

Наиболее часто ксеростомия являлась ведущим симптомом различных синдромов и заболеваний слюнных желез, относящихся к сиаладенозу.

В связи с тем, что ксеростомия - сухость полости рта, возникала на фоне дистрофических заболеваний СЖ (сиаладеноза), необходимо рассмотреть статистические данные их распространенности.

В настоящее время данные о распространённости дистрофических заболеваний СЖ в РФ противоречивы. Так, по мнению Г.И. Ронь [79], распространённость сиаладенозов достигала 79,6%. В тоже время по данным В. В. Афанасьева [8] 51% пациентов с сиаладенозом приходится на группу пациентов пожилого возраста, 38% – на пациентов II периода зрелости. Ксеростомия была диагностирована у 9 % больных, страдавших дистрофическими заболеваниями СЖ преимущественно неврогенного генеза или синдромом Шегрена.

И. Ф. Ромачева и соавторы [48] рассматривали ксеростомию как симптом дистрофических заболеваний СЖ, характер которых носил реактивно-дистрофический процесс. Авторы выделили следующие формы сиаладеноза, возникавшие на фоне: нейроэндокринных заболеваний; аутоиммунных и ревматических процессов (Синдром - Болезнь Шегрена, синдром - болезнь Микулича, синдромы Кюттнера, Харвата, метаболический и др.).

Семенченко Г. И., Коваленко А. Ф. выделяли 5 форм сиаладеноза:

- «- аллергические (на фоне псориаза, склеродермии, полиартрита, СШ и др.);
- метаболические (нарушение обмена веществ, цирроз печени, эндокринные заболевания);
- нервно-рефлекторные (посттравматические и постоперационные);
- циркуляторные (при сосудистых заболеваниях);
- смешанные.»[86]

В.С. Колесов [53] в своей работе показал, что сиаладенозы действительно относятся к дистрофическим изменениям паренхимы СЖ, возникающих на фоне секреторных нарушений вследствие общих заболеваний организма. Автор выделил следующие формы сиаладенозов: нейрогенные; эндокринные; смешанные; связанные с нарушением питания; неясного генеза.

По мнению Соколенко В. Н., Силенко Ю. И. [89] появлению ксеростомии способствовала психологическая травма из-за резкой активации перекисного окисления липидов в тканях слюнной железы, что, в свою очередь, увеличивало опасность развития заболеваний СЖ.

Косенко А. Ф., Добровольская З. А. [58] доказали взаимосвязь между гипоталамо-гипофизарным барьером и секреторной функцией слюнных желез. Результаты их исследований показали, что при раздражении коры грушевидной извилины происходило торможение гипоталамических механизмов, которое приводило к уменьшению секреции СЖ, что указывало на преимущественное значение в развитии ксеростомии нервной системы.

Коротко Г.Ф и соавт. [57] обнаружили, что во время стресса в 4 раза увеличивалось количество амилазы в слюне. Также в секрете СЖ был обнаружен гормон гастрин, который в норме не должен был выделяться слюнными железами, что подтверждало мнение Коротко Г.Ф и соавт. о роли нервной системы в развитии ксеростомии

Аракелян М. Г. [10] в своей диссертации показала, что причиной ксеростомии мог послужить стресс, нервное напряжение, а также длительная депрессия. Для определения стрессоустойчивости пациенты проходили тест С. Коухена и Г. Виллиансона. На основании данных тестов, у 18 человек диагностировали ксеростомию на фоне стресса неврогенного генеза.

Группа исследователей из Саудовской Аравии показали, что, пандемия COVID-19 оказывает влияние на психическое здоровье пациентов, усиливая чувство тревоги и депрессии, из-за изоляции, страха смерти, социального дистанцирования, находящихся на карантине, и резких изменений в повседневной жизни. Депрессия может иметь серьезные последствия для здоровья полости рта, включая

кариес и потерю зубов, с последующим снижением качества жизни. Пандемия COVID-19 оказывает косвенное негативное влияние на здоровье полости рта, влияя на психическое здоровье пациентов [109].

Исследования показали, что психологические нарушения, эмоциональная нестабильность могут играть роль в развитии ксеростомии. Психологические изменения воздействуют на организм разнонаправленными и тесными взаимосвязями между нервной, иммунной и эндокринной системами. Возникновение ксеростомии у эмоционально нестабильных пациентов можно объяснить различными нейрофизиологическими, нейрохимическими и нейробиологическими изменениями, связанными с психосоциальными расстройствами. Поскольку слюнные железы регулируются вегетативной нервной системой, процессы, влияющие на уровни медиаторных веществ в этой системе, влияют на функцию слюнных желез. Изменения мозгового кровотока и метаболизма при психологических расстройствах приводят к стимуляции латеральных и паравентрикулярных ядер миндалевидного тела. Это, в свою очередь, приводит к вегетативному возбуждению и повышению уровня кортизола в плазме, что приводит к изменению секреции слюны [155].

В одном из исследований ксеростомия была более распространена в младшей возрастной группе. Причиной может быть изменение образа жизни и конкурентоспособности, особенно городской молодежи, повышение уровня стресса, связанного с личной и профессиональной жизнью, и отсутствие жизненных навыков, чтобы справиться с ним [155].

Ряд исследователей [36, 37, 153] обнаружила изменения концентрации кортизола и α -амилазы в секрете СЖ в случае тревожных состояний и стрессе. От уровня тестостерона зависело психоэмоциональное состояние пациента, его склонность к агрессивности и депрессии. В данных работах было доказано влияние положительного психоэмоционального состояния на качество смешанной слюны и необходимость учета данного состояния в лечении пациентов.

Многие авторы отмечают, что сухость полости рта так же появлялась после длительного приёма различных медикаментозных средств: гипотензивных

препаратов, нейролептиков, холинолитиков, антидепрессантов, седативных гомеопатических и др. препаратов.

Результаты метаанализа подтверждают, что определенные препараты, применяемые при недержании мочи, антидепрессанты и психолептики, в значительной степени связаны с появлением сухости полости рта. Риск появления ксеростомии был наибольшим при приеме препаратов, используемых для лечения недержания мочи, для которых вероятность ксеростомии была в 6 раз выше, чем в группе плацебо. Наиболее распространенными препаратами, вызывающими ксеростомию, были лекарственные средства, действующие на мочеполовую и нервную системы, при этом наиболее часто упоминаемыми препаратами были толтеродин, дулоксетин и оксibuтинин. Толтеродин – урологический препарат, назначаемый при гиперактивности мочевого пузыря, частыми императивными позывами к мочеиспусканию или недержанием мочи является м-холиноблокатором, оксibuтинин – является неселективным м-холиноблокатором, назначается при недержании мочи, обусловленным нестабильностью функции мочевого пузыря нейрогенного характера. Дулоксетин – селективный ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина, относится к группе антидепрессантов.

Так имеются данные о значительных различиях в частоте вероятности возникновения ксеростомии между различными классами лекарственных препаратов. Вероятно, это связано с различиями в механизме действия между классами препаратов и внутри них. Наибольшая вероятность ксеростомии наблюдалась у препаратов, применяемых для лечения частоты мочеиспускания и недержания мочи, отмечалось увеличение риска сухости во рту на 25% и является клинически значимым, учитывая, что сухость во рту развилась у 1 из 4 пациентов, получавших урологические препараты. Антидепрессанты и психолептики были связаны с увеличением риска возникновения ксеростомии на 9%, это указывает на то, что каждый 11 человек, получавший лечение, будет испытывать сухость во рту, вызванную приемом лекарств [131].

В Таиланде в 2012 году было проведено исследование, в которое были включены 400 человек, в том числе 200 пациентов с гипертензией, принимавших

антигипертензивные препараты, и 200 человек из контрольной группы. Оценивалось состояние здоровья полости рта субъекта, скорость потока слюны и количество микробиоты полости рта. Так распространенность симптома сухости полости рта в группе пациентов с гипертензией составила 50%, тогда как в контрольной группе ксеростомия была только у 25,5% ($p < 0,05$), средняя скорость стимулированной слюны в группе пациентов, получавших антигипертензивные препараты ($0,73 \pm 0,30$ мл/мин) была значительно ниже, чем в контрольной группе ($1,31 \pm 0,34$ мл/мин) ($p < 0,05$) [140]. Учитывая вышеизложенное, становится ясно, что сухость полости рта чаще встречались у больных АГ, принимающих антигипертензивные препараты.

Также ксеростомию выявили у больных с наличием сопутствующей патологии и состоянии хронического стресса [41, 63, 75, 124, 162].

Greenspan D. [124] отметила, что заболевания слюнных желез, протекавшие на фоне ВИЧ-инфекции, имели схожую клиническую картину, как при Синдроме или болезни Шегрена.

Ряд авторов [42] отмечали прямую взаимосвязь между количеством зубов и функцией слюноотделения: при уменьшении количества зубов снижалась функция слюноотделения.

Другая группа ученых [152] указала, что при нарушении глотания происходила атрофия паренхимы слюнных желез и появлялась сухость в полости рта.

Некоторые авторы выявили тесную взаимосвязь заболеваний СЖ и патологию эндокринной системы организма. Так, у пациентов с различными заболеваниями эндокринной системы были диагностированы дистрофические изменения в околоушных и поднижнечелюстных слюнных железах в 30 % случаев [69].

Рыбакова М. Г. [81] установила тесное взаимодействие слюнных желез с поджелудочной железой: при усиленной работе поджелудочной железы снижалась активность слюнных желез.

По данным литературы было установлено, что при сахарном диабете частота диагностики дистрофических заболеваний (сиаладеноза) слюнных желез

находилась в диапазоне от 12 % до 22%, а общее количество заболеваний СЖ на фоне сахарного диабета составляло до 34 % случаев [38, 51, 61, 68].

Большое количество исследователей подтвердили наличие синдрома Харвата (безболезненное увеличение околоушных желез) у пациентов с сахарным диабетом, что, вероятно, напрямую зависело от продуцирования инсулиноподобного вещества протоковым эпителием слюнных желез в случае нарушения секреции поджелудочной железы [51, 61, 4, 70].

Было установлено, что инсулиноподобный белок, вырабатываемый слюнными железами, идентичен инсулину поджелудочной железы по составу и свойствам. В экспериментальных работах было выявлено восполняющее свойство инсулиноподобного белка по отношению к недостаточности секреторной активности поджелудочной железы. Помимо этого было отмечено, выделение факторов роста слюнными железами, которые обладают свойством ускорять рост эритроцитов и гранулоцитов [40, 146].

Е. А. Шубникова [97] обнаружила, что при компенсации выработки инсулиноподобного белка происходила гипертрофия поднижнечелюстных слюнных желез. Так же было доказано, что инсулиноподобный белок продуцировался и подъязычными слюнными железами.

Ряд исследователей показал, что у пациентов с сахарным диабетом ксеростомия возникала из-за изменения качественного состава слюны: увеличения её вязкости и уменьшения активности фермента α -амилазы [99, 69, 150].

Н. Н. Михайленко [64] отметила признаки ксеростомии у пациентов с сахарным диабетом. Эти симптомы не зависели от длительности заболевания или возраста пациента.

Подводя итог результатам исследований, можно сделать вывод, что нарушения метаболизма тканей в организме, а также сосудистые нарушения, связанные с таким заболеванием как сахарный диабет, могли приводить к патологическим изменениям во многих различных тканях и органах и, в частности, в слюнных железах. В приведенных исследованиях было отмечено наличие гипертрофии -

увеличения размеров слюнных желез при заболеваниях поджелудочной железы, что являлось доказательством взаимосвязи слюнных и поджелудочной желез.

Слюнные железы связаны с другим важным органом эндокринной системы как щитовидная железа. Наличие сиаладеноза отмечалось на фоне различных заболеваний щитовидной железы таких как: гипотиреоз, диффузный токсический зоб, аутоиммунный тиреоидит и др. [84]. Секреторную функцию слюнных желез также регулировали гормоны щитовидной железы. Так же имелись данные о взаимосвязи слюнных и щитовидной желез в регуляции обмена тиреотропных гормонов и йода. [13, 41].

А. Д. Луканева [62] в своем исследовании провела эксперимент, в котором доказала, что секреция железы увеличивалась в два раза после введения тиреоидина за счет увеличения количества нуклеиновых клеток в тканях слюнной железы; а при введении синтетического тиреостатического препарата уменьшалась масса поднижнечелюстных слюнных желез и общая скорость слюноотделения.

Ряд авторов отметили, что на фоне аутоиммунного тиреоидита возникала сухость полости рта – ксеростомия, за счет уменьшения функции слюнных желез. Так же имело место изменение состава слюны и уменьшение её антибактериальной функции [90].

Г.А. Асиятилов [11] отметил, что сиаладеноз развивавшийся на фоне патологии щитовидной железы, приводил к снижению слюноотделения и увеличению вязкости слюны.

А. Б. Мохначева [65] показала, что у пациентов с гипотиреозом уменьшалась секреция малых и больших слюнных желез, что клинически проявлялось в виде ксеростомии разной степени выраженности. Результаты гистологических исследований малых слюнных желез показали развитие фиброза секреторных ацинусов за счет их атрофии. Было отмечено увеличение слюнных желез и нарушение их трофики за счет нарушения процессов микроциркуляции.

Многие исследователи отмечали взаимосвязь между функцией слюнных желез, состоянием репродуктивной функции организма и балансом половых гормонов.

В. В. Афанасьев [24] отмечал, что при эпидемическим паротите в 30–40 % случаев развивалось мужское бесплодие. При этом интерстициальный сиаладеноз наиболее часто встречался у мужчин с хроническим простатитом [25].

Было установлено, что слюнные железы имели тесную взаимосвязь с простатой. Так при заболеваниях предстательной железы происходили функциональные и структурные изменения в слюнных железах, дистрофия слюнных желез, характерными признаками которой являлись: атрофия и склероз ацинарной ткани, что приводило к сухости полости рта [6, 142, 127, 145].

Описаны результаты взаимодействия слюнных желез и женской репродуктивной системы. Во время овуляции происходило изменения вязкости слюны, а во время климактерического периода снижалась саливация, приводящая к сухости полости рта [81, 143]. Слюноотделение было снижено в группе пациенток в период менопаузы, что свидетельствует нарушении функции слюнных желез, что может быть вызвано возрастными физиологическими изменениями или изменениями уровня гормонов, что подтверждается обнаружением рецепторов половых гормонов в слизистой оболочке полости рта и СЖ. Было продемонстрировано, что распространенность ксеростомии, выше у женщин в менопаузе, чем у женщин в пременопаузе. Хотя у женщин в период менопаузы отсутствуют симптомы сухости полости рта, однако, у них наблюдается снижение слюноотделения [136,105].

Капельян В.Д. [50] в своей экспериментальной работе на самцах крыс показал, что имелась взаимосвязь слюнных и половых желез. Так, при уменьшении функции семенников происходили изменения размеров больших слюнных желез и снижение скорости слюноотделения. При этом околоушные слюнные железы подвергались атрофии, а поднижнечелюстные в свою очередь наоборот – были гипертрофированы, так же было отмечено изменение в составе слюны. Автор отметил, что структурные изменения в слюнных железах происходили по типу сиаладеноза.

Степаненко Р. С. [92] показал, что у всех пациентов с гипогонадизмом происходило двустороннее увеличение ОУСЖ, снижалась скорость слюноотделения и увеличивалась вязкость слюны до 2 стадии: до 1 см на разрыв.

В литературе описаны данные об обратной взаимосвязи состояния СЖ и заболеваний желудочно-кишечного тракта. Так, удаление околоушных и поднижнечелюстных слюнных желез приводило к развитию патологии в желудочно-кишечном тракте. Чаще всего данная патология проявлялась у пациентов с удаленными поднижнечелюстными слюнными железами (62 %) и в 3 раза реже у пациентов с удаленными ОУСЖ (21 %). Основываясь на данных фактах, можно констатировать факт, что слюнные железы являлись важной функциональной единицей пищеварительной системы [16, 47, 8, 18, 93].

После экстирпации слюнных желез снижался противомикробный барьер ротовой полости, основу которого составляли ферменты слюнных желез. Так же страдала функция пищеварения в связи с патологией со стороны слюнных желез, которые являлись первым этапом механизма пищеварения и всасывания питательных веществ [52].

Имелись данные о взаимосвязи СЖ и мочевыделительной системой организма человека. Так, у пациентов с хронической почечной недостаточностью слюнные железы частично брали на себя выделительную функцию конечных продуктов катаболизма, которая приводила к поражению ткани слюнных желез и ксеростомии [76, 113].

Неустроев В. В. и Чумаченко П. А. [66] при исследовании СЖ, полученных из трупных материалов, показали, что в возрасте 16 - 40 лет происходило увеличение соединительнотканного компонента в их структуре, а размеры долек секреторных отделов имели тенденцию к уменьшению.

Ряд иностранных исследователей отмечали, что к 50 годам жизни в слюнных железах начинался процесс жировой дистрофии [138, 123].

Гаубеншток Л.М. [32] в 1992 обнаружил, что имелась прямая корреляция между малыми слюнными железами и возрастом пациентов. Так, у людей с возрастом происходило уменьшение числа малых слюнных желез с высокой секреторной активностью и появлялись малые слюнные железы с низкой выделительной функцией.

В экспериментальных работах на крысах было отмечено, что у старых крыс имелись выраженные структурно-функциональные нарушения со стороны слюнных желез, что приводило к уменьшению секреции слюны [80].

Л. В. Кулаева [59] установила, что в старшей возрастной группе происходило увеличение объема соединительной и жировой ткани в структуре слюнных желез.

Мамаджонова Ш. Г. [31] в своей работе показала возрастные изменения в структуре СЖ: при старении в околоушной слюнной железе 50 % концевых отделов замещалось жировой тканью, а в субэпителиальной структуре слюнных желез отмечались диффузные скопления лимфоидной ткани. Эти процессы протекали как в малых слюнных железах, так и в больших. Так же было отмечено, что после 60 лет имела атрофия железистых отделов, что приводило к сухости полости рта.

Ксеростомия так же наблюдалась у пациентов с вегетососудистой дистонией, однако диагностика основного заболевания чаще всего была затруднительна [29, 28].

По данным Жмурина В.П. [46] при вегетососудистой дистонии имела неустойчивость вегетативных нарушений и прямо пропорциональная зависимость от эмоционального состояния пациента, что приводило к сухости в полости рта.

При патологоанатомическом исследовании околоушных слюнных желез пациентов, в анамнезе которых присутствовала ишемическая болезнь сердца, были выявлены изменения в структуре желез, связанные с гипоксическим состоянием тканей железы. Также отмечалась атрофия паренхимы железы и уменьшение размеров концевых отделов и долек, а также выявлено разрастание соединительно-тканного компонента желез [83].

К. В. Комарова [54] отмечала, что причинами ксеростомии, мог быть, прием лекарственных средств, а также такие общесоматические заболевания как:

- заболевания сердечно-сосудистой системы в 37,5 % случаев;
- желудочно-кишечного тракта в 27,5 % случаев;
- эндокринной системы в 25 % случаев;
- опорно-двигательного аппарата в 22,5 % случаев.

Принимая во внимание все изложенные факты становится ясно, что слюнные железы тесно взаимосвязаны со всеми системами и органами. Нарушение гомеостаза любой системы организма неизбежно отражалось на морфологической и функциональной структуре слюнных желез. Также имелась и обратная взаимосвязь слюнных желез с системами органов, о чем свидетельствовал тот факт, что при заболеваниях СЖ страдала функция различных органов и систем.

1.3 Формы ксеростомии, ее клинические проявления и диагностика

На данный момент выделяют объективную и субъективную формы ксеростомии. Объективная форма ксеростомии характеризуется клинически значимым уменьшением функции слюноотделения малых и больших слюнных желез. При субъективной форме ксеростомии скорость слюноотделения и количество выделенной слюны за определенный промежуток времени остается в норме, но пациент испытывает ощущения сухости полости рта. Наиболее часто субъективная форма ксеростомии возникает на фоне неврологических заболеваний или нарушении психологического здоровья пациента.

Ряд исследователей сообщали [41, 72, 27, 26, 33, 35, 137], что норма скорости слюноотделения не стимулированной слюны варьируется в пределах 0,3 – 0,5 мл/мин, а стимулированной слюны варьируется в пределах 4,0 – 5,0 мл/мин.

Нижник А.Н. [67] отмечал, что при сдаче анализа слюны на стероидный профиль, скорость слюноотделения у пациентов составляла 0,5 мл/мин.

Афанасьев В. В. и Павлова М.Л. в своих работах [20, 72] провели сравнительную характеристику выделительной функции слюнных желез у пациентов с ксеростомией. В этих исследованиях авторы выделили степени ксеростомии: при I степени ксеростомии скорость слюноотделения находится в диапазоне 1,6–2,5/мин, II степень – 0,6–1,6 мл/мин, III степень – 0–0,6 мл/мин.

Ксеростомию подразделяют на три стадии:

- начальную,
- клинически выраженную,
- позднюю.

Для начальной стадии ксеростомии характерны следующие жалобы и клинические проявления: пациенты иногда ощущают сухость полости рта, чаще отмечающуюся при длительном разговоре. Клинических подтверждений патологии полости рта или объективного снижения секреции при обследовании не отмечается. Сухость полости рта подтверждается только субъективными ощущениями пациентов.

Клинически выраженная стадия сопровождается такими жалобами от пациентов как: постоянное ощущение сухости полости рта и усиление данного ощущения при приеме пищи и длительных разговорах. Клиническая картина: слизистая оболочка полости рта слабо увлажнена, цвет – бледно-розовый; отмечается сниженное количество слюноотделения, повышенная вязкость и пенистость слюны. Слюна из протоков СЖ выделяется по капле.

На поздней стадии отмечается постоянное ощущение сухости полости рта. Сильные затруднения в приеме пищи пациенты вынуждены запивать водой. При массировании желез слюна из протоков не выделяется. Свободной слюны было мало, она вязкая и пенистая. При осмотре у пациентов отмечались трещины губ и на слизистой оболочке полости рта. Местами отмечались язвенные поражения полости рта. При исследовании скорости слюноотделения слюну получить не удавалось [9,34 ,55, 94, 115].

1.4 Методы лечения больных с ксеростомией

До настоящего времени имеются значительные трудности при лечении пациентов с ксеростомией. Немаловажное значение для назначения комплекса лечения сухости полости рта имеет выяснение её причин и определение степени её выраженности.

Курс лечения больных ксеростомией должен быть согласован с врачами общего профиля, так как её причиной могут быть общие соматические заболевания, прием лекарственных средств и др.

Лечение пациентов носит консервативный характер и осуществляется в амбулаторных условиях. Оно заключается в стимуляции функции слюнных желез и лечении заболеваний, способствующих развитию ксеростомии.

У пациентов, прошедших курсы лучевой и химиотерапии по поводу онкологических заболеваний челюстно-лицевой области, терапия, в основном, носит симптоматический характер, так как в зону облучения или воздействия химиопрепаратов попадают большие и малые слюнные железы, что приводит к частичной гибели паренхимы (ацинарной ткани) слюнных желез. У данной группы больных рекомендуется использовать препараты, обладающие функцией защиты слизистой оболочки полости рта и облегчающие симптомы ксеростомии [34, 100, 108, 133].

Так как слюнные железы реагируют на раздражение вкусовых рецепторов языка, активность жевательных мышц, а также давление периодонта, - для стимуляции слюноотделения назначают жевательные резинки, сосание кислых леденцов и употребление в пищу кислых продуктов. Однако, данный метод имеет быстропроходящий эффект, также возможно раздражение слизистой оболочки полости рта ингредиентами лимонной кислоты, входящей в состав жвачек, возможна деминерализация твердых тканей зубов. Употребление сахаросодержащих леденцов и жевательных резинок противопоказано пациентам с сахарным диабетом и множественным кариесом зубов.

Некоторые врачи для уменьшения жалоб больного на сухость рта и дисфагию, рекомендуют использовать простую воду [60, 78].

Ксеростомия возникает на фоне развития реактивно-дистрофических процессов слюнных желез – сиаладеноза, поэтому для ее лечения использовались методы, направленные на улучшение трофики СЖ. С этой целью использовали различные методы, направленные на повышение функциональной активности СЖ. «К ним относились: подкожные инъекции 1 % раствора галантамина гидрохлорида в течение месяца, внутримышечные инъекции пирогенала, прием 2 - 5 % раствора йодистого калия внутрь, курсы новокаиновых блокад» [77], «наложение компрессов в области слюнных желез с 30% раствором димексида» [88].

Так же для стимуляции слюноотделения использовали иглорефлексотерапию, гирудотерапию (и новокаиновые блокады в верхнего шейного ганглия, который являлся частью симпатической нервной системы [39, 45, 74, 73, 130]. Также

хорошие результаты отмечены после проведения электрофореза в области СЖ с использованием витамина С [82].

Ирмияевым А.А. была проведена сравнительная диагностика изменений после проведения лечения больных ксеростомией при помощи блокад проводимых в области СЖ наружным методом на основе новокаина или лидокаина с использованием 5 % раствора мексидола. Автор показал эффективность данного метода лечения: у 68 % пациентов удалость достичь положительных результатов. Эффективное действие препарата наблюдалось у пациентов с лимфогенным паротитом Герценберга (100 %) и сиаладенозом (80 %), однако применение препарата у больных с синдромом Шегрена и «воспалительной опухоли» Кюттнера оказалось малоэффективным (17 %)[49].

Многие авторы предлагали системную стимуляцию слюноотделения и увеличение общей резистентности организма за счет витаминотерапии и другие методы лечения.

Афанасьев В. В. [56] показал, что для повышения общего иммунитета больных, страдавших ксеростомией, необходимо назначать микроэлементы и различные группы витаминов, а также проведение внутрипротокового ультра-фиолетового облучения СЖ.

