

клеток костного мозга in vitro // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2012. – Т. 27. № 3. – С. 22–25.

5. Сирак С. В., Слетов А. А., Гандылян К. С., Дагуева М. В. Непосредственная дентальная имплантация у пациентов с включенными дефектами зубных рядов // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2011. – Т. 21. № 1. – С. 51–54.

6. Сирак С. В., Слетов А. А., Алимов А. Ш., Цховребов А. Ч., Федурченко А. В., Афанасьева О. В. Клинико-экспериментальное обоснование применения препарата «коллост» и биорезорбируемых мембран «Диплен-гам» и «Пародонкол» при удалении ретенированных и дистопированных нижних третьих моляров // Стоматология. – 2008. – Т. 87. № 2. – С. 10–14.

7. Сирак С. В., Слетов А. А., Локтионова М. В., Локтионов В. В., Соколова Е. В. Диагностика, лечение и профилактика верхнечелюстного синусита, возникающего после эндодонтических вмешательств // Пародонтология. – 2008. – № 3. – С. 14–18.

8. Сирак С. В., Копылова И. А. Вопросы повышения качества эндодонтических вмешательств по данным анкетирования врачей-стоматологов // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2010. – № 2. – С. 127–129.

9. Сирак С. В., Зекерьяева М. В. Изучение противовоспалительных и регенераторных свойств стоматологического геля на основе растительных компонентов, глюкозамина гидрохлорида и димексида в эксперименте // Пародонтология. – 2010. – Т. 15. № 1. – С. 46–50.

10. Сирак С. В., Слетов А. А., Читанова А. Д. Опыт лечения альвеолита с использованием различных антибактериальных и гемостатических средств // Дальневосточный медицинский журнал. – 2013. – № 2. – С. 56–58.

11. Сирак С. В., Казиева И. Э., Мартиросян А. К. Клинико-экспериментальное использование остеопластических материалов в сочетании с электромагнитным излучением для ускорения регенерации костных дефектов челюстей // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 5–2. – С. 389–393.

12. Grimm dr. W. D., Plöger dr. M., Schau dr. I., Vukovic dr. M. A., Shchetinin E., Akkalaev A. B., Avanesian R. A., Sirak S. V.

Complex, three-dimensional reconstruction of critical size defects following delayed implant placement using stem cell-containing subepithelial connective tissue graft and allogenic human bone blocks for horizontal alveolar bone augmentation: a case report as proof of clinical study principles // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2014. – Т. 9. № 2 (34). – С. 131–133.

13. Grimm W. D., Plöger M., Schau I., Vukovic M. A., Shchetinin E., Akkalaev A. B., Arutunov A. V., Sirak S. V. Prefabricated 3d allogenic bone block in conjunction with stem cell-containing subepithelial connective tissue graft for horizontal alveolar bone augmentation: a case report as proof of clinical study principles // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2014. – Т. 9. № 2 (34). – С. 175–178.

14. Grimm W. D., Dannan A., Giesenhagen B., Schau I., Varga G., Vukovic M. A., Sirak S. V. Translational research: palatal-derived ecto-mesenchymal stem cells from human palate: a new hope for alveolar bone and cranio-facial bone reconstruction // International journal of stem cells. – 2014. – Т. 7. № 1. – С. 23–29.

15. Mikhalchenko D. V., Poroshin A. V., Mikhalchenko V. F., Firsova I. V., Sirak S. V. Influence of transcranial electrostimulation on the osseointegration of dental implant in the experiment // Research journal of pharmaceutical, biological and chemical sciences. – 2014. – Т. 5. № 5. – С. 705–711.

16. Sirak S. V., Arutyunov A. V., Shchetinin E. V., Sirak A. G., Akkalaev A. B., Mikhalchenko D. V. Clinical and morphological substantiation of treatment of odontogenic cysts of the maxilla // Research journal of pharmaceutical, biological and chemical sciences. – 2014. – Т. 5. № 5. – С. 682–690.