В связи с повышением перекисного окисления липидов у пациентов с сиаладенозом в комплексной терапии рекомендовалось использование антиоксидантных средств [71].

Афанасьев. В.В [17] и Великовская Н.В [30] в своих исследования показали положительные результаты после применения гипербарической оксигенации (ГБО) при лечении пациентов с сиаладенозами.

Великовская Н.В. [30] получила положительный эффект от лечения у 70 % больных с дистрофическими заболеваниями слюнных желез несмотря на то, что метод ГБО применялся у данной группы пациентов как монотерапия. Данный метод лечения у пациентов с интерстициальным сиаладенозом был эффективен в 78 % случаев, у больных с протоковой формой сиаладеноза эффективность достигала 62 %. Высокая эффективность ГБО-терапии сохранялась у 62 % пациентов до 6

месяцев, у 31% больных положительная динамика наблюдалась в сроки от 6 до 12 месяцев. По данным исследователей метод ГБО-терапии можно использовать для лечения пациентов с различными формами ксеростомии, при этом ГБО-терапия приводила к увеличению скорости слюноотделения и снижению вязкости слюны. Использование данной методики приводило так же и к качественному изменению состава слюны, так как восстанавливался биохимический состав смешанной слюны.

На данный момент для системной стимуляции слюноотделения некоторые авторы используют раствор пилокарпина гидрохлорида. Пилокарпин является м-холиномиметиком поэтому при его применении усиливалась секреция слюны, желез желудка-кишечного тракта, слизи в бронхах, слезотечение и потоотделение. Однако, в связи с имеющимися противопоказаниями и быстрому прекращению саливостимулирующего эффекта, в настоящее время пилокарпин редко применяется в практике врача-стоматолога для лечения больных ксеростомией.

Р.С Fox и соавторы в своих исследованиях показали, что приём 9 мг пилокарпина 3 раза в день эффективен в течение всего времени приёма у пациентов с гипофункцией слюнных желез [121, 122, 120, 119].

Greenspan D [124] изучал действие пилокарпина у пациентов с ксеростомией после лучевой терапии. При этом у 75 % обследованных наступало увеличение скорости слюноотделения и уменьшение субъективных ощущений сухости полости рта. Однако пилокарпин мог вызывать осложнения со стороны сердечно-сосудистой и легочной систем. В исследованиях эффективности пилокарпина, по соображениям безопасности, пациенты с обострениями заболеваний сердца и легких были исключены. Поэтому из-за возможных осложнений пилокарпин не рекомендовался пациентам с ксеростомией, вызванной такими препаратами, как бета-блокаторы, антихолинергические средства, антидепрессанты или антигистаминные препараты. Более того, их действие могло вызвать тошноту и головокружение [141,161].

Кроме того, для увеличения слюноотделения также использовали бромгексин и низатидин [106, 139].

На данный момент иностранные научные сообщества исследуют методы защиты клеток слюнных желез для предотвращения ксеростомии на фоне лучевой терапии. Сухость полости рта после лучевой терапии связана с необратимыми повреждениями ацинарных клеток и нарушением их функции. Предотвращение гибели ацинарной ткани облученных клеток (предотвращение образования свободных радикалов и защита молекул ДНК) может быть обеспечена цитопротекторными препаратами [102]. Одним из таких цитопротекторных препаратов являлся амифостин, механизм защиты клеток которого происходил путем удаления свободных от кислорода радикалов и донорства водорода для восстановления поврежденных молекул. Исследования показали, что это позволяло предотвратить ксеростомию [103, 144].

Имелись исследования, показавшие потенциальное использование генной терапии для защиты слюнных желез от вредного воздействия ионизирующего излучения. В доклинических исследованиях на животных (где исследуемыми животными были миниатюрные свиньи массой 30-40 кг), рекомбинантный аденовирус с дефицитом репликации, кодирующий аквапорин-1 человека (hAQP1) вводили в облученные поднижнечелюстные железы, в которых наблюдалось трехкратное увеличение секреции слюны по сравнению с железами, обработанными контрольным вирусом без репликации аквапорина – 1 [128, 101, 112].

При лечении ксеростомии, возникшей на фоне лучевой терапии или у больных синдромом (болезнью) Шегрена рекомендовалось применять симптоматическую терапию, направленную на восстановление биологических и физико-химических свойств смешанной слюны.

Ряд иностранных исследователей для лечения ксеростомии предложили аппликации водорастворимого экстракта семян льна, для увлажнения слизистой оболочки полости рта [111].

Серебренников Л. Е. [87] для симптоматического лечения пациентов с ксеростомией на фоне сиаладеноза применял минеральную воду «Харьковская 1» и половые гормоны.

Обычно, когда симптомы сухости полости рта были незначительно выражены, пациенты принимали большое количество воды, которая не была способна обеспечить достаточное увлажнение слизистой оболочки и не имела антимикробных свойств. Поэтому многие авторы для лечения больных ксеростомией использовали препараты искусственной слюны, которые характеризовались более высокой вязкостью, чем вода, аналогично вязкости натуральной слюны. Эти саливозаменители обеспечивали защиту тканей слизистой оболочки, облегчали речь, прием пищи и противодействовали развитию кариеса зубов или воспалению слизистой оболочки полости рта.

Заместители слюны содержали вещества природного происхождения (муцин, лизоцим, лактоферрин), обеспечивающие высокую биосовместимость. Эти препараты основаны на реологических модификаторах (ксантановая и гуаровая камедь, карбоксиметилцеллюлоза, глицерин), электролиты, консерванты и подсластители [135, 107]. Результаты исследований показали, что у пациентов с ксеростомией после лучевой терапии коммерчески доступные препараты искусственной слюны значительно уменьшали симптомы сухости рта [151, 129, 114]. Также, саливозаменители предупреждали необходимость частого приема воды, увлажняли слизистую оболочку рта и уменьшали ощущение дискомфорта в полости рта. Однако многие из них не обеспечивали долговременный эффект [158].

Новые типы заменителей слюны, часто в форме гелей, жидкостей для полоскания рта или спреев, использовались для имитации некоторые свойства человеческой слюны и содержали антимикробные вещества, обладали некоторыми буферными и реминерализующими свойствами. Согласно предыдущим исследованиям [149, 159, 132, 160], препараты на основе муцина кажутся лучше, чем препараты на основе карбоксиметилцеллюлозы, из-за реологических и смазывающих свойств.

Хорошие результаты *in vitro* были получены для заменителей, содержащих природные компоненты, такие как лизоцим, гиалуроновая кислота или пероксидаза [116].

Группа иранских исследователей провела анализ лечения с помощью увлажняющего геля Veramin у пациентов с ксеростомией. В состав данного препарата

входят гель на основе алоэ вера, который содержит мукополисахариды и аминокислоты, способствующие увлажнению слизистой оболочки полости рта.

Еще одним компонентом геля, используемого в данном исследовании, было эфирное масло мяты перечной. [157].

В 2009 году группа ученых из Израиля провела клинико-экспериментальное исследование, суть работы заключалась в применении медицинского гипноза у пациентов с ксеростомией после лучевой терапии. В данном исследовании приняло 15 пациентов, однако, курс лечения завершили только 12 пациентов. После встречи с гипнотизером два пациента отказались продолжать, один из страха перед гипнозом, а другой из твердой уверенности, что это ему не поможет. Третий пациент был исключен из исследования гипнотизером из-за крайней недоверчивости во время гипнотического интервью.

Восемь пациентов сообщили) улучшении симптомов ксеростомии через 12 недель. Скорость слюноотделения увеличилась у девяти пациентов после гипноза, но не было достоверной корреляции между величиной изменения скорости слюноотделения до и после лечения. О побочных эффектах после гипноза не сообщалось. Улучшение симптомов не коррелировало с увеличением слюноотделения после гипноза, но наблюдалась значительная корреляция между величиной улучшения общих симптомов и степенью воздействия процесса гипноза: пациенты, которые слушали компакт-диск с гипнозом, чаще имели значительно лучшие результаты, чем те, кто слушал меньше. Однако, сами авторы отмечают о слишком маленькой группе пациентов, отсутствии пациентов контрольной группы и возможным эффектом плацебо, поэтому по их мнению необходимы дальнейшие исследования [125].

В другой работе показали, что использование медитации осознанности привело к небольшому уменьшению интенсивности головных болей по сравнению с медикаментозным лечением. Также использование техники медитации привело к значительному улучшению качества жизни у людей страдающих депрессией, связанной с физическим и психическим здоровьем [134].

Афанасьев В. В., Сирота Н.А., Винокуров Н.С. [22] показали изменения эмоционального состояния пациентов с ксеростомией и необходимость коррекции психологического состояния больных в комплексной терапии.

Таким образом, анализ литературы по ксеростомии показал, что в настоящее время разработаны различные методы по диагностике и лечению больных сухостью полости рта. В то же время вопросы диагностики, совершенствования известных и разработка новых методов лечения и реабилитации больных ксеростомией еще недостаточно изучены и требуют дальнейших исследований, особенно в плане междисциплинарного подхода к лечению данной группы пациентов. Учитывая риск возникновения ксеростомии на фоне приема антидепрессантов, мы решили исследовать психологический метод лечения пациентов с ксеростомией.

Глава 2. Материалы и методы

В период с 2019 по 2022 год было проведено комплексное обследование и лечение 60 пациентов с истинной ксеростомией, протекавшей на фоне сиаладеноза или сиалоаденита.

Возраст пациентов находился в диапазоне 30–90 лет; из них мужчин было 19, женщин - 41.

По классификации ВОЗ (таб. 1) на молодой возраст (18–44 года) приходилось 13 пациентов (10 женщин и 3 мужчин). В среднем возрастном периоде (45–59 лет) наблюдали 21 пациента (15 женщин и 6 мужчин). На группу пожилых людей (60–74 лет) приходилось 23 пациента (16 женщин и 7 мужчин). К возрастной группе людей старческого возраста (75–90 лет) относилось 3 пациента мужского пола.

Таблица 1. Число больных, страдавших ксеростомией в зависимости от пола и возраста.

Возрастной период	Общее число пациентов (60)	
	м	ж
Молодой возраст: 18–44 года	Всего: 13	
	3	10
Средний возраст: 45–59 лет	Всего: 21	
	6	15
Пожилый возраст: 60–74 года	Всего: 23	
	7	16
Старческий возраст: 75–90 лет	Всего: 3	
	3	-
Всего:	Всего: 60	
	19	41

Таким образом, большинство пациентов относились к среднему возрастному периоду (21) и к группе пожилого возраста (23).

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

Все 60 больных составили *1 группу*. Из них у 55 ксеростомию диагностировали на фоне сиаладеноза в период полной ремиссии, включая 8 больных с Синдромом Шегрена, 2-х – после радиойодтерапии, 10-ти – с заболеваниями щитовидной железы, 10-ти – с вегето-сосудистой дистонией, 14-ти – после приема лекарственных средств, 7 – ми - на фоне сахарного диабета 2-го типа и у 4-х - на фоне гипогонадизма. У 5-ти больных этой группы ксеростомия протекала на фоне сиаладеноза с периодами периодического обострения хронического сиалоаденита (слюннокаменная болезнь - 2 пациента, хронический сиалодохит - 3 пациента).

Пациентов 1 группы (60 больных) разделили на 4 подгруппы.

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

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

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

В *4 подгруппу* вошли **31** больной (из 60 пациентов с ксеростомией), которые дополнительно прошли психологическое обследование по опроснику SCL-90-R. Они получали заместительную терапию, а также лечение с использованием психологической техники осознанности «Майндфулнесс» (Mindfulness). В эту группу вошли 5 больных из 1 подгруппы (16%), 5 больных из 2 подгруппы (16%) и 21 пациент из 3 подгруппы (68%).

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 (ксеростомия на фоне заболеваний слюнных желез). Возраст пациентов колебался в пределах 22 лет - 71 год. Во 2 группе 15 пациентов (50%) составили мужчины и 15 (50%) - женщины. На молодой возрастной период приходилось 12 больных (5 ж. и 7 м.), среднего возраста - 11 человек (6 ж. и 5 м.) и пожилого возраста - 7 пациентов (4 ж. и 3 м.).

В третью группу вошли 30 пациентов, у которых не было диагностировано заболеваний слюнных желез. Они составили группу контроля. Эти пациенты так же прошли психологические тестовые опросники для их сравнения с результатами 4-й 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, на основании полученного информированного согласия на участие в исследовании провели обследование и лечение 120 пациентов.

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

Критерии невключения: 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.

Клиническая часть исследования заключалась в анкетировании пациентов с ксеростомией с помощью анкет: опросника больного с ксеростомией до и после лечения и опросника выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised - SCL-90-R).

Для обследования пациентов применяли общие, частные и специальные методы исследования.

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

- 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.

Результаты заносились в диагностическую анкету, предложенную Афанасьевым В. В. в 1993 г.

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. Она позволяла определить общую скорость выделения не стимулированной смешанной слюны. Сбор слюны проводился на голодный желудок в утренние часы в промежутке с 9 часов до 11 часов. Забор ротовой жидкости осуществлялся путем сплевывания через трубочку в пробирку, имеющую мерные риски, продолжительность данного исследования составляла десять минут. По количеству полученной слюны вычислялось скорость слюноотделения мл. в минуту.

Сиалометрию МСЖ провели всем больным по методу Ромачёвой И.Ф. Для подсчета количества МСЖ использовали квадратную рамку с длиной стороны 2 см. До исследования больному давали выпить 8 капель 1% раствора пилокарпина. Через 30 минут, рамку укладывали на внутреннюю поверхность нижней губы, предварительно окрашенную с помощью метиленового синего. Далее производили подсчёт проявившихся МСЖ в виде точек в пределах рамки, обесцвеченных каплями секрета малых слюнных желез. В норме количество МСЖ колебалось в пределах 20–22 шт.

Вязкость смешанной слюны оценивалась в каждой группе больных прибегая к методу Афанасьева В. В.. сущность метода заключается в том, что необходимо поместить каплю смешанной слюны на стоматологический пинцет и растянуть ее

между щечками до получения разрыва. Максимальная длина растянутой слюны определяет ее вязкость:

- до 5 мм – норма;
- от 5 мм до 10 мм – 1 степень;
- свыше 10 мм – 2 степень.

Сиалографию провели у 10 пациентов при подозрении на протоковые формы сиаладеноза с целью уточнения диагноза по методу И. Ф. Ромачевой. Прибегая к использованию водорастворимого контрастного вещества «Омнипак», который вводили в проток ОУСЖ в объеме 1,5–3,0 мл или в проток ПЧСЖ в количестве 1,0–1,5 мл. С помощью сиалографии мы диагностировали сиаладеноз на фоне слюнокаменной болезни у трех больных и у двух - протоковый сиаладеноз. У остальных больных 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 слюннокаменной болезни 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 отметили 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 сиалоаденита с помощью реактивов фирмы «ЗАО Вектор-Бест» (Россия) на полуавтоматическом анализаторе «BioChem SA» (USA) на базе клинической лаборатории кафедры биологической химии МГМСУ им. А. И. Евдокимова. Анализ слюны включал изучение pH слюны, общего белка, α -амилазы, щелочной фосфатазы, калия (K^+), натрия (Na^+) и мочевины.

- *Определение активности α -амилазы в слюне.* Субстратом для α -амилазы является мальтотриозид, который связывается с хромогеном о-хлор-п-нитрофенолом. Данный субстрат гидролизует, выделяя окрашенный о-хлор-п-нитрофенол (ХНФ), мальтотриозу и глюкозу. Реакция быстротечна, и скорость реакции гидролиза прямо пропорциональна активности α -амилазы в пробе. С помощью спектрофотометрии при видимой области спектра (405 нм) измеряется степень поглощения окрашенного раствора. Для исследования пробирку наполняли 1 миллилитром реагента разогретого до 37°C, далее добавляли 25 мкл полученной смешанной слюны.

После диффузии необходимо получить величину оптической плотности образца по отношению к дистилляту воды с наличием волн 405 нм. Измерение повторяли 3 раза с одним интервалом равным минуте, затем рассчитывали изменение оптической плотности за каждую минуту и измеряли среднее значение.

После диффузии необходимо измерить оптическую плотность пробы против дистиллированной воды при длине волны 405 нм. Повторение измерения проводилось 3 раза с одномоментным интервалом, далее рассчитывали изменение оптической плотности за каждую минуту и вычисляли среднюю величину.

Активность α -амилазы рассчитывали по формуле:

$$A \left(\frac{E}{л} \right) = \frac{\Delta \text{о. п.} \frac{\text{мин}}{\text{мин}} \times 1,025 \times 1000}{2 \times 12,9 \times 0,025 \times 1,0} = \Delta \text{о. п./мин} \times 3178,$$

$\Delta \text{о. п./мин}$ – среднее изменение оптической плотности в минуту;

1,025 – общий объем раствора в кювете;

1000 – коэффициент перевода мл в л;

12,9 – коэффициент миллимолярного поглощения о-хлор-п-нитрофенола;

0,025 – объем слюны в мл;

1,0 – длина оптического пути.

Если активность α -амилазы была выше 1500 Е/л (точка вне зоны линейности калибровочного графика), повторное измерение данной пробы проводили после

разбавления хлоридом натрия 0.9 %. Полученный результат расчета умножали на коэффициент разведения.

Количественное определение общего белка в слюне биуретовым методом.

Биуретовая реакция основана на том, что пептидные связи, имеющиеся в белке, образуют с сернокислой медью в щелочной среде комплексы, окрашенные в фиолетовый цвет. Этот комплекс характеризуется поглощением лучей с длиной волны 540 нм, при этом оптическая плотность полученного раствора в таких условиях прямо пропорциональна содержанию белка в образце. В три пробирки вносили по 1 мл биуретового реактива, затем в первую кювету добавляли 20 мкл стандартного раствора (стандартный образец), во вторую кювету добавляли 20 мкл образца (опытный образец), в третью оставляли в качестве контроля (пустой образец). Содержимое тщательно перемешивали и затем инкубировали при 25°C в течение 10 минут, после чего измеряли оптическую плотность опытного ($A_{оп}$) и стандартного ($A_{ст}$) образцов относительно холостого образца при длине волны 540 нм.

Содержание общего белка в слюне рассчитывали по формуле:

$$C = \frac{A_{оп}}{A_{ст}} \times C_{ст}$$

где C – концентрация общего белка в анализируемой пробе, г/л;

$A_{оп}$ – оптическая плотность опытной пробы;

$A_{ст}$ – оптическая плотность стандартной пробы;

$C_{ст}$ – концентрация общего белка в стандартном растворе.

Определение активности щелочной фосфатазы (ЩФ) в слюне. Активность ЩФ определяли с помощью измерения скорости гидролиза п-нитрофенилфосфата (эфира фосфорной кислоты) с образованием продукта, который давал желтое окрашивание.

п-нитрофенилфосфат + H₂O → H₃PO₄ + п-нитрофенол (окраш. продукт)

Количество полученного окрашенного продукта определяли при длине волны 405 нм, так же он находился в прямой зависимости от активности фосфатаз в пробе. Перед анализом реагенты нагревались до температуры 37°C. В пробирку добавлялся 1 мл реактива, основанного на буфере рН=10,1 и п-нитрофенилфосфата,

вливали 25 мкл испытуемой пробы. Производили смешивание содержимого и запускали отчет на секундомере. Оптическую плотность образца измеряли относительно дистиллированной воды при длине волны 405 нм через 1 минуту. Измерения производили каждые 60 сек. всего 3 раза. Учитывали изменение поглощения в минуту, а затем рассчитывали среднее изменение поглощения в минуту (Δ о.п./мин).

Активность ЩФ рассчитывали по формуле:

$$\text{АЩФ (Е/л)} = \frac{\Delta \text{о. п./мин} \times 1,025 \times 1000}{18,75 \times 0,025 \times 1,0} = \Delta \text{о. п./мин} \times 2187,$$

где Δ о.п./мин – среднее изменение оптической плотности в минуту;

1,025 – общий объем раствора в кювете;

1000 – коэффициент перевода мл в л;

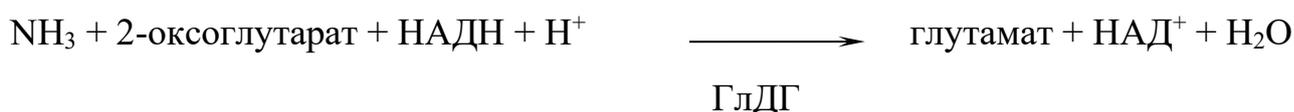
18,75 – коэффициент миллимолярного поглощения п-нитрофенола;

0,025 – объем слюны в мл;

1,0 – длина оптического пути

Определение концентрации мочевины в слюне

В основе метода лежит расщепление мочевины благодаря ферменту уреазы до аммиака и углекислого газа. С помощью глутаматдегидрогеназы (ГлДГ) аммиак связывается с 2-оксоглутаратом в присутствии НАДН. Скорость окисления НАДН находится в прямой зависимости с концентрацией мочевины и регистрируется фотометрически п длине волны 340 нм.



В две кюветы (пробирки) наливали по 1 мл предварительно нагретого до 37° С рабочего реагента, затем в кювету №1 добавляли 10 мкл стандартного раствора (градуированный образец), а в кювету №2 добавляли 10 мкл образца (опытный образец). Тщательно перемешивали пробы и ровно через 30 секунд измеряли

поглощение при 340 нм. Измерение повторяли через 1 минуту, после чего вычисляли изменение оптической плотности за минуту. Содержание мочевины в слюне рассчитывали по формуле:

$$C = \frac{\Delta A_{\text{оп}}}{\Delta A_{\text{ст}}} \times C_{\text{ст}},$$

где C – концентрация мочевины в анализируемой пробе, ммоль/л;

$A_{\text{оп}}$ – оптическая плотность экспериментального образца;

$A_{\text{ст}}$ – оптическая плотность градуированного образец;

$C_{\text{ст}}$ – концентрация мочевины в стандартном растворе.

Калий в слюне определяли с помощью турбодиметрического метода без протенизации

K^+ + тетрафенилборат натрия \longrightarrow суспензия

Мутность суспензии находится в прямой зависимости с концентраций ионов калия в пробе, далее применялся фотометрический метод с длиной волны 578 (505, 590) нм. Образцы измерялись в ммоль/л.

Концентрацию Na в слюне определяли с помощью колориметрического метода. Реакция основана на связывании Na с ионами реагента с образованием нерастворимого комплекса. Оставшиеся в растворе ионы реагента образуют окрашенное соединение с тиогликолятом. Интенсивность окраски ионов реагента среды находится в прямой зависимости с содержанием натрия в исследуемом материале и определяется фотометрически при длине волны 405 (400–410) нм

Расчет концентрации натрия произведете по формуле:

$$C = \frac{E_{\text{контр.}} - E_{\text{пробы}}}{E_{\text{контр.}} - E_{\text{калибр}}} \times 150 \text{ ммоль/л.}$$

pH смешанной слюны определяли стандартным потенциометрическим методом с помощью цифрового pH- метра

- Качественный анализ смешанной слюны на *половые гормоны* провели у 19 пациентов для верификации метаболического синдрома на базе биохимической

лаборатории «Архимед». Для этого использовали тандемную хромато-масс-спектрометрию (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, которую не рекомендовалось вынимать изо рта до конца сбора слюны. За 30 минут до сбора слюны, пациентам нельзя было принимать пищу, употреблять напитки, жевательные резинки или чистить зубы.

До анализа слюну хранили при -20°C . Стероидные гормоны определяли методом жидкостной экстракции биологических образцов. Экстрагированные образцы подвергали хроматографии на колонке с обращенной фазой (Acquity UPLC ВЕНС18, 1,7 м, 2,1×50 мм, соединенной с предколоночным фильтром 0,2 м) на аппарате Waters Acquity UPLCsystem (Milford, MA).

Детекцию и количественное определение образцов осуществляли на основе метода МС/МС на тандемных масс-спектрометрах АВ SCIEX QTRAP 5500/4500 (АВ SCIEX, Concord, ON, Канада) с источником ионизации АРСІ в положительном режиме. Далее производилось количественное определение половых гормонов в слюне (андростендион, мелатонин, кортизол, ДГЭА, 17-ОН-прогестерон, тестостерон и кортизон). Далее после ультрафильтрации с помощью центрифуги производилось определение уровня тестостерона в крови используя аналогичную методику.

- Для изучения результатов воздействия ополаскивателя фирмы Xerostom на слизистую оболочку полости рта и определения его антибактериального эффекта мы провели клинико-микробиологические исследования смывов смешанной слюны у 10 пациентов до и после использования ополаскивателя. У пациентов брали соскоб со слизистой оболочки подъязычной области одноразовым тампоном, который идет в комплекте вместе с пробиркой, наполненной специальным гелем Stuart. Среда Stuart (Стюарта) - представляла собой полужидкий, бедный питательными веществами субстрат для сохранения и транспортировки широкого спектра патогенных микроорганизмов. Данный анализ собирался натощак, в утренние часы.

После чего собранный материал в течение 24-часов отвозили в лабораторию клинической микробиологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского для микробиологического анализа. Ополаскиватель использовали в лечении больных ксеростомией в течение 2-х недель, утром и вечером, по 1 минуте полоскания полости рта. После использования повторно проводили микробиологическое исследование смывов смешанной слюны.

2.2. Анкетирование пациентов.

Все пациенты с ксеростомией перед началом обследования заполняли диагностическую анкету профессора В. В. Афанасьева (1993) для того, что бы выявить клинические признаки данного состояния у больного такие как:

- наличие жалоб,
- историю заболевания,
- характер течение заболевания и период возникновения,
- наличие сопутствующих заболеваний,
- наследственный компонент,
- результаты ранее проведенных исследований
- принимаемых препаратов.