17. Sirak S. V., Avanesyan R. A., Sirak A. G., Shchetinin E. V., Demurova M. K. Social composition and motivation of patients in applying for implant dental service // Research journal of pharmaceutical, biological and chemical sciences. – 2014. – Т. 5. № 5. – С. 691–697.

18. Sirak S. V., Avanesyan R. A., Akkalaev A. B., Demurova M. K., Dyagtyar E. A., Sirak A. G. Microbiocenosis of oral cavity in patients with dental implants and over-dentures // Research journal of pharmaceutical, biological and chemical sciences. – 2014. – Т. 5. № 5. – С. 698–704.

Поступила 25.10.2014

В. В. ЛОБЕЙКО¹, Г. А. РЫЖАК¹, М. М. ДЬЯКОНОВ¹, А. К. ИОРДАНИШВИЛИ²

ЛЕЧЕНИЕ РЕАКТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

¹Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Россия, 197110, г. Санкт-Петербург, пр. Динамо, 3; тел. 8 (812) 230-00-49;

²Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, 6; тел. 8 (812) 292-32-66. E-mail: mdgrey@mail.ru

Проведены ретроспективный анализ и оценка эффективности лечения 13 больных (1 мужчины и 12 женщин) в возрасте от 49 до 79 лет, которые находились на стационарном лечении по поводу сиалозов. Болезнью Микулича страдали 5 женщин в возрасте от 46 до 59 лет. По поводу синдрома Шегрена лечение проходили 8 человек (1 мужчина и 7 женщин) в возрасте от 59 до 77 лет. На основании комплексного лечения 16 больных пожилого и старческого возраста (1 мужчина и 15 женщин) в возрасте от 61 до 77 лет, страдающих сиалозами, в том числе

болезнью Микулича (5 женщин в возрасте от 61 до 72 лет) и синдромом Шегрена (11 человек, 1 мужчина и 10 женщин) в возрасте от 63 до 77 лет, предложены способы оценки степени тяжести указанной патологии и эффективности её лечения у взрослых людей разных возрастных групп. Совершенствована методика лечения сиалозов у людей старших возрастных групп с применением биокорректоров питания «лесмин», «йод-эмам», «фитолон», линимента циклоферона, пептидного биорегулятора «везуген». Показана важность регулярного проведения противорецидивных лечебно-профилактических мероприятий в процессе динамического наблюдения за пациентами пожилого и старческого возраста, страдающими сиалозами, что приводит к улучшению качества их жизни.

Ключевые слова: геронтостоматология, люди пожилого и старческого возраста, слюнные железы, сиалозы, болезнь Микулича, синдром Шегрена, эффективность лечения, оценка степени тяжести клинического течения патологии.

V. V. LOBEYKO¹, G. A. RYZHAK¹, M. M. DYAKONOV¹, A. K. IORDANISHVILI²

TREATMENT OF REACTIVE AND DISTROFISESKY DISEASES
OF SIALADENS AT PEOPLE OF ADVANCED AND SENILE AGE

¹St. Petersburg institute of bioregulation and gerontology,
Russia, 197110, Saint Petersburg, pr. Dinamo, 3; tel. 8 (812) 230-00-49;

²St. Petersburg Kirov military medical academy,
Russia, 194044, Saint Petersburg, Akademik Lebedev str., 6;
tel. 8 (812) 292-32-66. E-mail: mdgrey@mail.ru