Диагностическая анкета, представленная объективно, анализирует доход. жалоб, анамнеза, продолжительности и тяжести течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, наследственного анамнеза, клинических признаков заболевания, результатов различных методов исследования пациента и использованные им 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).

Структура шкала SCL-90-R строится на 90 вопросах. Предназначение данной шкалы определение и оценка разных паттернов психических признаков у различных групп больных:

- 1) При ксеростомии.
- 2) Без ксеростомии, но с заболеваниями слюнных желез различной этиологии.
- 3) Без ксеростомии и без установленных патологий со стороны слюнных желез.

Изначальная вариация опросника, была предложена Дерогатисом и его коллегами в 1973 году (Дерогатис, Липман и Кови), он был основан на клинической практике и психометрическом анализе, конечная версия была переутверждена Дерогатис, Рикельс и Рок в 1976 году

Каждый из 90 вопросов оценивали по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 соответствовала позиция «совсем нет», а 4 - «очень сильно». Ответы на 90 пунктов подсчитывали и интерпретировали по 9 основным шкалам симптоматических расстройств:

- соматизации - SOM,
- обсессивности и компульсивности - O-C,
- межличностной сензитивности - INT,
- депрессии - DEP,
- тревожности - ANX,
- враждебности - HOS,
- фобической тревожности – PHOB,
- паранойяльных тенденций - PAR,
- психотизма - PSY,

А также 3 группы сводных шкал:

- общий индекс тяжести симптомов - GSI,
- индекс наличного симптоматического дистресса - PTSD,
- общее число утвердительных ответов - PST.

Методология тестирования и ее особенности. В опроснике использовались максимально понятные выражения. Вопросы включали самые простые слова, чтобы сохранить их значение.

Методика создана для оценки психологического симптоматического статуса пациентов, начиная от пациентов группы «норма» и других типов пациентов: от обычных больных до людей с психическими расстройствами.

По результатам комплексных клинических, эмпирических и аналитических исследований выделены основные симптоматические нарушения. Авторы ввели только синдромы с четкими и точными определениями.

К симптоматическим расстройствам относились:

1. *Соматизация (Somatization - SOM)*. Нарушения, называемые соматизацией, отражали дистресс, возникающий из ощущения телесной дисфункции. Сюда относились жалобы, фиксированные на кардиоваскулярной, гастроинтестинальной, респираторной и др. систем. Компонентами расстройства являлись также головная боль, другая боль и дискомфорт общей мускулатуры и в дополнение - соматические эквиваленты тревожности.

2. *Обсессивно-компульсивные расстройства (Obsessive-Compulsive-O-C)*. Обсессивно-компульсивное расстройство отражало симптомы, которые в сильной степени тождественны стандартному клиническому синдрому с тем же названием. Эти вопросы касались мыслей, импульсов и действий, которые переживались индивидом как непрерывные, непреодолимые и чуждые «Я». В эту шкалу также включены вопросы, касающиеся поведения или переживания более общей когнитивной окраски.

3. *Межличностная сензитивность (Interpersonal Sensitivity - INT)*. Данное расстройство определялось чувствами личностной неадекватности и неполноценности, в особенности, когда человек сравнивал себя с другими. Самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия характеризовали проявления этого синдрома.

4. *Депрессия (Depression - DEP)*. Симптомы этого расстройства отражали широкую область проявлений клинической депрессии. Здесь представлены симптомы дисфории и аффекта, такие как признаки отсутствия интереса к жизни, недостатка мотивации и потери жизненной энергии. Кроме того, сюда относились чувства

безнадежности, мысли о суициде и другие когнитивные и соматические корреляты депрессии.

5. *Тревожность* (Anxiety - ANX). Подтверждается несколькими симптомами и признаками, между которыми имеется клиническая связь, сопряженная с высоким уровнем манифестированной тревожности. В определение включаются общие признаки, такие как: нервозность, напряжение и дрожь, а также приступы паники и ощущение насилия. В качестве признаков тревожности сюда относились когнитивные компоненты, включавшие чувства опасности, опасения и страха и некоторые соматические корреляты тревожности.

6. *Враждебность* (Hostility - HOS). Враждебность включала мысли, чувства или действия, которые являлись проявлениями негативного аффективного состояния злости. В состав пунктов входили все три признака, отражающие такие качества, как агрессия, раздражительность, гнев и негодование.

7. *Фобическая тревожность* (Phobic Anxiety — PNOB). Она определялась как стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, которая характеризовалась как иррациональные и неадекватные по отношению к стимулу, ведущие к избегающему поведению.

8. *Паранойяльные симптомы* (Paranoid Ideation - PAR). Данное определение представляло паранойяльное поведение как вид нарушений мышления. Кардинальные характеристики проективных мыслей, враждебности, подозрительности, напыщенности, страха потери независимости, иллюзии рассматривались как основные признаки этого расстройства, а выбор вопросов был ориентирован на представленность этих признаков.

9. *Психотизм* (Psychoticism - PSY). В шкалу психотизма включены вопросы, указывающие на избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни, на симптомы шизофрении, такие как: галлюцинации или слышание голосов. Шкала психотизма позволяет определить общую градацию от мягкой межличностной изоляции до очевидных доказательств психотизма.

Дополнительные вопросы. Семь из девяноста вопросов, входящих в SCL, не относятся ни к одному расстройству. Данные симптомы могли указать на

некоторые другие расстройства. Данные вопросы учитываются в общей обработке SCL но трактуются совместно с другими показателями.

Шкалы вопросника и номера вопросов.

1. Соматизация (12 пунктов) : п.1, п.4, п.12, п.27, п.40, п.42, п.48, п.49, п.52, п.53, п.56, п.58.

2. Обсессивность-компульсивность (10 пунктов): п.3, п.9, п.10, п.28, п.38, п.45, п.46, п.51, п.55, п.65.

3. Межличностная сенситивность: (9 пунктов): п.6, п.21, п.34, п.36, п.37, п.41, п.61, п.69, п.73.

4. Депрессия (13 пунктов): п.5, п.14, п.15, п.20, п.22, п.26, п.29, п.30, п.31, п.32, п.54, п.71, п.79.

5. Тревожность (10 пунктов) п.2, п.17, п.23, п.33, п.39, п.57, п.72, п.78, п.80, п.86.

6. Враждебность (6 пунктов): п.11, п.24, п.63, п.67, п.74, п.81.

7. Фобическая тревожность (7 пунктов): п.13, п.25, п.47, п.50, п.70, п.75, п.82.

8. Паранойяльность (6 пунктов): п.8, п.18, п.43, п.68, п.76, п.83.

9. Психотизм (10 пунктов): п.7, п.16, п.35, п.62, п.77, п.84, п.85, п.87, п.88, п.90.

Дополнительные вопросы (7 пунктов): п.19, п.60, п.44, п.59, п.64, п.66, п.89.

Вычисление результатов. Сумма подсчитывается для всех девяти расстройств. Далее вычисляется среднее значение по каждому расстройству в отдельности, пример расчета: сумма по первой шкале равна 36, в данном разделе 12 вопросов, получаем $1=36/12=3$.

10. Обобщенные индикаторы. К ним относились:

1. GSI – общий индекс тяжести: общая сумма баллов по всему опроснику, деленная на 90;

2. PST – общее количество утвердительных ответов по всему опроснику;

3. PSDI – индекс наличного симптоматического дистресса – деление общей суммы баллов на показатель PST.

После полученных с помощью подсчета данных, как и по каждой шкале индексов, так и по общим индексам, производилось соизмерение с нормой значений.

Результаты по SCL-90-R были интерпретированы по трем уровням: общая выраженность психопатологической симптоматики, выраженность отдельных шкал, выраженность отдельных симптомов.

Индекс GSI является самым значимым показателем, так как отражает общий уровень психического дистресса пациента. Индекс PSDI уровень интенсивности дистресса и, а также показывает наклонность пациента к определенным тенденциям таким как: преувеличение или укрытие своих симптомов. Индекс PST показывает спектр диапазона симптоматики пациента.

2.3. Методы лечения больных ксеростомией.

Для лечения больных ксеростомией применяли симптоматические средства с использованием веществ, повышающих 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». Продуктами линейки Xerostom являлись: зубная паста, жидкость для полоскания рта, жевательные резинки, гель и спрей для увлажнения полости рта. В нашей работе мы применяли гель, спрей и ополаскиватель фирмы «Xerostom».

В состав саливозаменителей Xerostom входили следующие ингредиенты:

- Оливковое масло первого отжима. Оно имело антибактериальное, антикариосогенное и противовоспалительное свойства.

- Бетаин: натуральный экстракт свеклы. Обладавал смазывающим и гигроскопическим действием (увлажнял окружающую среду и улучшал увлажнение другими жидкостями).

- Ксилит являлся лучшим натуральным противокариесогенным агентом. Контролировал и предотвращал образование и адгезию налета (*Streptococcus mutans*). Имел эффект буфера, стимулировал слюноотделение.

- Аллантоин. Является обезболивающим и заживляющим веществом, устранял трещины на языке, губах и нёбе.

- Фтор и кальций являлись реминерализующими зубы веществами.

- Витамин В5 обладал смягчающими и защитными свойствами, поддерживал увлажнение слизистой оболочки полости рта

- Витамина Е являлся цитопротектором, имел антиоксидантные и антивозрастные свойства).

Всем пациентам назначали орошение полость 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 данной терапии в течение 2-х недель пациенты заполняли анкету опросник пациентов, прошедших симптоматическое лечение, для фиксирования субъективных ощущений после лечения, а также им повторно проводили сиалометрию смешанной слюны и малых слюнных желез. Измеряли вязкость. Данные вносили в анкету.

Кроме того, у тридцать одного пациента (1 группа 4 подгруппа), провели консервативную терапию с использованием психологической техники осознанности «Майндфулнесс» (Mindfulness) (рис.1). 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 пациент заполнял специальный 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 минут. Результаты опросника пациенты записывали в дневник (электронный или бумажный). Результаты психологического состояние до и после лечения и оценки результатов терапии определяли с помощью опросника SCL-90-R.

Уважаемый пациент!

Ниже Вам предлагается техника психологической самопомощи, которую необходимо выполнять ежедневно при возникновении негативных эмоций и трудных состояний. Техника выполняется самостоятельно, состоит из 3 этапов и занимает 5-7 минут.

Этап 1. Пожалуйста, мысленно оцените имеющееся у Вас в данный момент негативное эмоциональное состояние или трудное переживание в соответствии со шкалой:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Совсем не выражено				Средне выражено				Очень сильно выражено			

Этап 2. Следуйте нижеописанной инструкции:

Первый шаг. Настройтесь (1-2 минуты)

Вы можете выполнять этот этап сидя или стоя, но по возможности найдите уединенное место, расправьте плечи и выпрямите спину. Если для Вас это будет комфортно, то закройте глаза. Затем направьте внимание на то, что сейчас происходит у вас внутри, и примите это. Для этого задайте себе вопрос: что я сейчас ощущаю?

- Какие мысли у меня в голове? Постарайтесь отнестись к своим мыслям просто как к событиям, которые происходят в вашем сознании. Не увлекайтесь за ними слишком далеко.
- Какие чувства я испытываю? Если вы чувствуете дискомфорт или неприятные ощущения, признайтесь себе в этом и не пытайтесь их изменить.
- Какие телесные ощущения я испытываю? Возможно, стоит «просканировать» свое тело на предмет точек напряжения или скованности, принимая эти ощущения, но не пытаясь в них ничего менять.

Второй шаг. Соберите и сосредоточьте внимание (1-2 минуты)

Теперь сконцентрируйте внимание в одной точке и направьте на ощущения в животе, возникающие в процессе дыхания, когда брюшная стенка поднимается на вдохе и опускается на выдохе. Проследите за тем, как движется воздух внутри вашего тела. Используйте каждый вдох как возможность стать на якорь и оставаться в настоящем. Если вы отвлеклись – ничего страшного, просто продолжайте спокойно следить за дыханием.

Третий шаг. Расширьте сферу внимания (1-2 минуты)

Теперь попробуйте расширить свое внимание и ощутить все тело как единое целое, включая дыхание, позу и выражение лица. Почувствуйте, как все ваше тело дышит в настоящий момент. Если вы заметили напряжение или дискомфорт, попробуйте сосредоточиться на этих ощущениях, направив туда свое дыхание, и просто понаблюдать их. Тем самым вы помогаете себе изучить эти ощущения и подружиться с ними, а не пытаться изменить их. Если они больше не требуют вашего внимания, вернитесь к ощущениям своего тела и продолжайте следить за ними.

Этап 3. Теперь снова оцените выраженность негативного эмоционального состояния или трудного переживания, попробуйте понять или почувствовать, как они изменились

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Совсем не выражено				Средне выражено				Очень сильно выражено			

Рисунок 1. Методика проведения техники осознанности «Майндфулнесс» (Mindfulness).

Таким образом, всего мы провели 749 методов исследования (таб. 2).

Таблица. 2. Число методов обследования.

Метод исследования	Число больных	Число ис- следований	Всего:
Частные:			
Сиалометрия БСЖ	60	60	60
Сиалометрия МСЖ	60	60	60
Вязкость слюны	60	60	60
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
Анкетирование по В. В. Афанасьеву	60	60	60
Опросник-анкета выраженности психопатологической симптоматики (SCList-90-R)	91	91	91
Опросник- анкета Майндфулнесс	30	60	60
Всего:	749		

Полученные данные были статистически обработаны с помощью метода структурной группировки, который основан на разделении совокупности однородных данных на группы по различным признакам, таким как пол и диагноз заболевания.

Далее на базе компьютерной программы «Microsoft Excel» строились сводные таблицы из собранных статистических показателей. Последующая обработка полученных данных проводилась с использованием функций вычисления средней арифметической величины (Mean) и стандартной ошибки (Standart Error). Достоверность исследования была оценена по t – критерию Стьюдента как для независимых, так и для зависимых случаев. Достоверность исследования подтверждалась при показателе $P \leq 0,05$.

Глава 3. Результаты исследования

3.1. Общая характеристика групп

Для решения поставленных задач мы провели обследование и лечение 60 больных с объективной формой ксеростомии, протекавшей на фоне сиаладеноза и сиаладенита различной формы и этиологии.

Кроме того, обследовали 30 пациентов с заболеваниями слюнных желез без признаков ксеростомии.

Контрольную группу составили 30 здоровых пациентов.

Таким образом, всего под нашим наблюдением находилось 120 пациентов.

Всех больных мы раз делили на 3 группы.

В *1 группу* вошли 60 больных с диагнозом «ксеростомия». Возраст пациентов находился в пределах 30–90 лет; из них мужчин было 19, женщин – 41.

У всех пациентов данной группы для лечения ксеростомии использовали различные методы симптоматической терапии, включая заместительную.

Пациентов *1 группы* разделили на 4 подгруппы.

В *1 подгруппу* вошли **10** пациентов, которые после лечения не отметили улучшения, а при обследовании мы не выявили увеличения уровня саливации по результатам сиалометрии.

Во *2 подгруппу* вошли **9** пациентов, которые после проведенного лечения отмечали временное улучшение: снижение чувства сухости полости рта, однако жалобы на постоянную сухость у них сохранялись.

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

В *4 подгруппу* вошли **31** больной (из 60 пациентов с ксеростомией), которые дополнительно прошли экспериментально-психологическое обследование по опроснику SCL-90-R. Они получали заместительную терапию, а также лечение с использованием психологической техники осознанности «Майндфулнесс» (Mindfulness) В эту группу вошли 5 больных из *1 под-группы* (16%), 5 больных из *2 подгруппы* (16%) и 21 пациент из *3 подгруппы* (68%).

Во 2 группу вошли 30 пациентов с заболеваниями СЖ, у которых не было признаков ксеростомии. Больные данной группы также прошли психологическое тестирование с целью сравнения с результатами тестирования больных 1 группы (ксеростомия на фоне заболеваний слюнных желез). Возраст пациентов колебался в пределах 22 лет - 71 год. В 3 группе 15 пациентов (50%) составили мужчины и 15 (50%) - женщины. На молодой возрастной период приходилось 12 больных (5 ж. и 7 м.), среднего возраста - 11 человек (6 ж. и 5 м.) и пожилого возраста - 7 пациентов (4 ж. и 3 м.).

В 3-ю группу вошли 30 пациентов, которые не имели заболеваний слюнных желез. Они составили группу контроля. Эти пациенты так же прошли психологические тестовые опросники для их сравнения с результатами 3 подгруппы 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.).

3.2. Клинико-лабораторная характеристика больных 1 группы

В 1 группу вошли 60 пациентов с диагнозом «ксеростомия». Возраст пациентов находился в диапазоне 30–90 лет; из них мужчин было 19 (32%), женщин – 41(68%). Все 60 пациентов 1 группы проходили консервативное симптоматическое лечение с использованием различных методов. Из них 31 больному, кроме того, провели дополнительно психотерапию с использованием психологической техники осознанности «Майндфулнесс» (Mindfulness).

Таблица 3. Распределение пациентов по возрасту и полу.

<i>Возраст</i>	<i>Число пациентов</i>	<i>Всего пациентов</i>
Молодой: 18–44 года	Ж - 10; М - 3	13 пациентов - 22 %
Средний: 45–59 лет	Ж - 15; М - 6	21 пациент – 35 %
Пожилой: 60–74 года	Ж – 16; М - 7	23 пациент – 38 %
Старческий: 75–90 лет	Ж – 0 ; М - 3	3 пациента – 5 %
Всего:	60 – 100 %	

Как видно из таблицы №3 на молодой возрастной период (18–44 года) приходилось 13 пациентов, что составило 22 % (77% женщин-10 пациентов; и 23% мужчин - 3 пациента). В среднем возрастном периоде (45–59 лет) наблюдали 21 пациента, что составляло 35% (15 женщин - 71% и 6 мужчин -29%). На группу людей пожилого возраста (60–74 года) приходилось 23 пациента, что составляло 38 % (16 женщин – 70 % и 7 мужчин - 30%). К возрастной группе старческого возраста (75–90 лет) относилось 3 пациента (5 %, все мужчины).

Таким образом, большинство пациентов относились к среднему возрастному периоду: 21 пациент и периоду пожилого возраста - 23 пациента (рис.2).

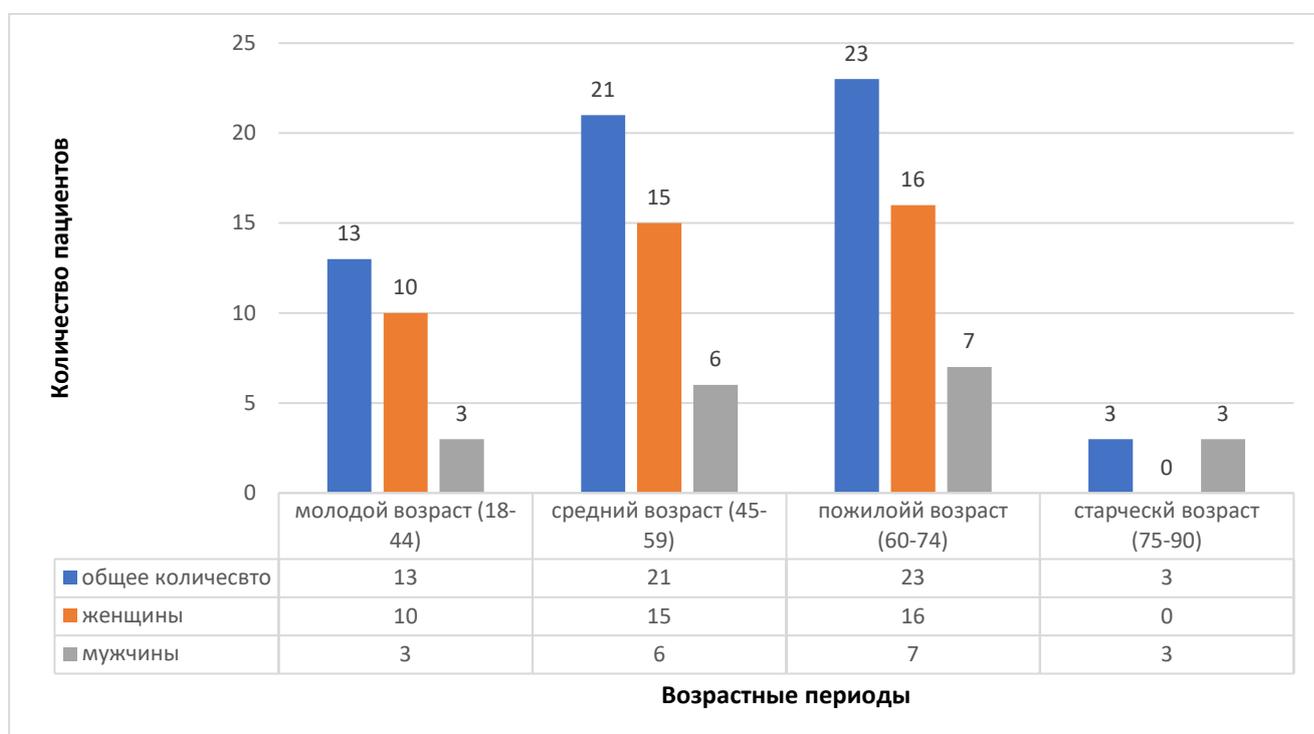


Рисунок 2. Распределение пациентов 1 группы по возрасту и полу.

Сиаладеноз у пациентов 1 группы и ксеростомию наблюдали на фоне:

- Синдрома Шегрена 8 больных (6 ж и 2 м) – 13 %.
- Проведения радиойодтерапии 2 больных (1 м и 1 ж) – 3%.
- Заболеваний щитовидной железы 10 больных (7 ж и 3 м) – 17 %.
- Вегетососудистой дистонии 10 больных (10 ж) – 17 %.
- Приема лекарственных средств 14 больных (11 ж и 3 м) – 23 %.
- Сахарного диабета 2-го типа 7 больных (4 ж и 3 м) – 12 %.

- Гипогонадизма 4 больных (4 м) – 7 %.

- Протоковый сиаладеноз: слюнокаменная болезнь у 2-ух больных (1 ж и 1 м) – 3 %, хронический сиалодохит - у 3-ёх больных (1 ж и 2м) – 5 %.

Таким образом, наиболее часто ксеростомия возникала на фоне приема лекарственных средств (23 %), заболеваний щитовидной железы (17 %) и вегетососудистой дистонии (17 %). (рис.3)

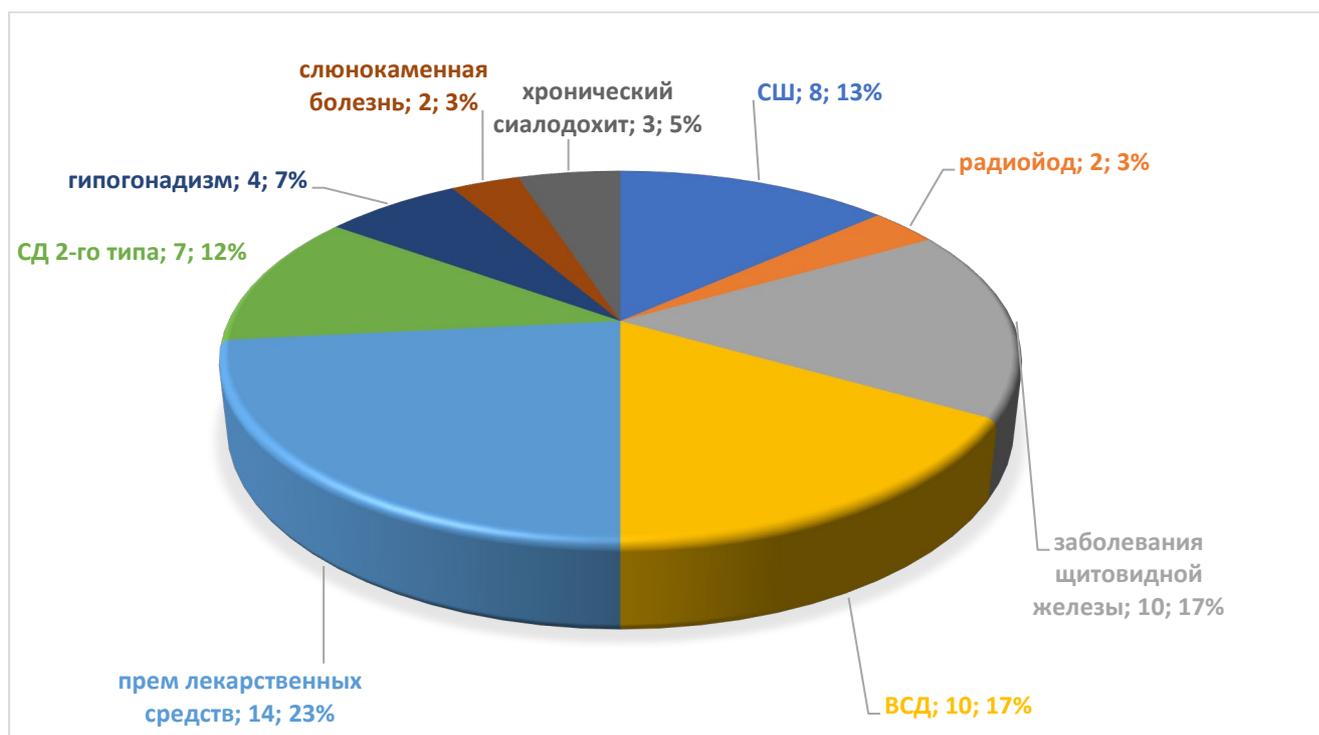


Рисунок 3. Сопутствующие заболевания у пациентов 1 группы.

При обследовании пациентов 1 группы увеличение слюнных желез наблюдали у 42 (из 60) пациентов -70 %. У 12 пациентов (29%) отмечали увеличение левой и правой ОУСЖ, у 9 - (21%) только левой ОУСЖ, у 7 (17%) - только правой. Увеличение обеих ПНЧСЖ наблюдали у 4 пациентов (10%), левой - у 4 (10%), правой - у 6 (13%), (рис.4).