It is carried out the retrospective analysis and an assessment of efficiency of treatment of 13 patients (1 men and 12 women) aged from 49 till 79 years which were on hospitalization concerning sialoses. From Mikulich's illness 5 women aged from 46 till 59 years suffered. Concerning Shegren's syndrome treatment there passed 8 people (1 man and 7 women) aged from 59 till 77 years. On the basis of kompleknsy treatment of 16 patients of advanced and senile age (1 man and 15 women) aged from 61 till 77 years suffering from sialoses, including Mikulich's illness of 5 women aged from 61 till 72 years and Shegren's syndrome of 11 people (1 man and 10 women) aged from 63 till 77 years, ways of an assessment of severity of the specified pathology and efficiency of its treatment at adults of different age groups are offered. Sovershenstvovana a technique of treatment of sialoses at people of the senior age groups with application of bioproofreaders of a delivery of «lesmin», «yod-emam», «fitolon», linimentum of a tsikloferon, the peptide vezugen bioregulator. Importance of regular carrying out antirecurrent treatment-and-prophylactic actions in the course of dynamic observation over patients of advanced and senile age, a stradayushchimisialozama that leads to improvement of quality of their life is shown.

Key words: gerontostomatologiya, people of advanced and senile age, sialadens, sialoses, Mikulich's illness, Shegren's syndrome, efficiency of treatment, assessment of severity of a clinical course of pathology.

Проведенное эпидемиологическое исследование показало, что у людей пожилого и старческого возраста чаще, чем у людей молодого и среднего возраста встречаются реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез: сиалозы, к которым относят болезнь Микулича и синдром Шегрена [1, 2]. Этиология этих заболеваний до сих пор не установлена. Считается, что в основе возникновения болезни Микулича в качестве основной причины называют нейроэндокринные расстройства, а синдром Шегрена обычно в последние годы рассматривается как аутоиммунная экзокринопатия [5, 6]. Поэтому больные с данной патологией обычно проходят лечение в ревматологических центрах или специализированных терапевтических клиниках. В задачу врача-стоматолога входит проведение лечебно-профилактических мероприятий по санации полости рта, а также улучшению процессов слюноотделения [3]. Как правило, при-

чину имеющихся у пациента морфофункциональных изменений слюнных желез при сиалозах не всегда удается установить [4]. Следует также отметить, что сиалозы у людей пожилого и старческого возраста из-за коморбидной патологии, присущей людям старших возрастных групп, обычно сопутствуют хроническим заболеваниям органов сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, эндокринопатиям, болезням соединительной ткани, неврологическим нарушениям и т. п. [6]. При этом одним из симптомов перечисленной патологии может быть гипосаливация, что необходимо учитывать при диагностике и выборе лечебно-профилактических мероприятий больным старшей возрастной группы, страдающим сиалозами.

Цель исследования – улучшение результатов лечения людей пожилого и старческого возраста, страдающих сиалозами, а также совершенствование объективизации оценки тяжести течения

патологии слюнных желез, повышение оценки эффективности их лечения.

Материалы и методы исследования

Нами был проведен анализ историй болезни 13 пациентов (1 мужчины и 12 женщин) в возрасте от 49 до 79 лет, которые находились на стационарном лечении по поводу сиалозов. Болезнью Микулича страдали 5 женщин в возрасте от 46 до 59 лет. По поводу синдрома Шегрена лечение проходили 8 человек (1 мужчина и 7 женщин) в возрасте от 59 до 77 лет. По данным историй болезни уточняли проводимую терапию, её эффективность и сроки лечения пациентов.

Под нашим наблюдением находилось 16 больных пожилого и старческого возраста (1 мужчина и 15 женщин) в возрасте от 61 до 77 лет, страдающих сиалозами, в том числе болезнью Микулича (5 женщин в возрасте от 61 до 72 лет) и синдромом Шегрена (11 человек, 1 мужчина и 10 женщин) в возрасте от 63 до 77 лет. Сиалозы у людей пожилого и старческого возраста сопутствовали хроническим заболеваниям органов сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, болезням соединительной ткани, неврологическим нарушениям, аллергическим заболеваниям и т. п., одним из симптомов которых является гипосаливация. Поэтому данное обстоятельство нужно учитывать при диагностике и выборе лечебно-профилактических мероприятий больным старшей возрастной группы и привлекать к их обследованию и лечению врачей-интернистов. Для объективизации оценки эффективности проводимого лечения определяли количество выделяемой слюны за 20 минут и проводили оценку вязкости смешанной слюны по стандартной методике с применением вискозиметра Освальда.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ первичной медицинской документации показал, что при болезни Микулича пациентам проводился комплекс лечебных мероприятий, который включал санацию полости рта. У всех пациентов проводились новокаиновые блокады по Вишневскому и гальванизация, прием йодида калия, которые общепринято используют для повышения функции слюноотделения. У трех пациентов была использована рентгенотерапия. У двух пациентов из пяти использовались антибактериальные и противовоспалительные средства, так как у них имелось хроническое воспаление слюнных желез, осложнявшее течение основного заболевания. Этим пациентам проводили бужирование протоков околоушных желез антисептическими растворами (фурацилин) и ферментными препаратами (химотрипсин). По данным историй болезни все восемь пациентов были выписаны с незначительным улучшением,

средний срок стационарного лечения составил $24 \pm 6,5$ суток. Сведений о повторных госпитализациях, а также о возможных обострениях процесса в первичной медицинской документации также отмечено не было. Из рекомендаций больным по выписке советовали осуществление периодической санации полости рта, полосканий полости рта (антисептические растворы, отвары трав), выполнение зубного протезирования, прием поливитаминов, а также нахождение под наблюдением у врача стоматолога-хирурга в стоматологической поликлинике по месту жительства.

Изучение историй болезни пациентов, страдающих синдромом Шегрена, показало, что при этом заболевании пациентам проводился комплекс лечебных мероприятий, который включал санацию полости рта. У 4 из 8 пациентов проводились новокаиновые блокады по Вишневскому и гальванизация. Всеми пациентами осуществлялся прием йодида калия. Эти лечебно-профилактические мероприятия при синдроме Шегрена, как и при болезни Микулича, были направлены на повышение функции слюноотделения. Пяти пациентам из восьми проводили бужирование протоков околоушных желез антисептическими растворами (фурацилин, борная кислота) и ферментными препаратами (химотрипсин). По данным историй болезни все пациенты, страдающие синдромом Шегрена, были выписаны с незначительным улучшением, средний срок стационарного лечения составил $22 \pm 5,7$ суток. Сведений о повторных госпитализациях, а также о возможных обострениях реактивно-дистрофического процесса слюнных желез в первичной медицинской документации не отмечено. В выписном эпикризе этим пациентам были даны типичные рекомендации, а именно: больным советовали осуществление периодической санации полости рта, полосканий полости рта (антисептические растворы, отвары трав), выполнение зубного протезирования, прием витаминов, а также нахождение под наблюдением у врача стоматолога-хирурга в стоматологической поликлинике по месту жительства.

Изучение клинической картины сиалозов у людей старших возрастных групп позволило выявить наиболее значимые клинические симптомы, которые необходимо учитывать для выявления этой патологии, оценки степени тяжести её течения, а также для оценки эффективности проведенных лечебно-профилактических мероприятий.

Среди наиболее значимых клинических симптомов рассматриваемой патологии у людей пожилого и старческого возраста были определены следующие: характеристика общего состояния больного, размеров слюнных желез, данные оценки слюнных желез при пальпации, а также характеристика малых слюнных желез и функции слюноотделения. Таким образом, на основании

жалоб и анализа клинического состояния пораженных слюнных желез у больных сиалозами нами был предложен индексный способ оценки степени тяжести данной патологии, который учитывает следующие симптомы и их оценку в баллах:

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

2. Характеристика размеров слюнных желез: без видимой патологии – 0; признаки увеличения одной слюнной железы (в том числе симметричное) – 1; сочетанное увеличение нескольких слюнных желез, в том числе одновременно со слезными железами, – 5.