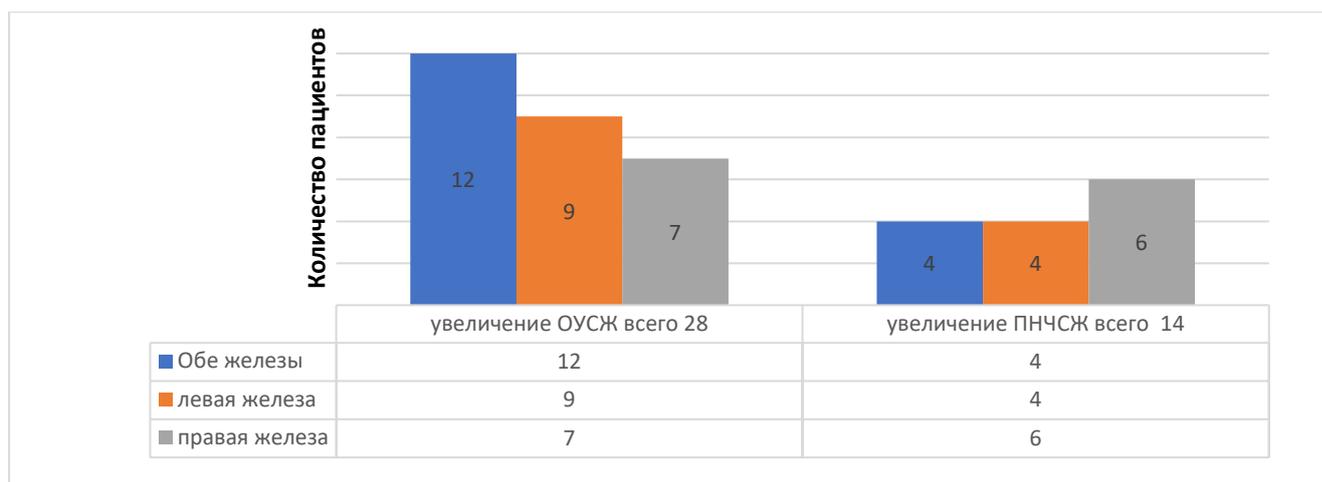


Рисунок 4. Количество пациентов с увеличением СЖ.

Результаты сиалометрии смешанной слюны, её вязкости и число малых слюнных желез представлено в таб. 4. Среднее количество МСЖ до лечения составило 11 ± 3 шт., и после - повысилось до 13 ± 3 шт., однако было ниже нормы (18–20 шт.). Вязкость смешанной слюны была высокой до лечения (2.6 ± 1.0 см), после – достоверно незначительно снизилась (2.0 ± 1.0 см), но оставалась выше нормы (0,5 см). Скорость саливации до лечения была значительно снижена (0.19 ± 0.11 мл/мин), после лечения достоверно незначительно повышалась, но не достигала нормальных величин (0.23 ± 0.13 мл/мин).

Таблица 4. Средние значения результатов сиалометрии смешанной слюны, вязкости и число МСЖ до и после лечения у больных 1 группы.

Параметры	До лечения	После лечения
Число МСЖ (шт.)	11 ± 3 шт.	13 ± 3 шт. $P \leq 0,01$
Вязкость слюны (см)	2.6 ± 1.0 см	2.0 ± 1.0 см $P \leq 0,01$
Скорость слюноотделения (мл/мин)	0.19 ± 0.11 мл/мин	0.23 ± 0.13 мл/мин $P \leq 0,01$

Таким образом, ксеростомия у больных 1 группы была объективной, характеризовалась снижением числа МСЖ, повышением вязкости слюны и снижением

скорости саливации. После лечения отмечалось незначительное увеличение всех параметров. Однако нормальных величин не достигало.

3.2.1. Клинико-лабораторные характеристики больных 1 подгруппы

В данную группу вошли пациенты из 1 группы, которые после проведения комплексной терапии не отметили положительных результатов. Данную группу составили 10 больных: 3 мужчины (30%) и 7 женщин (70%).

В молодом возрасте находился 1 мужчина (10%), в средней возрастной группе - 2 женщины (20%), пожилые пациенты составили 5 женщин 50%, на возрастную группу старческого возраста приходилось 2 мужчин (20%), (таб. 5, рис 5.).

Таблица 5. Распределение пациентов 1 подгруппы по возрасту и полу.

Возраст	Число пациентов		Всего пациентов
	Ж	М	
Молодой: 18–44 года	0	1	1 -10 %
Средний: 45–59 лет	2	0	2 – 20 %
Пожилрой: 60–74 года	5	0	5 – 50 %
Старческий: 75–90 лет	0	2	2 – 20 %
Всего:	7	3	10 – 100 %

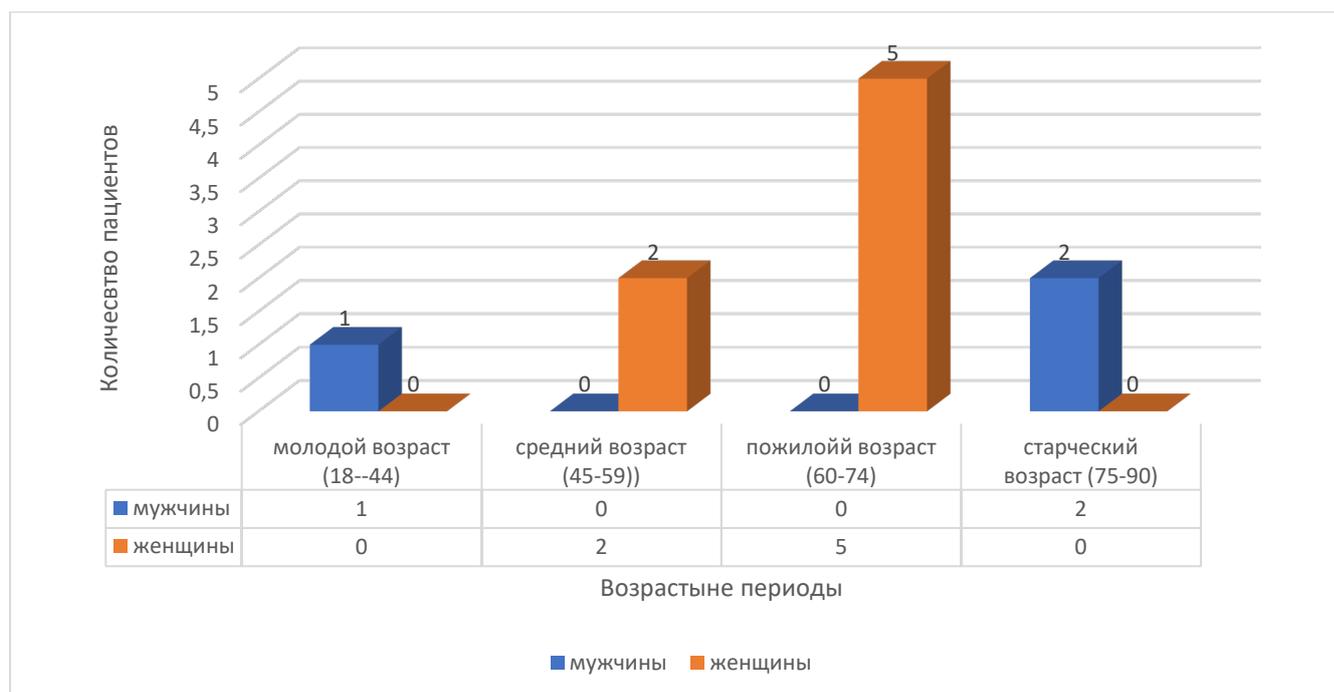


Рисунок 5. Распределение пациентов 1 подгруппы по возрасту и полу.

Ксеростомия у больных 1 подгруппы протекала на фоне:

- Синдрома Шегрена - 2 больных (1 ж и 1 м).
- последствий радиойодтерапии - 1 больной, (1м).
- вегетососудистой дистонии - 1 пациент (1ж)
- приема лекарственных средств – 3 больных (2ж и 1м)
- сахарного диабета - 2 больных (1ж и 1м).

Таким образом, сиаладеноз на фоне Синдром Шегрена составил 20%, после радиойодтерапии – 10%, заболеваний щитовидной железы - 10%, вегетососудистой дистонии – 10 %, приема лекарственных средств - 30%, сахарного диабета – 20 % (рис. 6).

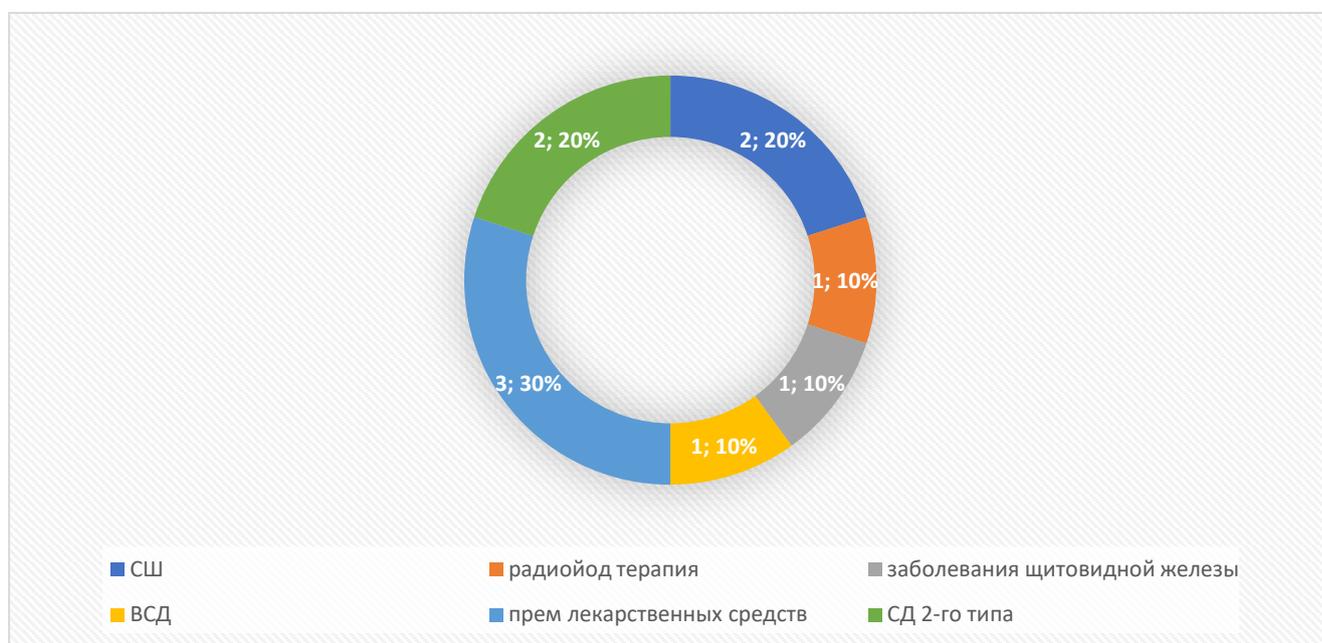


Рисунок 6. Сопутствующие заболевания у пациентов 1 подгруппы.

При обследовании больных увеличение слюнных желез наблюдали у 7 (из 10), что составило 70 %)). У 2-ух пациентов было увеличение обеих ОУСЖ, у 1 пациента была увеличена только левая ОУСЖ, у 1 - правая, увеличение левой и правой ПНЧСЖ было у 1 пациента, увеличение только левой ПЧСЖ наблюдали у 1, увеличение правой ПНЧСЖ - у 1 пациента (рис. 7).

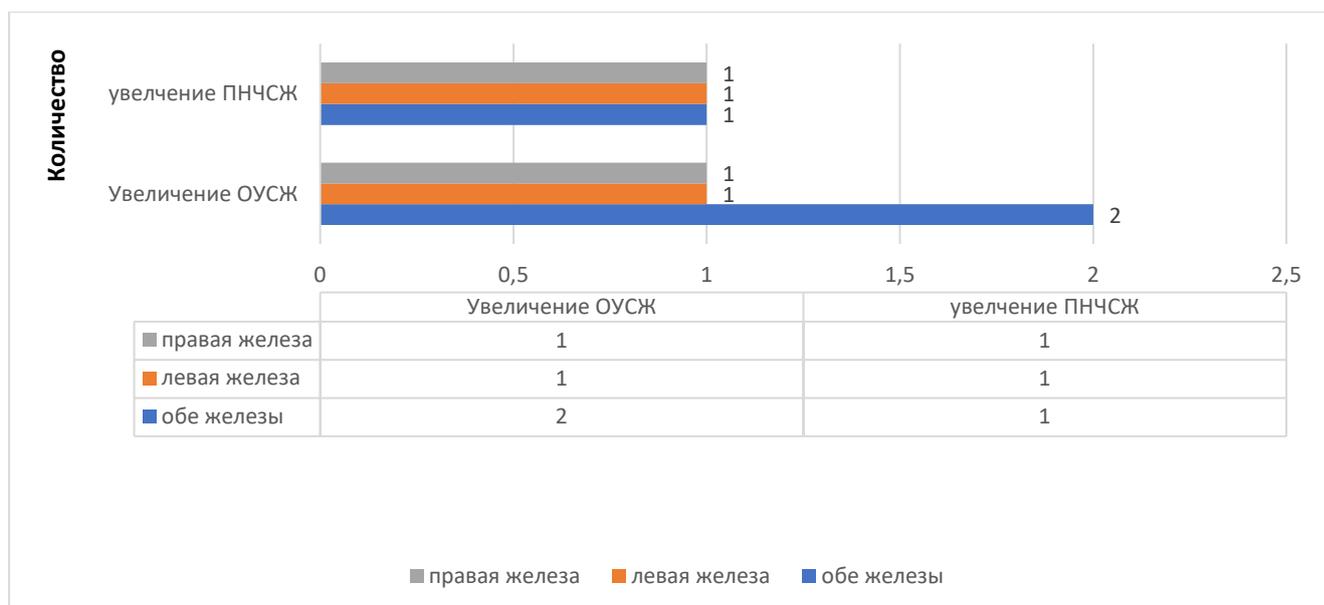


Рисунок 7. Количеств пациентов с увеличением СЖ.

Результаты сиалометрии смешанной слюны, а также вязкости и количество МСЖ у пациентов 1 подгруппы до и после комплексной терапии были не достоверны. Средние значения МСЖ составили до и после лечения соответственно 7.8 ± 2.2 шт и 7.8 ± 2.2 шт, значения вязкости до и после лечения составили 3.3 ± 1.0 см, скорость слюноотделения составила 0.12 ± 0.083 мл/мин. (таб.6)

Таблица 6. Средние значения сиалометрии смешанной слюны, вязкости и число МСЖ до и после лечения у больных 1 подгруппы

Параметры	До лечения	После лечения
Число МСЖ (шт.)	7.8 ± 2.2 шт	7.8 ± 2.2 шт $P \leq 0,01$
Вязкость слюны (см)	3.3 ± 1.0 шт	3.3 ± 1.0 шт $P \leq 0,01$
Скорость саливации (мл/мин)	0.12 ± 0.083 мл/мин	0.12 ± 0.083 мл/мин $P \leq 0,01$

3.2.2. Клинико-лабораторные характеристики больных 2 подгруппы

Во 2-ую подгруппу вошли 9 пациентов (8 ж и 1 м), которые после проведенного лечения отмечали временное небольшое улучшение и увеличение саливации, но жалобы на сухость полости рта у них сохранялись в прежнем объеме (таб. 7).

Таблица 7. Распределение пациентов 2 подгруппы по возрасту и полу.

Возраст	Число пациентов	Всего пациентов
Средний: 45–59	Ж – 4; М - 0	4 пациента - 44 %
Пожилой: 60–74	Ж – 4; М - 0	4 пациента – 44 %
Старческий: 75–90	Ж – 0; М - 1	1 пациент – 11 %
Всего:	Ж - 8; М - 1	9 пациентов – 100 %

Таким образом, на группу среднего возраста приходилось 4 пациентки (44%), пожилого – 4 (44%), старческого - 1 мужчина (11%) (рис. 8).

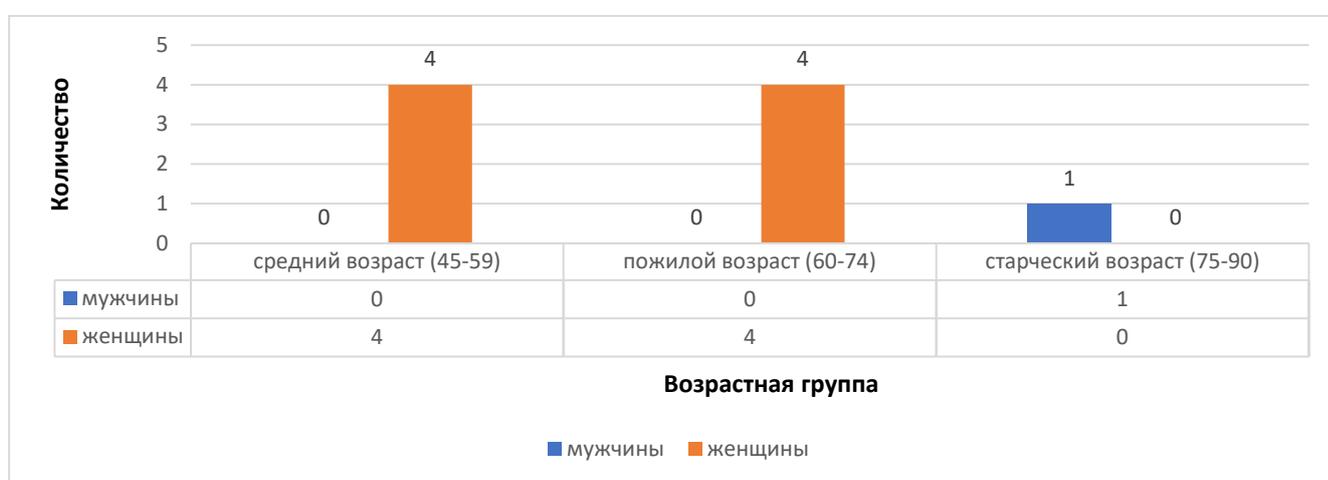


Рисунок 8. Возраст и пол пациентов 2 подгруппы.

Синдром Шегрена диагностировали у 2-ух пациентов (1 м и 1 ж), заболевания щитовидной железы - у 3-ёх женщин, вегето-сосудистая дистония - у 1 женщины, сиаладеноз, развившийся на фоне приема лекарственных средств – у 1 женщины, сахарный диабет – у 1 женщины, слюннокаменная болезнь – у 1 пациентка (рис. 9).

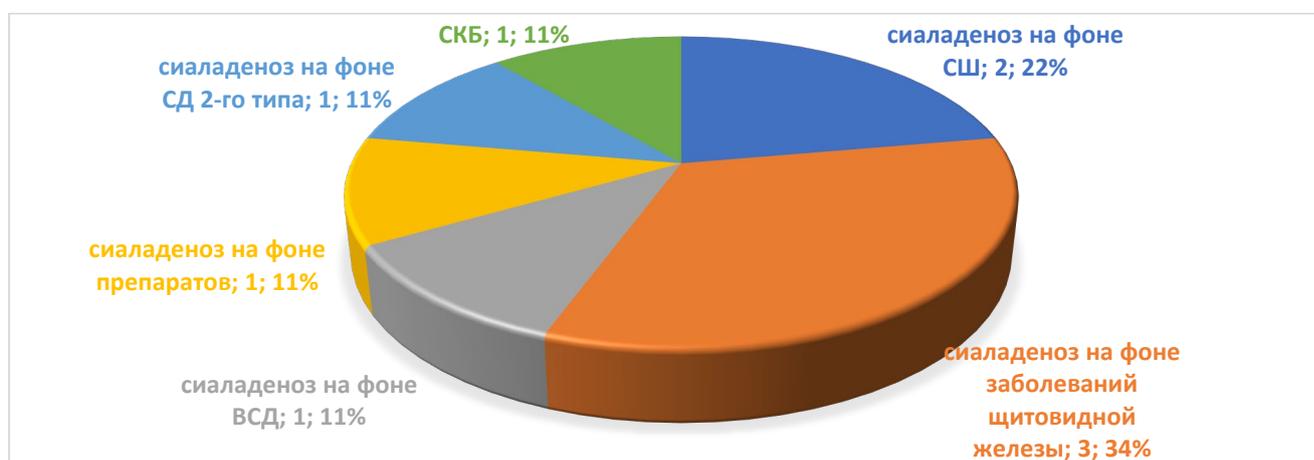


Рисунок 9. Сопутствующие заболевания у больных 2 подгруппы.

Увеличение СЖ наблюдали у 7 пациентов (78%). Обе ОУСЖ были увеличены у 2-ух пациентов, левая - у 2-х, правая - у 1, обе ПЧСЖ - у 1, правая - у 1 пациента (рис.10).

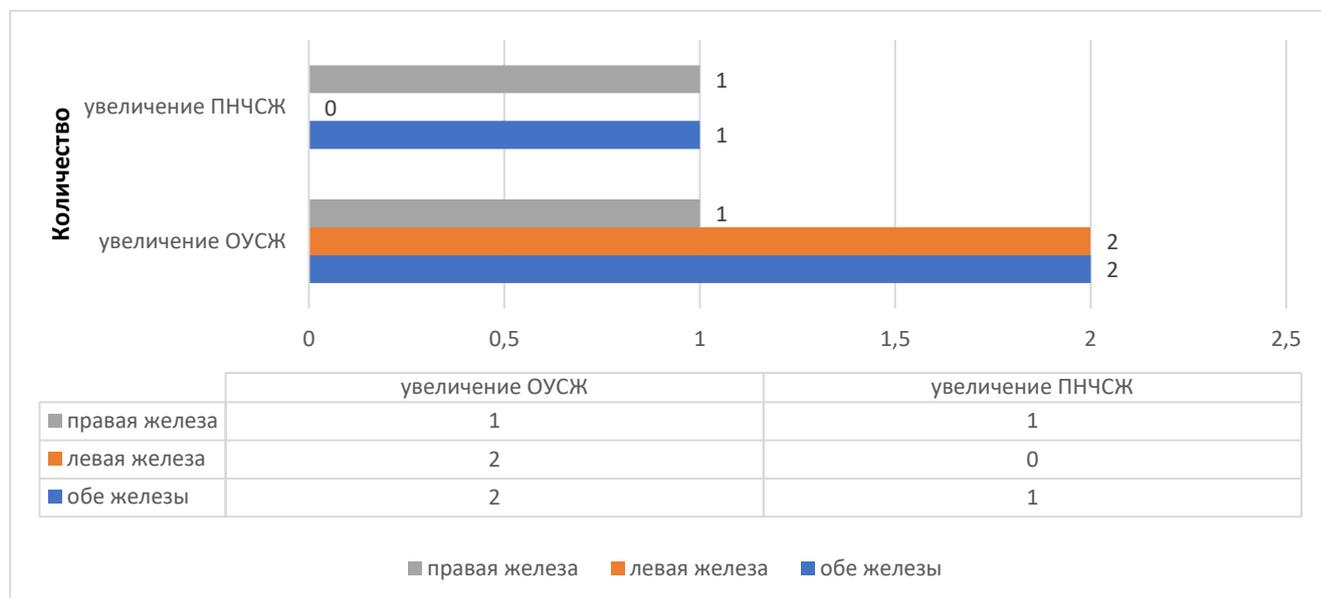


Рисунок 10. Количество пациентов с увеличением СЖ.

Таблица 8. Средние значения сиалометрии смешанной слюны, МСЖ и вязкости до и после лечения у больных 2 подгруппы.

Метод исследования	До лечения	После лечения
Число МСЖ (шт.)	10±3 шт.	12±2 шт. P ≤0,02
Вязкость слюны (см)	2.7±0.8 см	2.3±0.8 см P ≤0,01
Скорость слюноотделения (мл/мин)	0.16±0.07 мл/мин	0.19±0.07 мл/мин P≤0,02

Среднее количество МСЖ до лечения составило 10±3 шт. , после терапии - 12±2 шт. Среднее значение вязкости смешанной слюны было до лечения 2.7±0.8 см и после - 2.3±0.8 см. Скорость слюноотделения до лечения = 0.16±0.07 мл/мин и 0.19±0.07 мл/мин после.

Вышеизложенное подтверждает достоверность улучшения после лечения, однако данные показатели не доходили до уровня нормальных величин.

3.2.3. Клинико-лабораторные характеристики больных 3 подгруппы

В подгруппу 3 вошли пациенты, у которых после лечения отмечали значительное улучшение: жалобы на сухость полости рта уменьшились у всех 41 больных. В данную подгруппу вошли 15 м и 26 ж (таб.9).

Таблица 9. Распределение пациентов 3 подгруппы по возрасту и полу.

Возраст	Число пациентов	Всего пациентов
Молодой	Ж - 10; М - 2	12 пациентов - 29 %
Средний	Ж - 8; М - 6	14 пациентов - 34 %
Пожилой	Ж - 8; М - 7	15 пациентов - 37 %
Старческий	Ж - 0; М - 0	0
Всего:	Ж - 26; М - 15	41 пациент (100%)

Таким образом, на молодой возрастной период (18–44 года) приходилось 12 пациентов (29 %; 83% - ж и 17 % - м). В среднем возрастном периоде (45–59 лет) наблюдали 14 пациентов (34 %; 57 % ж и 43 %–6 м). Группу людей пожилого возраста составили 15 пациентов (37 %; 53 % ж и 47 % - м) (рис. 11).