3. Характеристика слюнных желез при пальпации: обычной (мягкой) консистенции – 0; плотно-эластической консистенции, безболезненные – 1; плотные, бугристые, безболезненные – 5.

4. Характеристика малых слюнных желез: без видимой патологии – 0; отек слизистой оболочки в области устьев малых слюнных желез – 1; отек и гиперемия слизистой оболочки в области устьев малых слюнных желез, последние зияют, скудное гнойное отделяемое – 5.

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

При регистрации симптомов сиалоза необходимо осуществлять подсчет суммы баллов и оценивать степень тяжести течения реактивно-дистрофической патологии слюнной железы у пациента, исходя из полученной суммы баллов: 0 – нет патологии; 1–4 балла – заболевание легкой степени; 5–9 баллов – заболевание средней тяжести; 10–25 баллов – патология тяжелой степени.

Для определения эффективности лечения сиалоза использовали ранее предложенный способ, который предусматривает в процентном выражении определение эффективности проведенной терапии при сиалозе и осуществляется по формуле: эффективность (%) = $100 (A - B) / A$, где A – сумма баллов при клинической оценке степени тяжести течения заболевания до начала лечения; B – сумма баллов при клинической оценке степени тяжести течения заболевания после проведенного лечения.

Апробация данных способов определения степени тяжести течения сиалозов и оценки эффективности их лечения оказалась простой в мануальном выполнении, удобной и приемлемой для использования в практике челюстно-лицевой хирургии и стоматологии.

В 1-й группе пациентов, страдающих болезнью Микулича, одновременно с лечением общесоматической патологии, осуществляемым

врачами-интернистами, проводились общепринятые лечебно-профилактические мероприятия, направленные на повышение слюноотделения и уменьшение припухлости слюнных желез, так как ни у кого из обследуемых пациентов не было выявлено обострения воспалительного процесса в слюнных железах. Всем пациентам, страдающим болезнью Микулича, проводилось десенсибилизирующее (супрастин, димедрол) и общеукрепляющее (биокорректор питания «лесмин» по 1 таблетке 3 раза в день на курс продолжительностью 30 суток) лечение. Для стимулирования секреторной функции слюнных желез использовали биокорректор питания «йод-элам» (по 1 таблетке 3 раза в день на курс продолжительностью 30 суток) и пептидный биорегулятор «везуген» перорально во время еды по 1 капсуле 2 раза в день в течение месяца, также назначали соответствующую диету, полоскания полости рта теплой подкисленной водой, лечебный массаж пораженной железы, а также проводили инстилляцию пораженной околоушной железы антисептическими растворами (фурацилин) и ферментными препаратами (химопсин, химотрипсин), с последующим введением 5%-ного спиртового раствора «фитолон» в выводной проток пораженной железы (патент РФ на изобретение № 2290188) однократно в течение 5–7 дней, с последующей его заменой на 5%-ный линимент циклоферона (патент РФ на изобретение № 2290198), который также вводился в выводной проток пораженной железы раз в сутки в течение 5–7 дней.

Во 2-й группе пациентов, страдающих синдромом Шегрена, одновременно с лечением общесоматической патологии, осуществляемым врачами-интернистами, которое включало гормональную терапию (преднизолон по 0,005 г 2 раза в день в течение 5 дней), проводились общепринятые лечебно-профилактические мероприятия, направленные, также как и при болезни Микулича, на повышение слюноотделения и уменьшение припухлости слюнных желез, так как ни у кого из обследуемых пациентов не было выявлено обострения воспалительного процесса в слюнных железах. Всем пациентам, страдающим синдромом Шегрена, проводилось десенсибилизирующее (супрастин, димедрол) и общеукрепляющее (биокорректор питания «лесмин» по 1 таблетке 3 раза в день на курс продолжительностью 30 суток) лечение. Для стимулирования секреторной функции слюнных желез использовали биокорректор питания «йод-элам» (по 1 таблетке 3 раза в день на курс продолжительностью 30 суток) и пептидный биорегулятор «везуген» перорально во время еды по 1 капсуле 2 раза в день в течение месяца, также назначали соответствующую диету, полоскания полости рта теплой подкисленной водой, лечебный массаж пораженной железы, проводили инстилля-