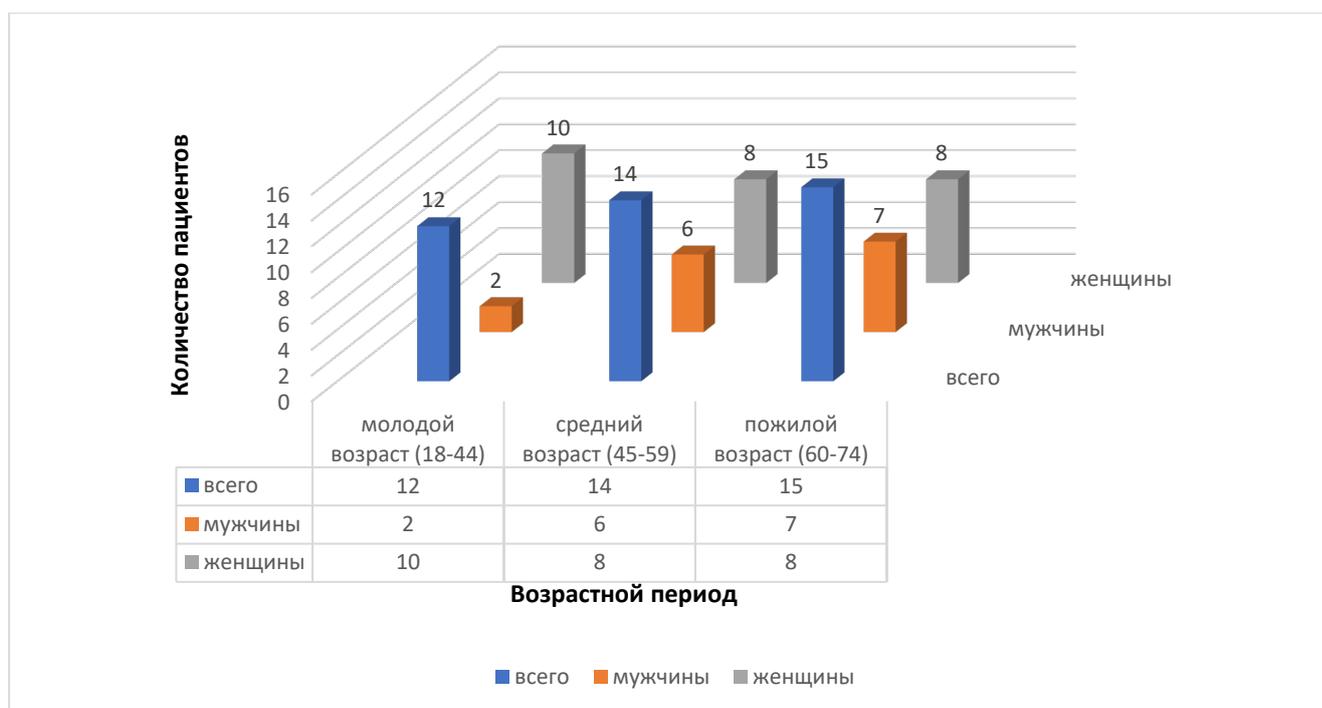


Рисунок 11. Распределение больных 3 подгруппы по полу и возрасту.

Сиаладеноз развивался на фоне Синдромом Шегрена (10 %-4 ж), радиойод-терапии (2 %-1 ж), заболеваний щитовидной железы (15 %-3 м и 3 ж), вегетососудистой дистонии (20 %-8 ж), приема лекарственных средств (24 %- 4 м и 6 ж), сахарного диабета (10 %- 2 ж и 2 м) и на фоне гипогонадизма (10 %- 4 м). На долю пациентов с потоковой формой сиаладеноза приходилось 9 % пациентов, так слюннокаменная болезнь составляла 2% (1 мужчина) и обострение хронического сиалодохита 7% (2 мужчины и 1 женщина) (рис.12).

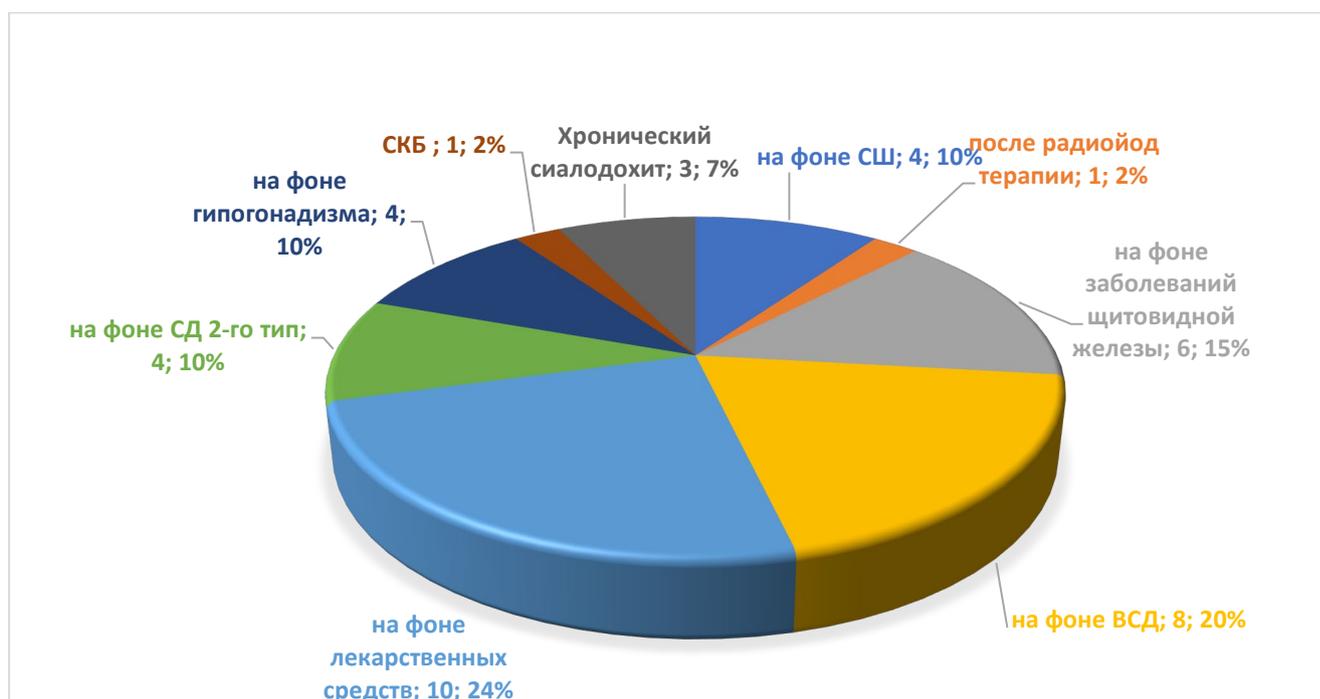


Рисунок 12. Сопутствующие заболевания у больных 3 подгруппы.

Увеличение слюнных желез наблюдали у 28 больных (68 %). Обе ОУСЖ были увеличены у 8-и пациентов, левая - у 5-ти, правая - у 5-ти, ПНЧСЖ были увеличены у 3-х пациентов, правая - у 4-х, левая - у 3-х (рис. 13).

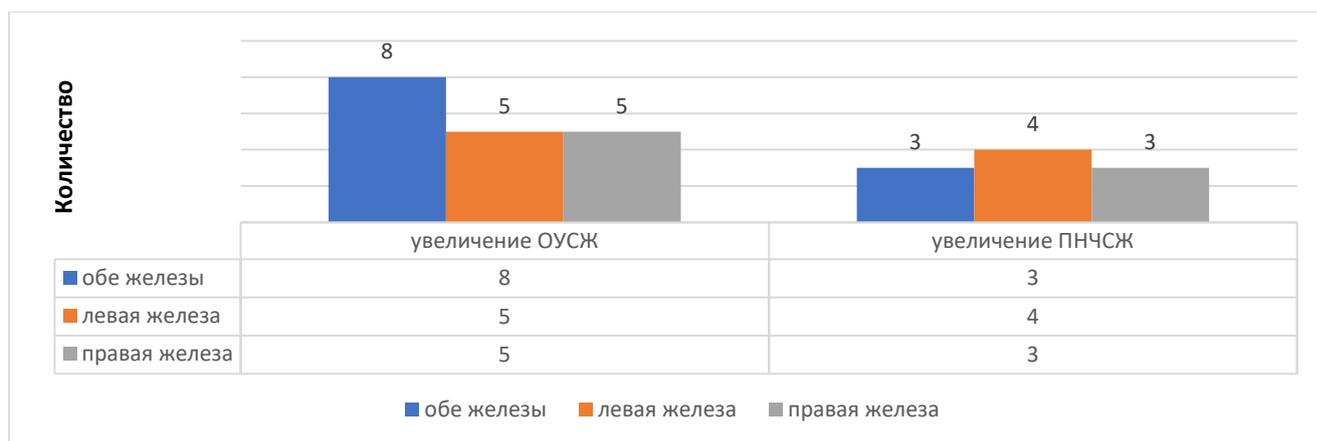


Рисунок 13. Количество пациентов с увеличением СЖ.

Таблица 10. Средние значения сиалометрии, МСЖ и вязкости до и после лечения у больных 3 подгруппы.

Метод исследования	До лечения	После лечения
Число МСЖ (шт.)	12±2 шт.	14±2 шт. p <0,05
Вязкость слюны (см)	2.4±0.9 см	1.7±0.8 см P <0,05
Скорость секреции (мл/мин)	0.21±0.12 мл/мин	0.26±0.13 мл/мин P <0,05

Результаты сиалометрии смешанной слюны до и после лечения у больных 3 подгруппы составили соответственно: 0.21±0.12 и 0.26±0.13 мл/мин. Вязкость = 2.4±0.9 и 1.7±0.8 см и число МСЖ = 12±2 шт. и 14±2 шт.

Таким образом, мы отметили достоверное и небольшое улучшение со стороны саливации после лечения, но до нормальных величин не доходило.

3.2.4. Клинико-лабораторные характеристики больных 4 подгруппы

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» (Mindfulness).

Из 31 пациента 17 были женщины и 14 – мужчины: 5 пациентов из 1 подгруппы (3 ж и 2 м), 5 пациентов из 2 подгруппы (4 м. и 1 ж) и 21 больной из 3 подгруппы (8 м и 13 ж) (рис.14).



Рисунок 14. Распределение пациентов 4 подгруппы по полу.

На молодой возраст приходилось 3 женщины (10%), средний - 12 пациентов (39%) - из них 8 ж и 4 м. Группа пожилых составила 13 больных (42%) - 7 м и 6 ж, и на группу старых пациентов приходилось 3 мужчины (9%) (таб. 11, рис.15).

Таблица 11. Число больных 4 подгруппы (Майндфулнесс), с ксеростомией в зависимости от пола и возраста.

Возраст больных	Число пациентов подгруппы Майндфулнесс (31)	
	м	ж
Молодой: 18–44 лет	Всего: 3	
	-	3
Средний: 45–59 лет	Всего: 12	
	4	8
Пожилкой: 60–74 года	Всего: 13	
	7	6
Старческий: 75–90 лет	Всего: 3	
	3	-
Всего:	Всего: 31	
	14	17



Рисунок 15. Распределение больных 4 подгруппы по возрасту и полу

Сиаладеноз на фоне Синдромом Шегрена диагностировали у 10% обследованных (1 женщина и 2 мужчины), на фоне заболеваний щитовидной железы – у 13% (3 мужчины и 1 женщина), на фоне вегето-сосудистой дистонии – у 13% (4 женщины), на фоне приема лекарственных средств - у 29% (6 женщин и 3 мужчины), на фоне сахарного диабета 2-го типа – у 19% (3 женщины и 3 мужчины). На протоковые формы сиаладеноза приходилось 16% пациентов: так на слюннокамennую болезнь – 6% (1 мужчина и 1 женщина), сиалодохит был у 10% пациентов (2 мужчины и 1 женщина)(рис.16) .

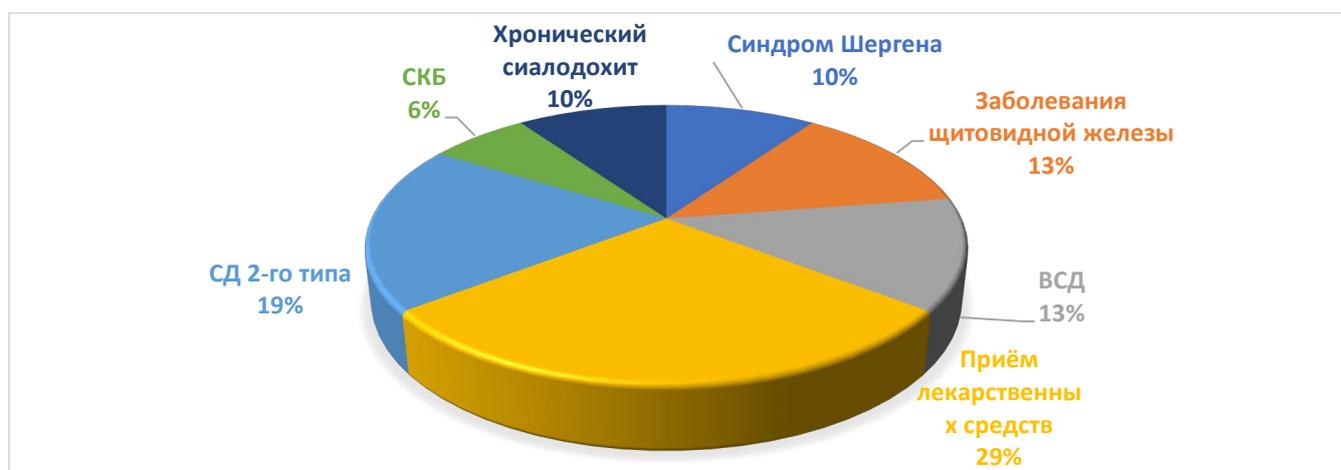


Рисунок 16. Сопутствующие заболевания у больных 4 подгруппы.

Увеличение слюнных желез наблюдали у 23 пациентов (74 %). Обе ОУСЖ были увеличены у 5-и пациентов, левая - у 6, правая - у 3-ех, обе ПНЧСЖ были увеличены у 3-ех пациентов, левая - у 1, правая – у 2-ух (рис. 17).

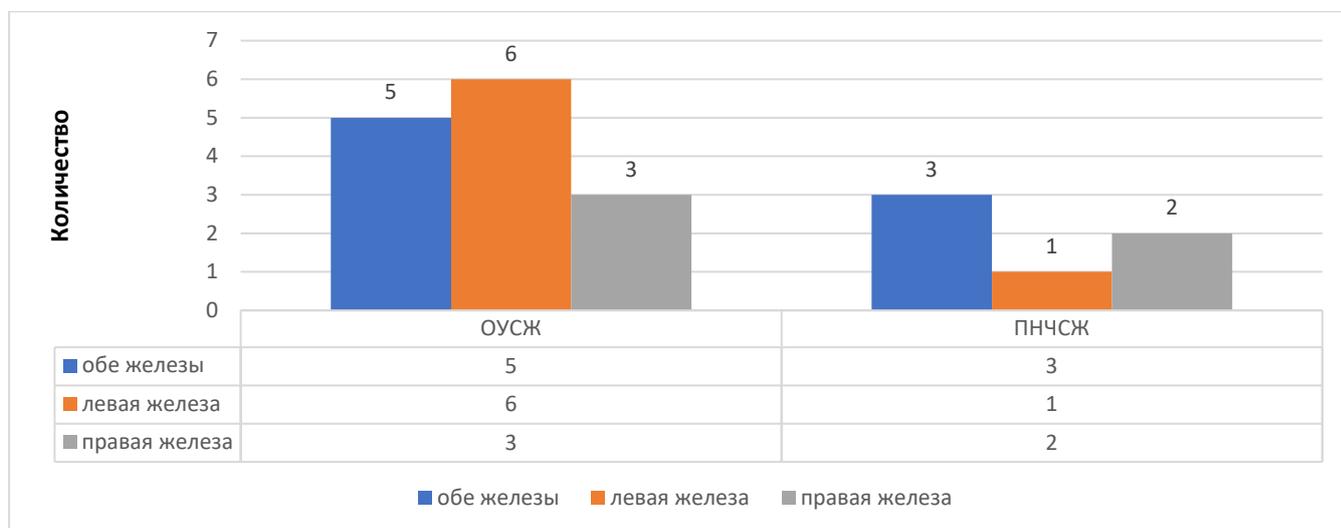


Рисунок. 17. Количество пациентов с увеличением СЖ у больных 4 подгруппы.

Таблица 12. Средние значения результатов сиалометрии, числа МСЖ и вязкости до и после лечения у больных 4 подгруппы.

Метод исследования	До лечения	После лечения	
Число МСЖ (шт.)	11±2 (шт.)	13±3 (шт.)	p <0,05
Вязкость слюны (см)	2.6±1.0 (см)	2.0±1.0 (см)	p <0,05
Скорость секреции (мл/мин.)	0.20±0.11 (мл/мин.)	0.24±0.12 (мл/мин.)	p <0,05

Результаты сиалометрии смешанной слюны до и после лечения составили соответственно 0.20±0.11 мл/мин и 0.24±0.12 мл/мин. Вязкости - 2.6±1,0 см и 2.0 ±1.0 см. Число МСЖ= 12±2 шт. и 14±2 шт.

Таким образом, мы отметили небольшое улучшение после лечения, однако до нормальных величин не доходило.

3.2.5. Клинико-лабораторные характеристики больных 2 группы

Вторую группу составили 30 пациентов с заболеваниями СЖ без жалоб на сухость полости рта. Пациенты данной группы прошли психологические тесты

опросника для сравнения результатов с больными 1-ой группы пациентов. Данная группа пациентов не получала симптоматического и комплексного лечения.

Возраст пациентов находился в пределах 22 - 71 год. Мужчины и женщины составляли по 50 % (15 пациентов). На молодой возраст приходилось 5 ж и 7 м, средний - 11 больных (6 ж и 5 м). В группе людей пожилого возраста было 7 больных (4 ж и 3 м) (таб. 13, рис. 18).

Следовательно, наибольшее число пациентов было в молодом и среднем возрасте.

Таблица 13. Распределение пациентов 2 группы по полу и возрасту.

Возраст	Число пациентов	Всего пациентов
Молодой	Ж - 5; М - 7	12 пациентов – 40 %
Средний	Ж - 6; М - 5	11 пациентов – 37 %
Пожилой	Ж - 4; М - 3	7 пациентов - 23 %
Всего:	Ж - 15; М - 15	30 пациентов (100%)

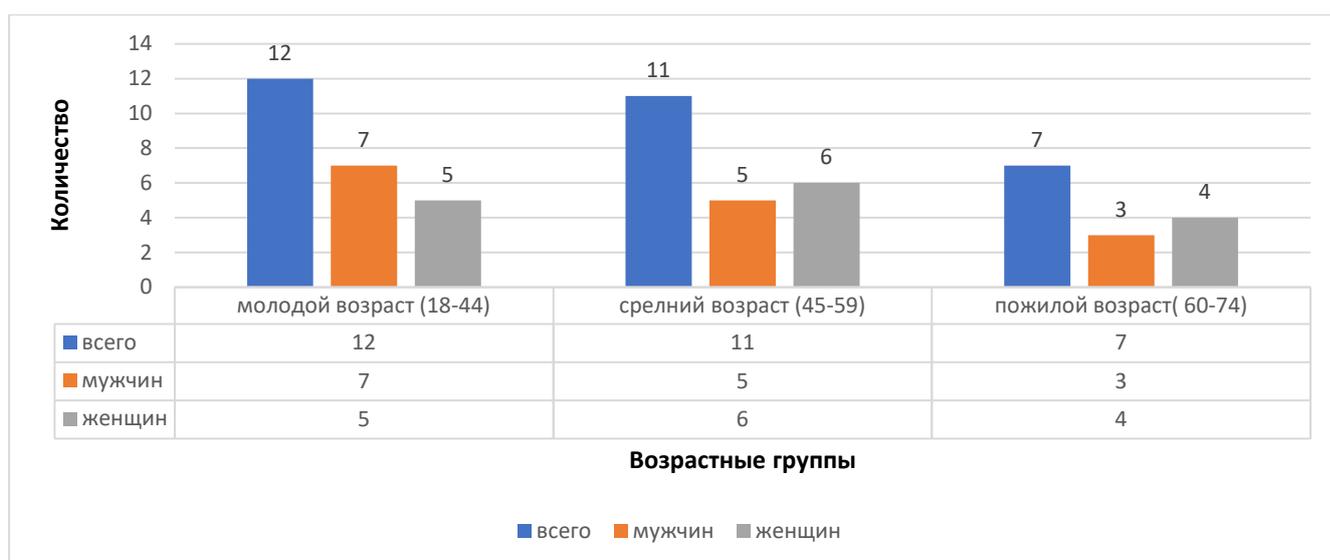


Рисунок 18. Распределение больных 2 группы по полу и возрасту.

Из 30 пациентов 3 группы СКБ диагностировали у 9 пациентов (31 %), из них у 8 – в ПНЧСЖ и у 1 - в ОУСЖ, хронический сиалодохит установили у 6 пациентов (21 %): ПНЧСЖ у 2-ух, ОУСЖ - у 4-ёх, ложный паротит Герценберга - у 3-ёх (10 %), ранула - у 3-ёх (10 %), ретенционная киста – у 4-ёх (14 %), обострение хронического сиаладенита – у 4-ёх (14 %): у 2-х с интерстициальным сиаладенитом и у 2-ух – паренхиматозным (рис. 19).



Рисунок 19. Сопутствующие заболевания СЖ во второй группе.

Результаты сиалометрии, вязкости слюны и скорости слюноотделения в сравнительном аспекте у больных 1 и 2 групп показали (таб.14), что количество МСЖ в 1 группе до лечения составило 11 ± 3 шт., после лечения 13 ± 3 шт. Проведя сравнительный анализ с теми же данными пациентов 2 группой, можно утверждать, что различия достоверны. То же самое справедливо для показателей вязкости слюны и скорости слюноотделения у больных 1 и 2 групп до и после лечения.

Таблица № 14. Средние значения сиалометрии, числа МСЖ и вязкости до и после лечения у больных 1-й и 2-й групп в сравнительном аспекте

Группы	Группа 1 (n=60)		Группа 2 (n=30)
	До лечения	После лечения	-
Методы исследования:	До лечения	После лечения	-
Число МСЖ (шт.)	11 ± 3 шт.	13 ± 3 шт.	17 ± 2 шт. $P \leq 0,01$
Вязкость слюны (см)	2.6 ± 1.0 см	2.0 ± 1.0 см	$0,7 \pm 0,3$ см $P \leq 0,02$
Скорость секреции мл/мин	0.19 ± 0.11	0.23 ± 0.13	$0,46 \pm 0,15$ мл/мин
	мл/мин	мл/мин	$P \leq 0,01$

Таким образом, мы отметили достоверное улучшение после лечения: значительное увеличение МСЖ, значительное снижение уровня вязкости и увеличение скорости саливации. В то же время до нормальных величин данные не доходили.

3.2.6. Клинико-лабораторные характеристики больных 3 группы

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: 12 м и 12 ж; на средний - 6 больных: 3 ж и 3 м (таб.15, рис.20).

Таблица №15. Распределение пациентов 3 группы по возрасту и полу.

Возраст больных	Число пациентов	Всего пациентов
Молодой	Ж – 12; М - 12	24 пациент - 80 %
Средний	Ж – 3; М - 3	6 пациентов – 20 %
Всего:	Ж – 15; М-15	30 пациентов – 100 %

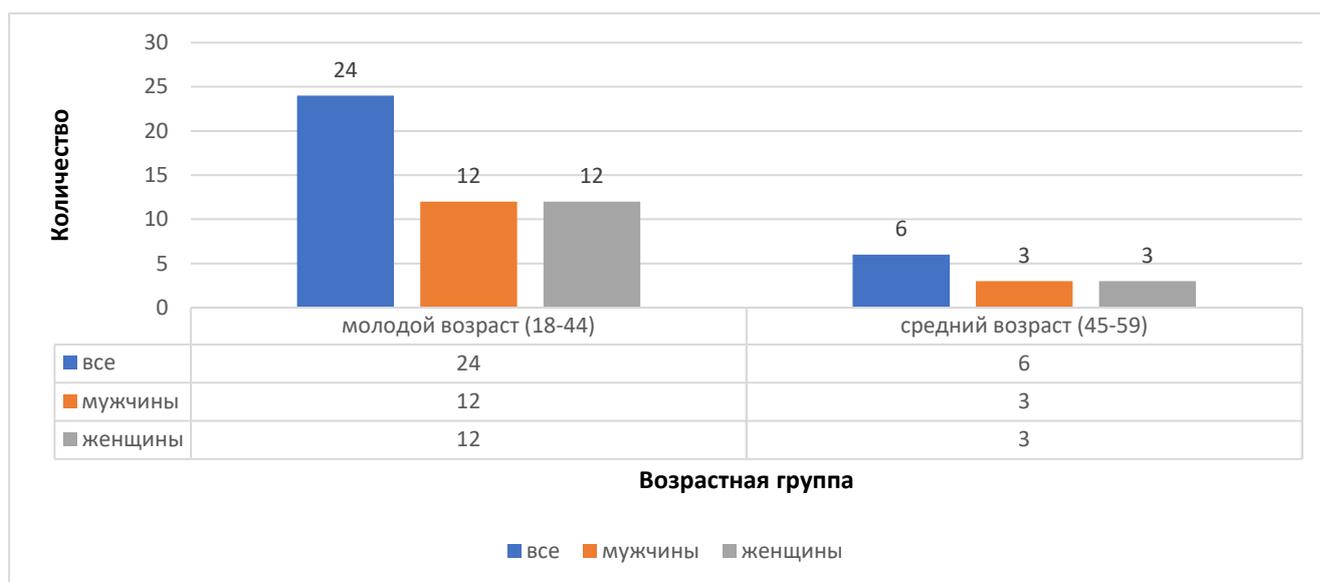


Рисунок 20. Распределение больных 3 группы по полу и возрасту

Таблица 16. Сравнение средних значений сиалометрии, числа МСЖ и вязкости смешанной слюны между 1, 2 и 3 группами.

Группы	1 группа (60).		2 группа (30)	3 группа (30)
Методы исследования	До лечения	После лечения	после лечения	-
Число МСЖ (шт.)	11±3 шт.	13±3 шт.	17±2 шт.	18±2 шт.
Вязкость слюны (см)	2.6±1.0 см	2.0±1.0 см	0,7±0,3 см	0,6±0,3 см
Скорость секреции слюны (мл/мин)	0.19±0.11 мл/мин	0.23±0.13 мл/мин	0,46±0,15 мл/мин	0,77±0,26 мл/мин

Результаты полученных данных сиалометрии, вязкости и скорости секреции у больных 3 группы (таб. 16) показали наличие достоверности различия по данным показателям между 1, 2 и 3 группам. При этом достоверности различий между показателями 2 и 3 групп не выявили, данные были в пределах допустимой относительной нормы.

3.3. Результаты анализа биохимического состава смешанной слюны у пациентов 1 группы

Биохимический анализ смешанной слюны провели у 25 больных 1 группы. При этом изучили РН смешанной слюны, общий белок, α – амилазу, щелочную фосфатазу, K^+ и Na^+ (таб.17).

Таблица 17. Результаты биохимического анализа смешанной слюны у 25 пациентов 1 группы в сравнение с контролем.

Показатель	значение	контроль	P
Общий белок: г/л	2,98±1,7 г/л	2,3±0,1 г/л	≥0,05
Na ⁺ : ммоль/л	1,42±0,04 ммоль/л	1,5±0,03 ммоль/л	≥0,05

К ⁺ : ммоль/л	0,44±0,09 ммоль/л	1,2±0,03 ммоль/л	≤0,001
Щелочная фосфатаза Ед./л	22,6±2,3 Ед./л	32,5±2,0 Ед./л	≤0,001
α-амилаза Ед./л	654,23±38,3 Ед./л	92.8±32.4 Ед./л	≤0,001
рН	7,09±0,42	6,9 ±0,36	≥0,05

Возраст пациентов колебался в пределах 30 лет - 72 года.

Средние значения кислотно-щелочного равновесия слюны находились в диапазоне рН 7,09±0,42, данный показатель у пациентов не выходил за пределы нормы (рН 6,8–7,2).

Средние значения общего белка находились в пределах 2,98±1,7 г/л при диапазоне нормы 2–4 г/л. Следовательно, и этот показатель не выходил за пределы нормы.

Среднее количество Na⁺ составило 1,42±0,04 ммоль/л, что было в пределах нормы (0,6–2,4 ммоль/л).

Среднее количество К⁺ составило 0,44±0,09 ммоль/л при норме 1,2–2,5 ммоль/л, что свидетельствовало об объективном его снижении в смешанной слюне и нарушении реабсорбции слюны.

Среднее количество активности щелочной фосфатазы составляло 22,6±2,3 Ед./л, что также было статистически достоверно снижено, при норме 29–34 Ед./л. При этом связи снижения щелочной фосфатазы с основной группой заболевания не выявили.

Средние показатели альфа-амилазы у наших больных были = 654,23±38,3 Ед./л при нормальных референтных значениях 156 ±36,0 Ед./л, то есть активность альфа-амилазы была повышена у пациентов с сиаладенозом. Вероятно, причиной этого были такие сопутствующие заболевания как: гипогонадизм, синдром Шегрена и заболевания щитовидной железы.

3.4. Анализ стероидных гормонов смешанной слюны у пациентов 1 группы

Половые гормоны смешанной слюны исследовали у 19 пациентов 1 группы с целью диагностики метаболического синдрома (гипогонадизм) с использованием тандемной хромато-масс-спектрометрии (LC-MS/MS).

При этом ксеростомию выявили у больных сиаладенозом, протекавшем на фоне гипогонадизма, - у 4-х больных мужчин; на фоне заболеваний щитовидной железы - у 5-ти женщин, приема лекарственных средств - у 3-х женщин, после радиойодтерапии - у 1 женщины и 1 мужчины, вегето-сосудистой дистонии - у 3-х женщин, Синдрома Шегрена - у 1 женщины. Все 19 обследованных находились в 1 группе пациентов.

Результаты исследования (таб. 18) показали снижение содержания мелатонина как у мужчин, так и женщин. 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.

Также необходимо отметить уменьшение количества свободного тестостерона у 4-х мужчин. У них выявили увеличение обеих ОУСЖ, что позволяло утверждать возникновение сиаладеноза на фоне гипогонадизма.

Таблица 18. Результаты анализа смешанной слюны на половые гормоны.

Гормоны	Норма	Результаты
1. Мелатонин	Утро (8.0–11.00):	4,44±1,63 пг/мл
	7,9–15,0 пг/мл	2,19±0,65 пг/мл
2. 17-ОН-прогестерон	0,05–0,36 нмоль/л	0,3±0 нмоль/л
	0,14–0,32 нмоль/л	0,27±0,06 нмоль/л
3. Андростендион	0,14–0,63 нмоль/л	0,35±0,05 нмоль/л
	0,06–0,48 нмоль/л	0,42±0,22 нмоль/л
	0,3–1,7 ммоль/л	0,69±0,07 ммоль/л

4. Дегидроэпиандростерон (ДГЭА)	0,3–1,0 ммоль/л	0,56±0,33 ммоль/л
5. Кортизол	Утро (8.00–11.00):	5,28±0,84
	5,0–14,6 ммоль/л	6,92±3,44 ммоль/л
6. Кортизон	2,1–47,4 ммоль/л	12,66±3,26 ммоль/л
		14,37±2,61 ммоль/л
7. Прогестерон	<0,02 ммоль/л	0,3±0 ммоль/л
	0,2–1,6 ммоль/л	0,29±0,03 ммоль/л
8. Тестостерон	Мужчины: 0,3–1,1 ммоль/л	0,27±0,04 ммоль/л
	Женщины: 0,05–0,4 ммоль/л	0,12±0,06 ммоль/л
9. Эстрадиол	<0,02 ммоль/л	0,11±0,02 ммоль/л
	0,01–0,29 ммоль/л	0,09±0 ммоль/л

Таким образом, при лечении больных ксеростомией необходимо использовать методы психологической коррекции.

3.5. Анализ результатов психологического тестирования SCL-90-R у пациентов 1-ой группы 4 подгруппы, 2-ой и 3-ей групп

Сравнительный анализ проводили с помощью т-критерия Стьюдента для независимых выборок. Каждая группа пациентов была взята за 100%.

Общее количество обследованных пациентов было 91 человек (таб. 19).

Из 31 больного, страдавшего ксеростомией (1 группа 4 подгруппа), количество пациентов, выходящих за границы нормы любого показателя составило 52±9%, во 2-ой группе пациентов с заболеваниями СЖ без ксеростомии из 30 больных (100 %) этот показатель составил 17±7%, в контрольной группе из 30 пациентов (100 %) - 6±4%

Таблица 19. Результаты тестирования SCL-90-R у пациентов 1 группы 4 подгруппы, 2 и 3 групп.

Показатели	1 группа 4 подгруппа 31 больной	2 группа 30 больных	3 группа 30 больных
1. Общее количество пациентов	91		
2. Количество пациентов в группе:	31 (100%)	30 (100%)	30 (100%)
3. Пациенты, выходящие за границы нормы любого показателя	16 - 52±9% ¹	5-7±7%*	2-6±4%*
4. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>соматизации</i>	6 -19±7% ²	2-6±4%*	0
5. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>обсессивности—компульсивности</i>	1-3±3%*	0	0
6. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>межличностной сензитивности</i>	1-3±3%*	0	0
7. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>депрессии</i>	4- 3±6%*	2-6±4%*	1-3±3%*
8. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>тревожности</i>	3-10±5%*	1-3±3%*	0
9. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>враждебности</i>	2-6±4%*	0	0
10. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>фобии</i>	3-10±5%*	0	0
11. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>паранойи</i>	3-10±5%*	0	1-3±3%*

12. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>психотизма</i>	1-3±3%*	0	0
13. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>индекса ADD</i> (дополнительные вопросы)	5-16±6% ²	1-3±3%	0
14. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>индекса GSI</i> (общий индекс тяжести симптомов)	3-10±5%*	0	0
15. Пациенты, выходящие за границы <i>N</i> индекса <i>PST</i> (общее число утвердительных ответов)	3 – 10±5%*	0	0
16. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>индекса PSD</i> (индекс наличного симптоматического дистресса)	3-10±5%*	0	0

Примечание: $p \leq 0,001^1$; $p \leq 0,01^2$ $p \leq 0,05^3$; $p \geq 0,05^*$;

Количество пациентов, выходящих за границы нормы *соматизации* в 1-й группе 4 подгруппе, составило 19±7% (6 больных), во второй - 2 пациента 6±4% и в контрольной 3-й группе – отклонений от показателей нормы не было.

Отклонения показателей *обсессивности* и *компульсивности* в 1-й группе 4 подгруппе 3±3% (1 пациент), во 2-й и 3-й группах отклонений от показателей нормы не выявили.

Количество пациентов, выходящих за границы нормы *межличностной чувствительности* составили значения предыдущих симптоматических расстройств.

Количество пациентов, выходящих за границы нормы *депрессии* в 1-й группе 4 подгруппе составило 13±6% (4 пациента), во второй группе – 2 пациента (6±4%), в контрольной группе отклонения от нормы выявили у 1 пациента (3±3%).

Количество пациентов, выходящих за границы *нормы тревожности* в первой группе четвертой подгруппы, составило 10±5%, во 2-й - 3±3%, в контрольной группе данный показатель не выходил за границы нормы.

Количество пациентов, выходящих за границы нормы *враждебности* в 1-й группе 4 подгруппе, составило $6\pm 4\%$, а во 2-й и 3-й группах показатель не выходил за границы нормы.

Количество пациентов, выходящих за границы нормы *фобии* в 1-й группе 4 подгруппе, составило $10\pm 5\%$, во 2-й и 3-й группах данный показатель не выходил за границы нормы.

Количество пациентов, выходящих за границы нормы *паранойи* в 1-й группе 4 подгруппе, составило $10\pm 5\%$, во 2-й группе данный показатель составил $3\pm 3\%$, в 3-й группе данный показатель не выходил за пределы нормы.

Количество пациентов, выходящих за границы нормы *психотизма* в 1-й группе 4 подгруппе, составило $3\pm 3\%$, во 2-й и 3-й данный показатель не выходил за границы нормы.

Количество пациентов, выходящих за границы нормы *индекса ADD* (дополнительные вопросы) в 1-й группе 4 подгруппе = $16\pm 6\%$, во 2-й группе отклонение от нормы было $3\pm 3\%$, у 3-й группы данный показатель не выходил за границы нормы.

Количество пациентов, выходящих за границы нормы *индекса GSI* (*общий индекс тяжести симптомов*) в 1-й группе 4 подгруппе, составило $10\pm 5\%$, а во 2-й и 3-й группах данный показатель не выходил за границы нормы.

Количество пациентов выходящие за границы нормы *индекса PST* (*общее число утвердительных ответов*) было аналогичным предыдущей группе.

Количество пациентов, выходящих за границы нормы *индекса PSD* (*индекс наличного симптоматического дистресса*), было аналогичным предыдущей группе.

Таким образом, результаты показателей психоэмоционального статуса больных с учетом одной группы пациентов, принятых за 100 %, показали, что наибольшее число пациентов, выходящих за границы нормы любого показателя, было достоверно выше в 1-й группе 4 подгруппе больных с объективной ксеростомией ($52\pm 9\%$) по сравнению со 2-ой ($17\pm 7\%$) и 3-ей ($6\pm 4\%$) группами.

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

Так же выявили данные о наличии отклонений между второй и контрольной группами в таких показателях как соматизация и дополнительные вопросы.

Пациенты с заболеваниями СЖ без признаков ксеростомии (2 группа) имели отклонения по 4 основным шкалам симптоматических расстройств.

Пациенты контрольной 3 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. Данные коррелировали с результатами исследования слюны на половые гормоны, при которых выявили снижение содержания мелатонина как у мужчин, так и женщин. Данные результаты исследования частично отражены в статье 2021 г.[22].

3.6. Лечение пациентов с ксеростомией

Из 60 пациентов 1 группы (4 подгруппы) 31 пациенту провели коррекцию эмоционального состояния с помощью техники осознанности «Майндфулнесс» (Mindfulness):

3.6.1 Коррекция психологического состояния пациентов 4 подгруппы помощью техники осознанности «Майндфулнесс» (Mindfulness)

Лечение каждого пациента проходило на дому. Больному выдавали опросник и написанную методику упражнения техники осознанности. Пациенты выполняли упражнения утром и вечером. В течение 10 дней пациент заполнял специальный 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) занимало 5–10 мин. Результаты опросника пациенты записывали в дневник (электронный или бумажный). Результаты психологического состояния до и после лечения и оценки результатов терапии определяли с помощью повторного проведения опросника SCL-90-R.

Все больные после лечения отметили улучшение своего состояния.

Результаты лечения показали, что количество пациентов, выходящих за границы нормы показателя соматизации до лечения, составило $19\pm 7\%$ (6 пациентов) и после лечения достоверно снижалось: $3\pm 3\%$ (1 пациент), количество пациентов выходящие за границы нормы любого показателя так же уменьшалось, до лечения данный показатель составлял $52\pm 9\%$ (16 пациентов), после лечения $19\pm 7\%$ (6 пациентов).

Таблица 20. Сравнение результатов терапии пациентов 4 подгруппы с использованием техники осознанности «Майндфулнесс» до и после лечения.

Показатели	Результаты опросника SCL-90-R	
	До лечения	После лечения
1. Количество пациентов:	31 (100%)	31 (100%)
2. Пациенты, выходящие за границы <i>нормы любого показателя</i>	16-52±9% ¹	6 - 19±7%
3. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>соматизации</i>	6 - 19±7% ²	1 - 3±3%
4. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>обсессивности—компульсивности</i>	1 - 3±3%*	0
5. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>межличностной сензитивности</i>	1 - 3±3%*	0
6. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>депрессии</i>	4 - 13±6%*	1 - 3±3%
7. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>тревожности</i>	3 - 10±5%*	1 - 3±3%

8. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>враждебности</i>	2 - 6±4%*	0
9. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>фобии</i>	3 - 10±5%*	1 - 3±3%
10. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>паранойи</i>	3 - 10±5%*	0
11. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>психотизма</i>	1 - 3±3%*	0
12. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>индекса ADD</i> (дополнительные вопросы)	5 - 16±6%*	1 - 3±3%
13. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>индекса GSI</i> (общий индекс тяжести симптомов)	3 - 10±5%*	0
14. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>индекса PST</i> (общее число утвердительных ответов)	3 - 10±5%*	1 - 3±3%
15. Пациенты, выходящие за границы нормы <i>индекса PSD</i> (индекс наличного симптоматического дистресса)	3 - 10±5%*	0

Отклонения показателя *обсессивности и компульсивности* до лечения составило 3±3% (1 пациент), после - отклонений не было.

Количество пациентов, выходящих за нормы *межличностной сензитивности* не отличались от показателей прошлой шкалы.

Количество пациентов, выходящих за границы *депрессии и нормы тревожности* до и после лечения не имели достоверных различий.

Количество пациентов, выходящих за границы нормы *враждебности, фобии, психотизма и паранойи* до и после лечения так же не имели достоверных различий

Количество пациентов, выходящих за границы *нормы индекса ADD* (дополнительные вопросы) до лечения, составило 16±6% (5) и после - 3±3% (1).

Количество пациентов, выходящих за границы нормы *индекса GSI (общий индекс тяжести симптомов)*, составило $10\pm 5\%$ до терапии, а после отклонений не было.

Количество пациентов выходящие за границы нормы *индекса PST (общее число утвердительных ответов)* было $10\pm 5\%$, после - $3\pm 3\%$.

Количество пациентов, выходящих за границы нормы *индекса PSD (индекс наличного симптоматического дистресса)*, было $10\pm 5\%$, после лечения отклонений не наблюдали.

Коррекция психоэмоционального статуса больных 1 группы 4 подгруппы с ксеростомией с использованием психологической техники осознанности «Майндфулнесс» (Mindfulness) позволила достоверно снизить число пациентов с такими показателями, как: «норма любого показателя» и «соматизации».

После проведения психологической техники осознанности «Майндфулнесс» больные ксеростомией чувствовали себя значительно лучше, сухость рта переносилась ими без прежних страданий, статистический анализ показал достоверное улучшение эмоционального состояния пациентов. Так же количество отклонений по количеству показателей приблизился к пациентам контрольной группы.

Полученные данные показывают необходимость совершенствования комплекса лечения пациентов с установленным диагнозом ксеростомия путем внедрения немедикаментозной психотехники осознанности «Майндфулнесс» (Mindfulness).

Однако достоверность положительного эффекта среди пациентов 4 группы по результатам сиалометрии проведенной до и после психоэмоционального лечения не подтверждена. Разница между средним значением МСЖ до и после проведения немедикаментозного лечения не выявлена и показатель составил 13 ± 3 шт., такая же картина была и среди средних значений вязкости слюны и скорости слюноотделения, их показатели до и после получения немедикаментозного лечения составляли $2,00\pm 0,00$ см и $2,35\pm 0,23$ мл/ мин соответственно.

Полученные данные показывают необходимость совершенствования комплекса лечения пациентов с установленным диагнозом ксеростомия путем

внедрения немедикаментозной психотехники осознанности «Майндфулнесс» (Mindfulness) в комплексе с применением ранее разработанных и внедрённых схем медикаментозного лечения. Данные результаты исследования частично отражены в статье 2022 г.[23].

3.6.2 Лечение пациентов с ксеростомией с использованием методов комплексной консервативной терапии

Все 60 пациентов 1 группы получали патогенетическую и симптоматическую (саливозаместительную) терапию с использованием ополаскивателя, спрея и геля фирмы Xerostom. Ополаскиватель больные применяли в течение дня, проводя смачивание полости рта по 3-5 минут. Спрей пациенты использовали в течение дня, по необходимости орошая слизистую оболочку по мере необходимости. Гель больные использовали перед сном, равномерно нанося его на слизистую оболочку полости рта. Пациенты отмечали временное снижение сухости рта после использования компонентов препарата. Сон становился спокойным и без необходимости повторной обработки полости рта гелем.

Кроме того, в комплекс лечения входил курс блокад, состоящий из 10 инъекций проводимых наружным доступом в области СЖ с 20 мл 0,5% раствора лидокаина, с добавлением 4 мл 5% раствора мексидола. Блокады показали эффективность у 92 % больных, данный метод не показал улучшения 5-ти пациентов: после радиойодтерапии, на фоне вегетососудистой дистонии и на фоне Синдрома Шегрена, при этом количество МСЖ до и после лечения не изменялось, вязкость смешанной слюны составляла 4.5 см, скорость саливации = 0.16 мл/мин, что было недостаточно. Особенно блокады были неэффективны у больных, которые принимали антидепрессанты.

В комплекс лечения также включали подкожные инъекции 1 % раствора галантамина гидрохлорида (или 1 % раствора нивалина) ежедневно, всего № 30. Подкожные инъекции показали 92% эффективности. Данная методика не дала эффекта у 5-и пациентов с ксеростомией на фоне приема лекарственных средств и сахарного диабета 2 типа. Из анамнеза данных пациентов было известно о приеме более 5 препаратов по поводу общесоматических заболеваний.

Эффективность комплексного лечения составила 84% от всего числа пациентов.

У всех 10 пациентов 1 подгруппы комплексная консервативная терапия не дала положительных результатов. Пять из них отметили улучшение после лечения с использованием психологической техники осознанности «Майндфулнесс». Пациенты не отмечали жалоб на сухость рта, однако результаты обследования не показали улучшения после терапии с техникой осознанности «Майндфулнесс».

Все 9 пациентов 2 подгруппы после комплексного лечения отметили временное небольшое улучшение состояния и увеличение саливации, но жалобы на сухость полости рта у них сохранялись в прежнем объеме. Обследование показала, что число МСЖ до лечения у них было 10 ± 3 шт., после - 12 ± 2 шт.; вязкость слюны до = 2.7 ± 0.8 см и 2.3 ± 0.8 см - после, скорость саливации до: 0.16 ± 0.07 мл/мин и 0.19 ± 0.07 мл/мин – после. Пять больных 2 подгруппы дополнительно прошли лечение с использованием техники осознанности «Майндфулнесс», при этом отметили значительное улучшение.

У всех 41 больных 3 подгруппы после комплексного консервативного лечения отметили значительное улучшение: жалобы на сухость полости рта уменьшились, стали периодическими. Результаты обследования показали, что число МСЖ до лечения = 12 ± 2 шт. и 14 ± 2 шт. - после; вязкость слюны составила 2.4 ± 0.9 см до и 7 ± 0.8 см после; скорость секреции была 0.21 ± 0.1 мл/мин и после = 0.26 ± 0.13 мл/мин. У 21 пациента 2 подгруппы отметили значительное улучшение после проведения техники осознанности «Майндфулнесс».

Глава 4. Заключение

Заболевания слюнных желез, особенно в начальный период, могут протекать бессимптомно. Большую часть из них приходится на реактивно-дистрофические процессы, или сиаладенозы, развивающиеся на фоне общей соматической патологии различных органов и систем человека, которые часто приводят к ксеростомии.

Сиаладеноз может диагностироваться в результате клинического проявления в виде безболезненного увеличения СЖ на фоне разных состояний и заболеваний человека, например на фоне: приема лекарственных средств (гипотензивные, Н-холиноблокаторы, противоаритмические препараты, антидепрессанты), общесоматических заболеваний (щитовидной железы, сахарного диабета, метаболического синдрома и др.).

Сиаладеноз часто приводил к временной или постоянной сухости полости рта на фоне эмоционального напряжения человека. Все эти факторы затрудняли диагностику сиаладеноза, особенно на ранней стадии заболевания. Высказанное указывает на то, что в лечении сиаладеноза, как дистрофического процесса СЖ, должны принимать участие многие узкопрофильные специалисты.

Целью нашего исследования было совершенствование методов диагностики и лечения пациентов с ксеростомией с использованием медико-психологических технологий.

Для решения поставленных задач в период с 2019 по 2022 год 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 и в период полной ремиссии следующих заболеваний: синдром Шегрена, радиойодтерапия, заболевания щитовидной железы, вегетососудистая дистония, приём лекарственных средств, сахарный диабет 2-го типа, гипогонадизм, хронический сиалодохит и слюннокаменная болезнь.

Таким образом, наиболее часто ксеростомия возникала на фоне приема различных лекарственных средств (23 %), заболеваний щитовидной железы (17 %) и вегетососудистой дистонии (17 %).

Результаты дополнительных методов исследования 1 группы (сиалометрия смешанной слюны, её вязкость и число МСЖ) показали, что ксеростомия у больных 1 группы была объективной, характеризовалась снижением числа МСЖ, повышением вязкости слюны и снижением скорости саливации. После лечения отмечалось небольшое увеличение всех параметров. Однако нормальных величин не достигало.

Пациентов 1 группы разделили на четыре подгруппы.

В 1-ю 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 проведение комплексного лечения не привело к положительным результатам, жалобы на сухость полости рта сохранились в прежнем объеме.

Сиаладеноз у больных 1 подгруппы протекал на фоне синдрома Шегрена, после радиойодтерапии, заболеваний щитовидной железы, вегетососудистой дистонии, приема лекарственных средств и сахарного диабета.

Таким образом, большую часть подгруппы составляли женщины, преобладала пожилая возрастная группы и чаще всего сиаладеноз возникал на фоне приема лекарственных средств. Результаты дополнительных методов исследования: сиалометрия смешанной слюны, вязкость и число МСЖ до и после комплексной терапии не показали улучшения и были не достоверны. Средние значения МСЖ до и после лечения составили 7.8 ± 2.2 шт. и 7.8 ± 2.2 шт., вязкость - 3.3 ± 1.0 см, скорость слюноотделения = 0.12 ± 0.083 мл/мин.

Во 2-ю подгруппу вошли 9 пациентов (8 ж и 1 м), которые после лечения отмечали временное небольшое улучшение в виде увеличения саливации, однако жалобы на сухость рта у них сохранялись в прежнем объеме. На группу среднего возраста больных 2 подгруппы приходилось 4 пациентки (44%), пожилого – 4 (44%), старческого - 1 мужчина (12%). Сиаладеноз у них протекал на фоне синдрома Шегрена, заболеваний щитовидной железы, вегетососудистой дистонии,

приема лекарственных средств, сахарного диабета и различных заболеваний слюнных желез.

Таким образом, во 2-й подгруппе преобладали пациенты женского пола в равной степени среднего и пожилого возраста с преобладанием сиаладеноза на фоне заболеваний щитовидной железы. Среднее количество МСЖ до лечения у них составило 10 ± 3 шт., после - 12 ± 2 шт. Вязкость до лечения $= 2.7 \pm 0.8$ см и после - 2.3 ± 0.8 см. Скорость саливации до лечения $= 0.16 \pm 0.07$ мл/мин и после - 0.19 ± 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 уменьшились значительно. В 3 подгруппу вошли 15 м и 26 ж. На молодой возраст приходилось 12 пациентов (29 %), на средний - 14 (34 %), пожилой - 15 (37 %).