ции пораженной околоушной железы антисептическими растворами (фурацилин) и ферментными препаратами (химопсин, химотрипсин) с последующим введением 5%-ного спиртового раствора фитолонна в выводной проток пораженной железы (патент РФ на изобретение № 2290188) однократно в течение 5–7 дней, с последующей его заменой на 5%-ный линимент циклоферона (патент РФ на изобретение № 2290198), который также вводился в выводной проток пораженной железы раз в сутки в течение 5–7 дней.

Следует отметить, что физиотерапевтические процедуры пациентам, страдающим сиалозами, были противопоказаны из-за наличия сопутствующей коморбидной патологии. В то же время нами наблюдались 34 человека среднего возраста (от 46 до 56 лет), которым из физиотерапевтических процедур использовались ультрафонофорез с гидрокортизоном и электрофорез с 10%-ным раствором иодида калия, которые привели к некоторому улучшению клинического течения реактивно-дистрофической патологии. Поэтому использование физиопроцедур в пожилом и старческом возрасте не исключается, но при отсутствии противопоказаний.

При использовании у пациентов, страдающих сиалозами, пептидного биорегулятора везугена рассчитывали на улучшение гемомикроциркуляции крови в слюнных железах, биоактивный комплекс «лесмин» применяли как источник витаминов А, Е, К и фитостероинов, которые необходимы для нормальной функции эпителиальной ткани слюнных желез. Биокорректор питания «йод-элам» использовался как источник йода, необходимого для нормализации слюноотделения.

Всем пациентам, страдающим сиалозами, санировали полости рта и при выраженной сухости рекомендовали частые полоскания полости рта водой, антисептическими растворами (фурацилин 1:5000), отварами трав (ромашка, шалфей), кипяченой водой. Только у одного мужчины, страдающего синдромом Шегрена, прибегли к применению заменителей слюны (OralBalance). У всех обследованных пациентов, страдающих сиалозом, определяли количество и вязкость слюны, в том числе в процессе динамического наблюдения за ними, которое осуществляли в течение 2 лет.

Анализ результатов лечения пациентов, страдающих болезнью Микулича, показал, что за время лечения их общее состояние существенно улучшилось, несколько уменьшилась припухлость слюнных желез, а также в положительную сторону изменились показатели скорости выделения и вязкости слюны. Средний срок лечения пациентов этой группы составил $15 \pm 2,6$ суток. Средний показатель эффективности лечения у больных этой группы составил 49,2%.

Также положительные результаты стационарного лечения были получены при анализе сведений из историй болезни пациентов, страдающих синдромом Шегрена. За время лечения у них также улучшилось общее состояние, отмечено некоторое уменьшение припухлости слюнных желез. Положительная динамика также отмечена при изучении показателей скорости выделения и вязкости слюны. Средний срок лечения пациентов этой группы составил $14 \pm 2,2$ суток. Средний показатель эффективности лечения у больных этой группы составил 52,2%.

Следует отметить, что пациентам, страдающим сиалозами, после выписки из стационара рекомендовалось 1 раз в квартал в течение 30 суток проводить лечебно-профилактические мероприятия, направленные на повышение функции слюноотделения, которые включали в себя использование натрия нуклеината (по 1 таблетке 3 раза в день), а также биокорректоров питания «лесмин» и «йод-элам» по 1 таблетке 3 раза в день, пептидный биорегулятор «везуген» перорально во время еды по 1 капсуле 2 раза в день. Динамическое наблюдение за пациентами в течение двух лет показало, что у пациентов обеих групп отмечено улучшение показателей скорости выделения и вязкости слюны, отрицательной динамики в течение реактивно-дистрофического процесса в области слюнных желез не выявлено, и наблюдаемые пациенты за этот период повторно на стационарное лечение не поступали.