Таким образом, большую часть группы 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%)

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

Проведение комплексной терапии приводило к значительному улучшению: жалобы на сухость полости рта практически не беспокоили. Так, скорость саливации после лечения увеличилась с 0.21 ± 0.12 мл/мин до 0.26 ± 0.13 мл/мин, вязкость снизилась с 2.4 ± 0.9 см до 1.7 ± 0.8 см, число МСЖ увеличилось с 12 ± 2 шт. до 14 ± 2 шт., результаты были достоверны.

В четвертую подгруппу вошли 31 (из 60) пациентов, 17 ж и 14 м, которые дополнительно прошли экспериментально-психологическое обследование по

опроснику SCL-90-R и получили лечение с использованием психологической техники осознанности «Майндфулнесс» (Mindfulness). Из 31 пациента 5 были из 1 подгруппы, 5 – из 2-й и 21 пациент - из 3-й.

Молодой возраст составил 3 больных (10%), средний – 12 (39%), пожилой - 13 (42%) и старый - 3 мужчин (9%).

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

Таким образом большую часть группы составили женщины среднего и пожилого возрастного периодов, с преобладанием сиаладеноза на фоне приема лекарственных препаратов.

Дополнительные методы исследования показали следующие результаты: сиалометрия до и после лечения = 0.20 ± 0.11 и 0.24 ± 0.12 мл/мин; вязкость = 2.6 ± 1.0 и 2.0 ± 1.0 см, число МСЖ = 12 ± 2 и 14 ± 2 . 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 больных, следовательно, наибольшее число пациентов было в молодом и среднем возрасте.

Из 30 пациентов 2 группы в период обострения СКБ диагностировали у 9 пациентов (31%), у 8 – в ПНЧСЖ и у 1 - в ОУСЖ, хронический сиалодохит установили у 6 пациентов (21%): ПНЧСЖ у 2-х, ОУСЖ - у 4-х, ложный паротит Герценберга - у 3-х (10 %), ранулу - у 3-х (10 %), ретенционную кисту – у 4 –ёх (14 %), обострение хронического сиаладенита – у 4-х (14 %): у 2-х с интерстициальным сиаладенитом и у 2-х – паренхиматозным.

Количество малых слюнных желез равнялось 17 ± 2 шт., вязкость смешанной слюны была $= 0,7 \pm 0,3$ см, скорость слюноотделения $0,46 \pm 0,15$ мл/мин. Таким образом, значения саливации у больных 2 группы (без ксеростомии) были в пределах нижней границы нормы.

Третья группа была контрольной, в неё вошли 30 пациентов без патологии СЖ и без признаков ксеростомии. Эти пациенты так же прошли психологические тесты - опросники с целью сравнения с результатов с больными 1 и 2 групп.

Возраст пациентов колебался в пределах 19–59 лет. На молодой возраст приходилось 24 пациента, средний - 6 больных.

Количество малых слюнных желез $= 18 \pm 2$ 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.

Так же мы провели анализ биохимического состава смешанной слюны, а также качественного анализа смешанной слюны на половые гормоны.

Биохимический анализ смешанной слюны больных 1 группы провели у 25 пациентов. При этом изучили рН смешанной слюны, общий белка, α – амилазу, щелочную фосфатазу, K^+ и Na^+ .

Результаты биохимического анализа смешанной слюны у больных ксеростомией показал, что такие показатели как: рН слюны, общий белок, Na^+ были в пределах нормы. K^+ и активность щелочной фосфатазы были статистически достоверно снижены. Показатели активности альфа – амилазы были повышены у пациентов с сиаладенозом на фоне гипогонадизма, Синдрома Шегрена и заболеваний щитовидной железы.

Половые гормоны смешанной слюны исследовали у 19 пациентов (14 ж и 5 м) с использованием тандемной хромато-масс-спектрометрии (LC-MS/MS). Все 19 обследованных находились в 1 группе пациентов. Результаты исследования показали снижение содержания мелатонина как у мужчин, так и женщин. 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.

Также у больных наблюдалось уменьшение количества свободного тестостерона у 4-х мужчин. У них выявили увеличение обеих ОУСЖ, что позволяло утверждать возникновение сиаладеноза на фоне гипогонадизма.

Ультразвуковое исследование СЖ провели у 20 пациентов 2 группы с целью верификации диагноза, при этом отметили увеличение околоушных лимфатических узлов или редко слюнной железы, 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.

Также мы провели сравнительный анализ результатов психологического тестирования SCL-90-R у пациентов 1-й группы 4-й подгруппы, 2 и 3 групп. Общее количество обследованных пациентов было 91 человек.

Результаты показателей психоэмоционального статуса больных с учетом одной группы пациентов, принятых за 100 %, показали, что наибольшее число пациентов, выходящих за границы нормы любого показателя, было достоверно выше в 1-й группе 4-й подгруппе больных с объективной ксеростомией (52 ± 9 %) по сравнению со 2-й ($17 \pm 7\%$) и 3-ей ($6 \pm 4\%$) группами.

Пациенты 1 группы с ксеростомией имели отклонения по всем основным шкалам симптоматических расстройств и испытывали психоэмоциональное напряжение. Так же имелись достоверные отклонения между второй и контрольной групп в таких показателях как соматизация и дополнительные вопросы. Пациенты с заболеваниями СЖ без признаков ксеростомии имели отклонения по 4 основным шкалам симптоматических расстройств. Пациенты контрольной имели отклонения только по 2 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 из 1 группы получали симптоматическое лечение с помощью спрей и геля фирмы Xerostom. Так же пациенты получали комплексное лечение, в которое входили подкожные инъекции 1% раствора галантамина гидрохлорида (или нивалина), и курс блокад состоящий из 10 инъекций проводимых наружным доступом в области СЖ с 20 мл 0,5% раствора лидокаина, с добавлением 4 мл 5% раствора мексидола. Эффективность комплексного лечения составила 84% от всего числа пациентов.

31 пациент 4-ой подгруппы кроме симптоматической терапии получали коррекцию эмоционального состояния с помощью техники осознанности «Майндфулнесс» (Mindfulness).

Метод коррекции психологического состояния пациентов 1 группы с помощью техники осознанности «Майндфулнесс» (Mindfulness) состоял в том, что лечение каждого пациента проходило на дому. Больному выдавали опросник и написанную методику упражнения техники осознанности. Пациенты выполняли упражнения утром и вечером. В течение 10 дней пациент заполнял специальный 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) занимало 5–10 мин. Результаты опросника пациенты записывали в дневник (электронный или бумажный).

Оценка изменений психоэмоционального фона пациентов после полученного лечения производилась по результатам повторного тестирования SCL-90-R.

Успешность техники «Майндфулнесс» (Mindfulness) была подтверждена положительными результатами, полученными среди пациентов 1 группы 4 подгруппы. Пациентов с показателями «Норма любого показателя» и «соматизация» стало значительно меньше, что и подтверждает достоверность данного исследования. Данная техника позволила значительно повысить качество жизни пациентов, страдающих ксеростомией, их состояние разительно улучшилось, а сухость полости рта перестала доставлять дискомфорт.

Статистический анализ показал достоверное улучшение эмоционального состояния пациентов. Так же количество отклонений по количеству показателей приблизился к пациентам контрольной группы. Полученные данные позволили нам рекомендовать включение в комплекс лечения пациентов с ксеростомией немедикаментозную психологическую технику осознанности.

Таким образом, результаты нашей работы показали, что:

-большинство (35 %) пациентов с сиаденозом относились к среднему возрастному периоду (45–59 лет) и к периоду пожилого возраста -38% (60–74 лет).

- наиболее часто ксеростомия возникала на фоне приема лекарственных средств (23 %), заболеваний щитовидной железы (17 %) и вегетососудистой дистонии (17 %).

- ксеростомия у больных различных подгрупп была объективной и характеризовалась снижением числа МСЖ, повышением вязкости слюны и снижением скорости саливации. После лечения отмечалось незначительное улучшение всех параметров. Однако нормальных величин не достигало.

-пациенты с объективной ксеростомией имели отклонения по всем основным шкалам симптоматических расстройств и испытывали психоэмоциональное напряжение, ухудшение качества и восприятия жизни и нуждались в коррекции психоэмоционального состояния для улучшения качества жизни.

Коррекция психоэмоционального статуса больного ксеростомией с использованием психологической техники осознанности «Майндфулнесс» (Mindfulness) позволяла достоверно снизить уровень ощущения сухости полости рта. В то же время объективные показатели саливации оставались на прежнем уровне.

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 возрастном периоде (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 сиаладенозом 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.

Список литературы

1. Абдусаламов, М. Р. Врожденные аномалии протока поднижнечелюстной слюнной железы, способствующие развитию слюннно-каменной болезни / М. Р. Абдусаламов, В. В. Афанасьев // Российский стоматологический журнал. - 2004. - № 2. - С. 31–32.
2. Абдусаламов, М. Р. Клинические особенности течения слюннокаменной болезни и выбор метода лечения в период обострения сиаладенита / М. Р. Абдусаламов, В. В. Афанасьев // Стоматология. - 2007. - № 5. -С. 48–49.
3. Абдусаламов, М. Р. Удаление камней из различных отделов поднижнечелюстного протока / М. Р. Абдусаламов, В. В. Афанасьев, И. А. Магадов // Российский стоматологический журнал. - 2011. - № 6. - С. 16–17.
4. Абусуев, С. А. Содержание тироксина и тиреотропного гормона в слюне и сыворотке крови у больных сиалопатиями на фоне заболеваний щитовидной железы / С. А. Абусуев, А. Х. Асиятилов, Х. А. Ордашев // Вестник новых медицинских технологий. – Тула, 2008. - С. 1–3.
5. Авдиенко, О. В. Клиника, диагностика и комплексное лечение больных различными формами сиаладеноза : автореферат дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / О. В. Авдиенко ; рук. работы В. В. Афанасьев ; МГМСУ. – Москва, 2008. - 24 с.
6. Амерханов, М. В. Клиника, диагностика и лечение сиаладеноза у больных с хроническим простатитом (экспериментально-клиническое исследование) : автореферат дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / М. В. Амерханов ; рук. работы В. В. Афанасьев, А. Б. Денисов ; МГМСУ. - Москва, 2002. - 22 с.
7. Анализ больных с новообразованиями околоушных слюнных желез (по материалам Пензенской области) / И. С. Агеев, А. А. Гришаев, С. П. Панюшов, В. Б. Тюмин // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. - 2007. - № 4. - С. 51–54.
8. Анализ заболеваний слюнных желез по данным клиники хирургической стоматологии челюстно-лицевого госпиталя Ветеранов Войн г. Москвы / В.

В. Афанасьев, О. Ю. Винокурова, Х. А. Ордашев, А. О. Абдусаламов, Г. М. Гитихмаев // Российский стоматологический журнал. - 2015. – Т. 19. - № 3. - С. 27-29.

9. Аракелян, М. Г. Основные причины и клинические проявления ксеростомии / М. Г. Аракелян, Н. В. Тамбовцева, А. В. Арзуканян // Российский стоматологический журнал. – 2016. - Т. 20. - №2. - С. 74-78.

10. Аракелян, М. Г. Сравнительная оценка средств, облегчающих проявления ксеростомии : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14 / М. Г. Аракелян ; рук. работы И. М. Макеева ; Первый МГМУ им. И. М. Сеченова МЗ РФ - Москва, 2017. - 300 с.

11. Асиятилов, А. Х. Состояние слюнных желез при эндемическом зобе : материалы конференции / А. Х. Асиятилов, Х. А. Ордашев, Г. А. Асиятилов // Актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний и повреждений слюнных желез. – Москва, 2009. – № 2. - С. 18.

12. Асиятилов, А. Х. Состояние слюновыделительной системы у больных сиаладенозом при патологии щитовидной железы / А. Х. Асиятилов, Г. А. Асиятилов, Х. А. Ордашев // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. - 2011. - № 1. - С. 28–30.

13. Асиятилов, А. Х. Тиреоидные гормоны слюны в оценке функционального состояния слюнных желёз / А. Х. Асиятилов, Х. А. Ордашев, Г. А. Асиятилов // Заболевания и повреждения слюнных желез : материалы юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 60-летию доктора медицинских наук, профессора В. В. Афанасьева. – Москва, 2006. - С. 34–35.

14. Асиятилов, Г. А. Заболевания слюнных желез при поражении щитовидной железы : автореферат дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Г. А. Асиятилов ; рук. работы : М. Р. Абдусаламов, С. А. Абусуев ; МГМСУ. – Москва, 2009. - 24 с.

15. Афанасьев, В. В. Значение поднижнечелюстных слюнных желез для организма / В. В. Афанасьев, М. А. Полякова, Р. С. Степаненко // Стоматология. - 2011. - Т. 90. - № 3. - С. 70–71.

16. Афанасьев, В. В. Аномалия развития протоков околоушной и поднижнечелюстной слюнных желез / В. В. Афанасьев, Д. А. Лежнев, Н. П. Обиня // Стоматология. - 2009. - Т. 88. - № 6. - С. 43–44.
17. Афанасьев, В. В. Использование гипербарической оксигенации для лечения пациентов с воспалительными и дистрофическими заболеваниями слюнных желез / В. В. Афанасьев, Н. В. Великовская // Стоматология. - 2008. - № 11. - С. 19–26.
18. Афанасьев, В. В. Классификация заболеваний и повреждений слюнных желез / В. В. Афанасьев // Стоматология. - 2010. - Т. 89. - № 1. - С. 63–65.
19. Афанасьев, В. В. Компьютерный анализ цифровых сиалограмм малых слюнных желез / В. В. Афанасьев, А. Ю. Васильев, А. Ю. Шориков // Российский стоматологический журнал. - 2011. - № 4. - С. 30–31.
20. Афанасьев, В. В. Ксеростомия (сухость полости рта). Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение : руководство. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – С. 153.
21. Афанасьев, В. В. Особенности клинического течения интерстициального сиалоаденоза, ассоциированного с вирусами семейства Herpesviridae / В. В. Афанасьев, Н. Г. Дьячкова, Е. Н. Николаева // Российский стоматологический журнал. - 2011. - № 2. - С. 11–13.
22. Афанасьев, В. В. Особенности психоэмоционального статуса пациентов с ксеростомией / Н. А. Сирота, Н. С. Винокуров // Российская стоматология. – 2021. – Т. 14. - № 4. – С. 16–20.
23. Афанасьев, В. В. Особенности лечения больных истинной ксеростомией с использованием коррекции их психоэмоционального статуса / / Н. А. Сирота, Н. С. Винокуров // Cathedra-Кафедра. Стоматологическое образование. – 2022. – № 79. – С. 62–64.
24. Афанасьев, В. В. Роль эпидемического паротита в развитии хронических заболеваний слюнных желез / В. В. Афанасьев, И. В. Михеева. – Стоматология. - 1993. - Т. 72. - № 1. - С. 26–28.

25. Афанасьев, В. В. Сиаладенит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение). Экспериментально-клиническое исследование : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.21 / В. В. Афанасьев ; ММСИ. - Москва, 1993. – 371 с.
26. Афанасьев, В. В. Слюнные железы. Болезни и травмы : руководство для врачей / В. В. Афанасьев. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 296 с.
27. Барановский, А. Л. Сухость в полости рта / А. Л. Барановский // Consilium Provisorum. – 2002. Т. 2. - № 8. – С. 22–24.
28. Васильев, В. Н. Симпатико-адреналовая активность при различных функциональных состояниях человека / В. Н. Васильев, В. С. Чугунов. – Москва : Медицина, 1985. - 272 с. : ил.
29. Вейн, А. М. Вегетососудистая дистония / А. М. Вейн, А. Д. Соловьева, О. А. Колосова. – Москва : Медицина, 1981. - 318 с.
30. Великовская, Н. В. Использование гипербарической оксигенации для лечения пациентов с воспалительными и дистрофическими заболеваниями слюнных желез : автореферат дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Н. М. Великовская ; МГМСУ. - Москва, 2008. – 24 с.
31. Возрастные особенности слюнных желез человека / Ш. Г. Мамаджонова, П. С. Гальчинская, С. Э. Богданова, Н. В. Стуков, С. А. Ульяновская // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 5–3. – С. 388–389.
32. Гаубеншток, Л. М. Малые слюнные железы губ в условиях физиологии и патологии полости рта (клинические, функциональные исследования) : автореферат дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Л. М. Гаубеншток ; НПО «Стоматология» МЗ РФ. – Москва, 1992. - С. 8–10.
33. Гилева, О. С. Биохимия слюны, клиника и профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта в условиях производственного воздействия табака : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21; 03.00.04 / О. С. Гилева ; ММСИ - Москва, 1988. - 230 с.

34. Гордеева, В. В. Лекарственные средства, применяемые для терапии ксеростомии / В. В. Гордеева, Т.С. Кондратьева, М.М. Пожарицкая // МРЖ. XII раздел. – 1981. - №9 - Д 4047.– С. 1410.
35. Горюнова, М. В. Сухость в полости рта – «маленькая проблема» с большими последствиями / М. В. Горюнова // Панорама ортопедической стоматологии. - 2006. - №4. - С. 10–14.
36. Григорьев, И. В. Белковый состав смешанной слюны человека : механизмы психофизиологической регуляции / И. В. Григорьев, Е. А. Уланова, И. Д. Артамонов // Вестник РАМН. - 2004. - № 7. - С. 36–47.
37. Григорьев, И. В. Изменения белкового состава слюны при моделировании психоэмоционального напряжения / И. В. Григорьев, И. Д. Артамонов, В. В. Лапковский // Физиология человека. – 2006. – Т. 32, № 6. – С. 87–94.
38. Дадамов, А. А. Болезни слюнных желёз в стоматологической клинике/ А. А. Дадамов, М. И. Азимов, А. Д. Дадамов // Заболевания и повреждения слюнных желез : материалы юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 60-летию доктора медицинских наук, профессора В. В. Афанасьева. - Москва. - 2006. - С. 37.
39. Дайронас, С. К. Лимфотропная антибактериальная терапия в лечении воспалительных заболеваний слюнных желез : автореферат дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / С. К. Дайронас ; МГМСУ. - Москва, 2007. - 24 с.
40. Денисов, А. Б. Механизмы патологических и приспособительных процессов при заболеваниях слюнных желез (экспериментальное исследование) : автореферат дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.16 / А. Б. Денисов ; МГМСУ. - 1995. - 24 с.
41. Денисов, А. Б. Слюна и слюнные железы / А. Б. Денисов. – Москва : РАМН, 2006. – 372 с.
42. Денисов, А. Б. Слюноотделительная функция при включённых дефектах зубных рядов. Взаимосвязь между протяженностью дефекта и качественным составом слюны / А. Б. Денисов, И. Ю. Лебеденко, Л. В. Дубова // проблемы стоматологии и нейростоматологии. - Москва, 1999. - № 3. - С. 23-26.

43. Дигитальная сиалография в диагностике больных слюннокаменной болезнью / М. Р. Абдусаламов, В. В. Афанасьев, Д. А. Лежнев, В. О. Литвин // Российский стоматологический журнал. - 2010. - № 1. - С. 8–10.
44. Довыденко, А. Б. Частота выявления ксеростомии при анкетировании населения различных возрастных групп / А. Б. Довыденко, К. К. Борчалинская // Dental Forum. – 2008. – № 3. – С. 60–62.
45. Ефанов О.И. Физические факторы в лечении заболеваний слюнных желез / О. И. Ефанов, Г. И. Тюпенко // Заболевания и повреждения слюнных желез: материалы юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 60-летию доктора медицинских наук, профессора В. В. Афанасьева. – Москва, 2006. - С. 43.
46. Жмурин, В. П. Вегетососудистая дистония / В. П. Жмурин // ММЭ. – Москва, 1991. – Т. 1. – С. 305–307.
47. Заболеваемость слюнных желез по данным центра по изучению заболеваний слюнных желез на базе челюстно-лицевого госпиталя Ветеранов Войн департамента здравоохранения Москвы / В. В. Афанасьев, О. Ю. Хубутя, О. В. Винокурова, Б. Н. Хубутя, Е. И. Денисова // Болезни и травмы слюнных желез. Новые методы диагностики и лечения: материалы юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 65-летию доктора медицинских наук, профессора В. В. Афанасьева. – Москва, 2012. - С.13-15.
48. Заболевания и повреждения слюнных желез / И. Ф. Ромачева, Л. А. Юдин, В. В. Афанасьев, А. Н. Морозов. – Москва : Медицина, 1987. - 240 с.
49. Ирмияев, А. А. Клинико-фармакологическое обоснование применения препарата мексидол в комплексном лечении больных с ксеростомией : автореферат дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / А. А. Ирмияев ; МГМСУ. – Москва, 2005. - 23 с.
50. Капельян, В. Д. Клиника, диагностика и лечение сиаладеноза у больных с заболеваниями мужских половых желез (экспериментально-клиническое исследование) : дис. ... канд. мед. наук. : 14.00.21 / В. Д. Капельян ; МГМСУ. – Москва, 2001. – 163 с.

51. Кислых, Ф. И. Клинико-функциональные изменения слюнных желёз на ранней стадии сахарного диабета / Ф. И. Кислых, Т. В. Лоскутова // Заболевания и повреждения слюнных желез: материалы юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвящённой 60-летию доктора медицинских наук, профессора В. В. Афанасьева. – Москва, 2006. - С. 49-50.

52. Коваленко, А. Ф. Экспериментальная сиалотерапия при поражении или удалении поднижнечелюстных и околоушных слюнных желёз / А. Ф. Коваленко, В. Г. Шутурминский, Д. А. Коваленко // Современная стоматология и челюстно-лицевая хирургия : сборник трудов. – Киев, 1998. - С. 151-152.

53. Колесов, В. С. Хронические сиаладениты, сиалозы, синдромы с поражением слюнных желез (патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и лечение) : дис. ... д-ра мед. наук / В. С. Колесов. - Киев, 1987. – 396 с.

54. Комарова, К. В. Особенности лечения кариеса зубов у пациентов с ксеростомией : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14 / К. В. Комарова ; НГИУВ МЗ РФ. - Новокузнецк, 2015. - 125 с.

55. Комарова, К. В. Распространенность ксеростомии среди пациентов амбулаторного стоматологического приема / К. В. Комарова, Н. Н. Раткина // Медицинские науки. – 2014. - №2 - С. 82-84.

56. Коротких, Н. Г. Оценка эффективности внутрипротокового лазерного облучения при воспалительных заболеваниях больших слюнных желез / Н. Г. Коротких, А. Н. Морозов, А. А. Посельский // Российский стоматологический журнал. - 2003. - № 3. - С. 11–13.

57. Коротко, Г. Ф. Изменение состава слюны при эмоциональном напряжении / Г. Ф. Коротко, Г. И. Кадимов // Медицинский журнал Узбекистана – 1987. - №11. - С. 52.

58. Косенко, А. Ф. Функциональные взаимоотношения грушевидной коры и гипоталамуса в регуляции моторной функции желудка, тонкого кишечника и секреторной функции слюнных желез / А. Ф. Косенко, З. А. Добровольская // Проблемы физиологии гипоталамуса. – Киев, 1971. - Вып. 5. - С. 14–20.

59. Кулаева, Л. В. К вопросу о возрастных изменениях слюнных желез человека / Л. В. Кулаева, В. В. Буров, М. Н. Семина // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – Т. 3, № 2. – С. 247–247.
60. Лечение ксеростомии галантамином / Г. А. Васильев, И. Ф. Ромачева, А. Г. Кац, А. Т. Фролова // Стоматология. – 1972. - Т. 51. - №2. - С. 42-45.
61. Лоскутова, Т. В. Комплексная диагностика и оценка результатов лечения заболеваний слюнных желез у больных сахарным диабетом : автореферат дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Т. В. Лоскутова. – ПГМА. – Пермь, 2006. - 24 с.
62. Луканева, А. Д. Состояние зубов, пародонта и слюнных желез при экспериментальном гипер- и гипотиреозе : автореферат дис. ... канд. мед. наук / А. Д. Луканева. – Львов, 1974. – 22 с.
63. Мазур, И. П. Влияние лекарственных препаратов на состояние здоровья полости рта / И. П. Мазур, К. Н. Косенко // Современная стоматология. – № 3. – 2008. – С. 179–187.
64. Михайленко, Н. Н. Состояние околоушных слюнных желез у больных сахарным диабетом / Н. Н. Михайленко, З. И. Цюхно, Н. Д. Лесовая // Современные проблемы терапевтической и практической эндокринологии. – Киев, 1985. – Вып. 15. – С. 54–56.
65. Мохначева, С. Б. Эндокринный сиалоаденоз больших и малых слюнных желез при гипофункции щитовидной железы в клинике и эксперименте / С. Б. Мохначева, А. А. Шабунова // Медико-фармацевтический журнал «Пульс» - 2016. - Vol. 18. - N. 1 - С. 98–102.
66. Неустроев, В. В. Возрастная гистоморфология крупных слюнных желез человека / В. В. Неустроев, П. А. Чумаченко // III научная Конференция ЦНИЛ ВГМИ. - Воронеж, 1972. - С. 74–75.
67. Нижник, А. Н. Пояснения к исследованию «Комплексный профиль слюны» / А. Н. Нижник. — Москва : Медиа Графика, 2015. - С. 2-24.
68. Ордашев, Х. А. Диабетические сиалопатии / Х. А. Ордашев // Актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний и повреждений слюнных желез: материалы конференции. – Москва, 2009. - С. 42.

69. Ордашев, Х. А. Заболевание слюнных желез при сахарном диабете / Х. А. Ордашев, А. Х. Асиятилов // Актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний и повреждений слюнных желез: материалы конференции. – Москва, 2009. - С. 45.
70. Ордашев, Х. А. Основные аспекты диагностики и лечения поражений слюнных желез у больных сахарным диабетом / Х. А. Ордашев // Актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний и повреждений слюнных желез: материалы конференции. – Москва, 2009. - С. 43.
71. Особенности диагностики и лечения пациентов с гипосаливацией / В. Н. Матина, А. И. Кирсанов, А. А. Тоголян, Ф. Ю. Гариб, Е. Г. Криволицкая, А. А. Саквич // Стоматология. - 2006. - № 6. - С. 46-50.
72. Павлова, М. Л. Дифференциальная диагностика различных форм ксеростомии. Варианты лечения : дис. ... канд. мед. наук / М. Л. Павлова - Москва, 2001. - 245 с.
73. Патент № RU2071318C1 Способ лечения сиалоза, хронического сиаладенита и слюнного свища : заявлен 20.04.1994 : опубликован 10.01.1997 / Неустроев В. В. – 1997. URL : <https://patentimages.storage.googleapis.com/1a/c0/56/e4423b63fd429c/RU2071318C1.pdf> (Дата обращения 14.10.2022).
74. Патент № RU2106886C1 Способ лечения лимфаденита, сиаладенита и сиалоза : заявлен 20.04.1994 : опубликован 20.03.1998 / Неустроев В. В. – 1994. URL : <https://patentimages.storage.googleapis.com/d1/f5/e0/38f46ec31424e9/RU2106886C1.pdf> (Дата обращения 14.10.2022).
75. Патологическая физиология : учебник : в 2 т. / ред. В. В. Новицкий, Е. Д. Гольдберг, О. И. Уразова. - 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 239.
76. Показатели смешанной слюны и состояние тканей полости рта у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, получающих программный гемодиализ / В. В. Афанасьев, Т. П. Вавилова, М. В. Осокин, А. В.

Пушкина, О. Н. Гева, О. Л. Евстафьева // Российский стоматологический журнал. - 2007. - № 1. - С. 8-10.

77. Ромачева, И. Ф. Воспалительные заболевания слюнных желез : дис. ... д-ра мед. наук / И. Ф. Ромачева. - Москва, 1973. – 533 с.

78. Ромачева, И. Ф. Способ лечение сухости в полости рта / И. Ф. Ромачева, Л. А. Юдин, Т. С. Кондратьева. – Москва, 1981.

79. Ронь, Г. И. Хронические заболевания слюнных желез (эпидемиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение сиалозов и сиаладенитов): автореферат дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.21 / Г. И. Ронь. – МГМСУ : Москва, 1992. - 24 с.

80. Рыбакова, М. Г. Морфологическая характеристика ранних стадий аутоиммунных паротитов / М. Г. Рыбакова // 7-й Всесоюзный съезд патологоанатомов : сборник научных трудов. – ТашМИ : Ташкент, 1983. – 272 -273.

81. Рыбакова, М. Г. Об эндокринной функции слюнных желёз / М. Г. Рыбакова // Архив патологии. - 1978. - Т. 15. - Вып. 2. - С. 85–91.

82. Рыбалов, О. В. Клиника, диагностика и лечение хронических паротитов : автореферат дис. ... канд. мед. наук / О. В. Рыбалов. - Калинин, 1970. -19 с.

83. Рябушко, Н. А. Морфологические изменения в строении околоушной слюнной железы при ишемической болезни сердца / Н. А. Рябушко, В. Н. Дворник // Молодой ученый. - 2015. - № 6(86). - С. 293–300.

84. Саидкаримов И. С. Состояние больших слюнных желез у больных с заболеваниями щитовидной железы. Заболевания и повреждения слюнных желез / И. С. Саидкаримов, С. О. Очилова // Материалы юбилейной научно-практической конференции, посвященной 60-летию профессора В. В. Афанасьева. – Москва, 2006.

85. Саприна, О. А. Ацинозноклеточная карцинома слюнных желез / О. А. Саприна, М. А. Кропотов, Т. Т. Кондратьева // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, 2009. - Т. 20. - № 2. - С. 3–10.

86. Семенченко, Г. И. Клиника и лечение воспалительных и воспалительно-дистрофических заболеваний слюнных желез : методические рекомендации / Г. И. Семеченко, А. Ф. Коваленко, А. П. Левицкий. - Киев, 1977. – 16 с.
87. Серебренников, Л. Е. Посткастрационные нарушения слюноотделения и их лечение минеральной водой «Харьковская 1» и половыми гормонами (экспериментальное исследование) / Л. Е. Серебренников // Основные стоматологические заболевания : сборник научных трудов. - ХГМИ. – Харьков, 1971. - С. 46-49.
88. Симонова, М. В. Болезнь и синдром Шегрена : клиника, диагностика, лечение поражения слюнных желез и полости рта : дис. ... канд. мед. наук / М. В. Симонова. - Москва, 1982.
89. Соколенко, В. Н. Свободнорадикальное поражение слюнной железы при стрессе / В. Н. Соколенко, Ю. И. Силенко // Стоматология. - 1995. - Т. 74. - № 2. - С. 17–19.
90. Состояние секреторной функции слюнных желёз при аутоиммунном тиреоидите : сборник научных трудов / Е. М. Кумина, Л. Н. Терновская, Г. И. Ронь, Н. П. Станилевич. – Смоленск, 1988. – С. 90–93.
91. Состояние слюнных желез у больных с метаболическим синдромом / В. В. Афанасьев, Р. И. Стрюк, С. Э. Арутюнян, Л. В. Елисеева, Р. А. Бычков // Российский стоматологический журнал. - 2011. - № 3. - С. 17–19.
92. Степаненко, Р. С. Оценка состояния слюнных желез у мужчин при гипогонадизме и его лечении : автореферат дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14 / Р. С. Степаненко ; МГМСУ. - Москва, 2014. - 23 с.
93. Структура заболеваемости СЖ по данным Всероссийского Центра по изучению заболеваний СЖ на базе клиники хирургической стоматологии челюстно-лицевого госпиталя Ветеранов Войн департамента здравоохранения г. Москвы / В. В. Афанасьев, Б. Н. Хубутия, О. Ю. Винокурова, Е. И. Денисова // Российский стоматологический журнал. – 2012. – Т. 1. - № 6. - С. 36-37.
94. Успенская, О. А. Сухость в полости рта : учебное пособие / О. А. Успенская.- Н. Новгород : НГМА, 2007. – 32 с.

95. Фахрисламова, Л. Р. Обострение хронического сиаденита: клиника, диагностика, профилактика, лечение в комплексе с психологическим воздействием : автореферат дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Л. Р. Фахрисламова ; МГМСУ. - Москва, 2003. - 138 с.
96. Функциональное состояние слюнных желез при заболеваниях щитовидной железы / А. Х. Асиятилов, С. А. Абусуев, Х. А. Ордашев, Г. А. Асиятилов // Актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний и повреждений слюнных желез : материалы конференци. – Москва, 2009. – №1. - С. 17.
97. Шубникова, Е. А. О гормональной взаимосвязи слюнных и поджелудочной желез / Е. А. Шубникова // Биологические науки. - 1977. - № 7. - С. 14-23.
98. Щипский, А. В. Диагностика хронических заболеваний слюнных желез с помощью дифференциально-диагностического алгоритма / А. В. Щипский, В. В. Афанасьев. – Москва : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. - 159 с.
99. Щипский, А. В. Дифференциальная диагностика заболеваний слюнных желез / А. В. Щипский, В. В. Афанасьев // Проблемы нейростоматологии и стоматологии. - 1997. - № 2 - С. 58-62.
100. Abraham, C. M. Evaluation of the levels of oral Candida in patients with Sjogren's syndrome / C. M. Abraham, I. al-Hashimi, N. Haghghat // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. – 1998. – Vol. 86(1). - P. 65-68. – DOI:10.1016/s1079-2104(98)90151-2.
101. Adenoviral delivery of tousel kinase for the protection of salivary glands against ionizing radiation damage / S. Palaniyandi, Y. Odaka, W. Green, F. Abreo, G. Caldito, A. D. Benedetti, G. Sunavala-Dossabhoy // Gene Ther. – 2011. – Vol. 18. – P. 275–282. – DOI:10.1038/gt.2010.142.
102. American society of clinical oncology 2008 clinical practice guideline update : Use of chemotherapy and radiation therapy protectants / M. L. Hensley, K. L. Hagerty, T. Kewalramani, D. M. Green, N. J. Meropol, T. H. Wasserman, G. I. Cohen, B. Emami, W. J. Gradishar, R. Brian Mitchell [et al.] // J. Clin. Oncol. – 2009. – Vol. 27. – P. 127–145.

103. Amifostine reduces side effects and improves complete response rate during radiotherapy : Results of a meta-analysis / A. D. Sasse, L. G. De Oliveira Clark, E. C. Sasse, O. A. C. Clark // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* – 2006. – Vol. 64(3). – P. 784–791.
104. Arvy, L. Données histophysiologiques sur le fonctionnement thyroïdien au cours du rachitisme expérimental [Histophysiological findings on thyroid function during experimental rickets] / L. Arvy, M. Gabe // *Jornal of Physiology (Paris)*. – 1950. Vol. 42(4). – P. 835-847.
105. Assessing the impact of menopause on salivary flow and xerostomia / Minicucci, E. M. et al. // *Australian dental journal*. – 2013. - Vol.58(2). – P.230-234. – DOI:10.1111/adj.12057.
106. Assessment of bromhexine as a treatment regimen in sjogren's syndrome-like disease in the NOD (Non-Obese Diabetic) mouse / J. M. Nanni, K. H. T. Nguyen, C. E. Alford, C. P. Robinson, C. M. Stewart, N. Maeda, M. G. Humphreys-Beher // *Clin. Exp. Rheumatol.* – 1997. – Vol. 15(5). – P. 515–521.
107. Biotribological properties of dentures lubricated with artificial saliva / J. Mystkowska, W. Karalus, J. Sidorenko, J. R. Dabrowski, B. Kalska-Szostko // *J. Frict. Wear.* – 2016. – Vol. 37. – P. 544–551.
108. Clinical management of salivary gland hypofunction and xerostomia in head-and-neck cancer patients : successes and barriers / A. Vissink, J. B. Mitchell, B. J. Baum, K. H. Limesand, S. B. Jensen, P. C. Fox, L. S. Elting, J. A. Langendijk, R. P. Coppes, M. E. Reyland // *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* – 2010. – Vol. 78(4). – P. 983-91. – DOI:10.1016/j.ijrobp.2010.06.052.
109. COVID-19 Pandemic: Oral Health Challenges and Recommendations / Farook, F. F, Mohamed Nuzaim, M. N. // *Eur J Dent.* – 2020. – S 01 – P. 165-170. – DOI: 10.1055/s-0040-1718641.
110. Da Silva, L. General health influences episodes of xerostomia: A prospective population-based study. community dent / L. Da Silva, E. Kupek, K. G. Peres // *Oral Epidemiol.* – 2017. – Vol. 45. – P. 153–159.

111. Davies, A. N. A comparison of artificial saliva and pilocarpine in the management of xerostomia in patients with advanced cancer / A. N. Davies, C. Daniels, R. Pugh, K. Sharma // *Palliative Medicine*. – 1998. – Vol. 12(2). – P. 105-111.
112. Development of a gene transfer-based treatment for radiation-induced salivary hypofunction / B. J. Baum, C. Zheng, I. Alevizos, A. P. Cotrim, S. Liu, L. McCullagh, C. M. Goldsmith, N. McDermott, J. A. Chiorini, N. P. Nikolov [et al.] // *Oral Oncology*. – 2010. – Vol. 46. – P. 4-8. – DOI:10.1016/j.oraloncology.2009.09.004.
113. DNA damage in salivary gland tissue in patients with chronic kidney disease, measured by the comet assay / C. Ersson, R. Thorman, Y. Rodhe, L. Möller, B. Hylander // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. - 2011. - № 112(2). - P. 209-215. – DOI:10.1016/j.tripleo.2011.03.016.
114. Dost F. Stimulating the discussion on saliva substitutes : A clinical perspective / F. Dost, C. S. Farah // *Aust. Dent. J.* – 2013. – Vol. 58. – P. 11–17.
115. Edgar, W. M. Saliva and dental health / W. M. Edgar, D. M. O’Mullane // *BDJ*. - 1990.
116. Effects of molecular weight of hyaluronic acid on its viscosity and enzymatic activities of lysozyme and peroxidase / J. Kim, J. Y. Chang, Y. Y. Kim, M. J. Kim, H. S. Kho // *Arch. Oral Biol.* – 2018. – Vol. 89. – P. 55–64. DOI:10.1016/j.archoral-bio.2018.02.007.
117. Ellies, M. Diseases of the salivary glands in infants and adolescents / M. Ellies, R. Laskawi // *Head Face Med*. - 2010. - № 15. - P. 1. – DOI:10.1186/1746-160X-6-1.
118. Evaluation of Xerostomia in Different Psychological Disorders: An Observational Study / Veerabhadrapa, Suresh Kandagal et al. // *Journal of clinical and diagnostic research*. – 2016 – Vol.10(9). – P.24-27. – DOI:10.7860/JCDR/2016/19020.8437.
119. Fox, P. C. Xerostomia : recognition and management / P. C. Fox // *Dent Assist*. – 2008. - Vol. 77(5). – P. 18-20.
120. Fox, P. C. Current concepts of autoimmune exocrinopathy : immunologic mechanisms in the salivary pathology of Sjogren’s syndrome / P. C. Fox P. M. Speight // *Crit Rev Oral Biol Med*. – 1996. – Vol. 7(2). – P. 144-158.

121. Fox, P. C. Subjective reports of xerostomia and objective measures of salivary gland performance / P. C. Fox, K. A. Busch, B. J. Baum // *J. Am. Dent. Assoc.* – 1987. – Vol. 115. – P. 581-584.
122. Fox, P. C. Systemic therapy of salivary gland hypofunction / P. C. Fox // *J DentRes.* – 1987. – Vol. 66. – P. 689-692.
123. Gaillard, P. H. Les secheresses buccales chroniques chez personnes agees / P. H. Gaillard, A. Gaillard // *Le concours Medical.* – 1992. – P. 114 – 131.
124. Greenspan, D. Xerostomia : diagnosis and management / D. Greenspan // *Oncology (Williston Park).* – 1996. – Vol. 10(3 Suppl). – P. 7-11.
125. Hypnosis for postradiation xerostomia in head and neck cancer patients: a pilot study / Schiff, Elad et al. // *Journal of pain and symptom management.* – 2009. – Vol. 37(6). – P.1086-1092. – DOI:10.1016/j.jpainsymman.2008.07.005
126. Hyposalivation and 10-year all-cause mortality in an elderly japanese population / M. Iwasaki, W. S. Borgnakke, A. Yoshihara, K. Ito, H. Ogawa, K. Nohno, M. Sato, K. Minagawa, T. Ansai, H. Miyazaki // *Gerodontology.* – 2018. – Vol. 35. – P. 87–94. DOI:10.1111/ger.12319.
127. IgG4-related skin lesions in a patient with IgG4-related chronic sclerosing dacryoadenitis and sialoadenitis / Y. Kakuchi, K. Yamada, Y. Suzuki, N. Ito, K. Yagi, M. Matsumura, M. Yamagishi, H. Umehara, Y. Zen, M. Hasegawa, K. Takehara M. Kawano // *Intern Med.* – 2011. - № 50(14). - P. 1465-1469. DOI:10.2169/internalmedicine.50.5239.
128. Increased fluid secretion after adenoviral-mediated transfer of the human aquaporin-1 cDNA to irradiated miniature pig parotid glands / Z. Shan, J. Li, C. Zheng, X. Liu, Z. Fan, C. Zhang, C. M. Goldsmith, R. B. Wellner, B. J. Baum, S. Wang, // *Mol. Ther.* – 2005. – Vol. 11(3). – P. 444–451. – DOI:10.1016/j.yymthe.2004.11.007.
129. Interventions for the management of dry mouth : topical therapies / S. Furness, H. V. Worthington, G. Bryan, S. Birchenough, R. McMillan // *Cochrane Database Syst. Rev.* - 2011. – Vol. 7(12). DOI:10.1002/14651858.CD008934.pub2.
130. Kopec, T. A proposal for the classification of chronic sialadenitis of the major salivary glands with current diagnostic and treatment schedule / T. Kopec, M.

Wierzbicka, W. Szyfter // *Otolaryngol Pol.* - 2011. - Vol. 65(3). - P. 188-193. DOI:10.1016/S0030-6657(11)70673-4.

131. Lexomboon, D. Medications That Cause Dry Mouth As an Adverse Effect in Older People: A Systematic Review and Metaanalysis / Lexomboon, D. Sandborgh-Englund G, Haasum Y, Johnell K // *J Am Geriatr Soc.* – 2018. – Vol.66(1). – P. 76-84. – DOI:10.1111/jgs.15151.

132. Lubrication and viscosity features of human saliva and commercially available saliva substitutes / M. N. Hatton, M. J. Levine, J. E. Margarone, A. Aguirre // *J. Oral Maxillofac. Surg.* – 1987. - Vol. 45. – P. 496–499. DOI:10.1016/s0278-2391(87)80009-5.

133. Management of Medication Induced Xerostomia. An Evidence Based Report / K. Chung, P. Fakhri, L. Naderiani, A. Nematullah, P. Salehi // Faculty of Dentistry, University of Toronto, 2008.

134. Mindfulness Meditation for Chronic Pain : Systematic Review and Meta-analysis / L. Hilton, S. Hempel, B. A. Ewing, E. Apaydin, L. Xenakis, S. Newberry, B. Colaiaco, A. R. Maher, R. M. Shanman, M. E. Sorbero, M. A. Maglione // *Ann Behav Med.* – 2017. – Vol. 51(2). – P. 199-213. - DOI:10.1007/s12160-016-9844-2.

135. Mystkowska, J. Tribological properties of selected self-made solutions of synthetic saliva / J. Mystkowska, M. Jałbrzykowski, J. R. Dabrowski, // *Solid State Phenom.* – 2013. – Vol. 199. – P. 567–572. - DOI:10.4028/www.scientific.net/SSP.199.567.

136. Nagler, R. M. Relationships between age, drugs, oral sensorial complaints and salivary profile. / Nagler, R. M., Hershkovich, O. // *Archives of oral biology.* – 2005. - Vol.50(1). – P.7-16. – DOI:10.1016/j.archoralbio.2004.07.012.

137. Narhi, T. O. Prevalence of subjective feelings of dry mouth in the elderly / T. O. Narhi // *J Dent Res.* - 1994. – Vol. 73(1). – P. 20-25.

138. Nikolov, Sp. Vurkhu niakoi osobnosti na stroezha i vaskularizatsiata na glavnite sliunkovodni kanali [Some characteristics of the structure and vascularisation of the main salivary ducts] / Sp. Nikolov // *Stomatologia (Sofia).* – 1972. – Vol. 54(1). – P. 48-53.

139. Nizatidine and cisapride enhance salivary secretion in humans /K. Adachi, M. Ono, A. Kawamura, M. Yuki, H. Fujishiro, Y. Kinoshita // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2002. – Vol. 16(2). – P. 297–301.
140. Nonzee, V. Xerostomia, hyposalivation and oral microbiota in patients using antihypertensive medications / Nonzee, V. Manopatanakul, S. Khovidhunkit, SO // *J Med Assoc Thai.* – 2012. – Vol.95(1). – P.96-104.
141. Oral pilocarpine for post-irradiation xerostomia in patients with head and neck cancer / J. T. Johnson, G. A. Ferretti, W. J. Nethery, I. H. Valdez, P. C. Fox, D. Ng, C. C. Muscoplat, S. C. Gallagher // *N. Engl. J. Med.* – 1993. – Vol. 329. – P. 390–395. - DOI:10.1056/NEJM199308053290603.
142. Pathology quiz case 2. Chronic sclerosing sialadenitis (CSS) / P. E. Johnson, D. E. Rosow, G. Bhagat, I. S. Storper // *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* -2009. – Vol. 135(3). - P. 323-324. - DOI:10.1001/archoto.2008.548-a.
143. Pelissier, A. Ménopause, traitement hormonal de supplémentation (THS), et pathologies stomatologiques [Menopause, hormone replacement treatment (HRT), stomatologic pathologies] / A. Pelissier // *Contracept Fertil Sex.* – 1998. – Vol. 26(6). – P. 439-43.
144. Phase III randomized trial of amifostine as a radioprotector in head and neck cancer / D. M. Brizel, T. H. Wasserman, M. Henke, V. Strnad, V. Rudat, A. Monnier, F. Eschwege, J. Zhang, L. Russell, W. Oster [et al.] // *J. Clin. Oncol.* – 2000. – Vol. 18. – P. 3339–3345.
145. Radiology quiz case 1. Chronic sclerosing sialadenitis of the submandibular gland / H. J. Lee, J. Kim, S. H. Kim, E. C. Choi // *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* - 2010. - Vol. 136(10). - P. 1030, 1033. - DOI:10.1001/archoto.2010.157-a/
146. Ramírez, I. Submandibular salivary glands: influence on growth rate and life span in mice / I. Ramírez, M. Soley // *J Physiol Biochem.* - 2011. - № 67(2). - P. 225-233. - DOI:10.1007/s13105-010-0067-x.
147. Rauch, S. Die Speicheldrüsen des Menschen / S. Rauch // Stuttgart. - Thieme. - 1959. - 497 p.

148. Rauch, S. Zur Differential diagnose chronischrezidivierender Speicheldrüsenschwellungen / S. Rauch // *Pract. otorhinolaryngol.* - 1956. - Vol. 18(5) - P. 272-279. – DOI:10.1159/0002273983.

149. Rheological properties of saliva substitutes containing mucin, carboxymethylcellulose or polyethylenoxide / A. Vissink, H. A. Waterman, E. J. Gravenmade, A. K. Panders, A. Vermey // *J. Oral Pathol. Med.* – 1984. – Vol. 13(1). – P. 22–28. – DOI:10.1111/j.1600-0714.1984.tb01397.x.

150. Saliva in non-insulin-dependent diabetic patients and control subjects: The role of the autonomic nervous system / J. H. Meurman, H. L. Collin, L. Niskanen, J. Töyry, P. Alakuijala, S. Keinänen, M. Uusitupa // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* – 1998. – Vol. 86(1). – P. 69-76. - DOI:10.1016/s1079-2104(98)90152-4.

151. Saliva substitutes for the treatment of radiation-induced xerostomia-a review / S. Hahnel, M. Behr, G. Handel, R. Bürgers // *Support. Care Cancer.* – 2009. – Vol. 17(11). – P. 1331–1343. - DOI:10.1007/s00520-009-0671-x.

152. Sreebny, L. M. Xerostomia. A Neglected Symptom / L. M. Sreebny, A. Valdini // *Arch Intern Med.* – 1987. – Vol. 147(7). – P. 1333–1337. – DOI:10.1001/archinte.147.7.1333.

153. Strahler, J. Salivary alpha-amylase stress reactivity across different age groups / J. Strahler, A. Mueller, F. Rosenloecher // *Psychophysiology.* – 2010. – Vol. 47. – P. 587–595. – DOI:10.1111/j.1469-8986.2009.00957.x.

154. Surgical approaches to the submandibular gland : a review of literature / D. D. Beahm, L. Peleaz, D. W. Nuss, B. Schaitkin, J. C. Sedlmayr, C.M. Rivera-Serrano, A. M. Zanation, R. R. Walvekar // *Int J Surg.* - 2009. - № 7(6). - P. 503-509.

155. The clinical assessment of oral dryness is a significant predictor of salivary gland hypofunction / Longman, L. P. et al. // *Oral diseases.* – 2000. – Vol.6. – P.366-370. – DOI: 10.1111/j.1601-0825.2000.tb00128.x.

156. The effect of dexamethasone on gastric mucosal changes following sialoadenectomy in rat / B. Elitok O. M. Elitok, M. A. Ketani, D. Kurt, Z. Kanay // *J Endocrinol Invest.* - 2005. - № 28(8). - P. 700-703.

157. The Effects of Aloe vera-Peppermint (Veramin) Moisturizing Gel on Mouth Dryness and Oral Health among Patients Hospitalized in Intensive Care Units: A Triple-Blind Randomized Placebo-Controlled Trial / Atashi, Vajihe et al. // *Journal of research in pharmacy practice*. – 2018. – Vol. 7(2). – P.104-110. – DOI: 10.4103/jrpp.JRPP_18_21.

158. Treatment of xerostomia and hyposalivation in the elderly : A systematic review / J. A. Gil-Montoya, F. J. Silvestre, R. Barrios, J. Silvestre-Rangil // *Med. Oral Patol. Oral Cirugia Bucal* – 2016. – Vol. 21(3). – P. e355-366. DOI:10.4317/medoral.20965.

159. Van der Reijden, W. A. Rheological properties of commercially available polysaccharides with potential use in saliva substitutes / W. A. Van der Reijden, E. C. I. Veerman, A. V. Nieuw Amerongen, // *Biorheology*. – 1994. – Vol. 31(6) – P. 631–642. – DOI:10.3233/bir-1994-31604.

160. Viscosity and wettability of animal mucin solutions and human saliva / M. S. Park, J. W. Chung, Y. K. Kim, S. C. Chung, H.S. Kho // *Oral Dis*. – 2007. – Vol. 13 – P. 181–186. - DOI:10.1111/j.1601-0825.2006.01263.x.

161. Wiseman, L. R. Oral pilocarpine : A review of its pharmacological properties and clinical potential in xerostomia / L. R. Wiseman, D. Faulds // *Drugs*. – 1995. – Vol. 49. – P. 143–155. – DOI:10.2165/00003495-199549010-00010.

162. Wu, A. J. A characterization of major salivary glandflow rates in the presence of medications and systemic diseases / A. J. Wu, J. A. Ship // *Oral Surg Oral Med Oral Path*. – 1993. – Vol. 76(3). – P. 301-306. – DOI:10.1016/0030-4220(93)9025806.