Клинический случай 1. Больная Е., 67 лет, обратилась с жалобами на умеренную боль и наличие припухлости в области околоушных желез, повышение температуры тела до $37,2^{\circ}$ С. Больна в течение шести лет болезнью Микулича. Диагностирована болезнь Микулича средней тяжести (7 баллов). Назначено лечение, как у пациентов 1-й группы. Продолжительность лечения в стационаре составила 12 суток (по выписке балльная оценка клинической симптоматики равна 4), эффективность лечения – 57,14%.

Клинический случай 2. Больная В., 72 года, обратился с жалобами на боли и наличие припухлости в области околоушных желез, повышение температуры тела до $37,1^{\circ}$ С. Больна в течение семи лет синдромом Шегрена, периодически проходит стационарное лечение, 1–2 раза в год. Диагностирован синдром Шегрена средней тяжести (9 баллов). Назначено лечение, как у пациентов 2-й группы. Продолжительность лечения в стационаре составила 13 суток (по выписке балльная оценка клинической симптоматики равна 4), эффективность лечения – 55,6%.

Таким образом, проведенное клиническое исследование показало, что предложенный комплекс лечебно-профилактических мероприятий оказался эффективным и для терапии

реактивно-дистрофической патологии слюнных желез (сиалозов) у людей пожилого и старческого возраста. Применение пептидного биорегулятора «везуген», биологически активных веществ «лесмин» и «альгиклам», а также использование для инстилляции пораженной железы фитолон и линимента циклоферона позволили не только улучшить результаты стационарного лечения больных сиалозами, но и обеспечить отсутствие рецидива рассматриваемой патологии в течение двух лет динамического наблюдения за ними, тем самым повысить качество жизни таких больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иорданишвили А. К. Частота и причины функциональных нарушений слюноотделения у людей разного возраста / А. К. Иорданишвили, В. В. Лобейко, М. В. Жмудь, Н. А. Удальцова, Г. А. Рыжак // Успехи геронтологии. – 2012. – Т. 25. № 3. – С. 531–534.
2. Некоторые методические аспекты диагностики заболеваний слюнных желез / А. К. Иорданишвили, В. В. Лобейко, А. А. Поленс, М. В. Жмудь // Пародонтология. – 2012. – № 2 (63). – С. 71–75.

3. Иорданишвили А. К. Оптимизация лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта, возникших в результате комбинированного лечения злокачественных опухолей орофарингеальной зоны у людей старших возрастных групп / А. К. Иорданишвили, Е. В. Филиппова, Д. А. Либих, В. В. Лобейко // Биомедицинский журнал «Медлайн. ру». – 2013. – Т. 13. Ст. 89. – С. 1054–1065.

4. Иорданишвили А. К. Некоторые аспекты диагностики сиалолитиаза в стоматологических лечебно-профилактических учреждениях / А. К. Иорданишвили, М. В. Жмудь, В. В. Лобейко, Г. А. Рыжак // Биомедицинский журнал «Медлайн. ру». – 2013. – Т. 13. Ст. 60. – С. 726–734.

5. Лобейко В. В. Лечение сиалoadенопатий, заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка, возникших после комбинированного лечения опухолей ротоглотки / В. В. Лобейко, А. К. Иорданишвили, Е. В. Филиппова, Д. А. Либих // Лучевой стоматит: лечение и профилактика / Л. П. Полевая. – СПб: Нордмедиздат, 2014. – С. 66–83.

6. Максютa Д. А. Хронические паротиты и их лечение / Д. А. Максютa, В. В. Лобейко. – СПб: Нордмедиздат, 2012. – 112 с.

Поступила 11.11.2014

В. В. ЛОБЕЙКО¹, А. К. ИОРДАНИШВИЛИ², М. Е. МАЛЫШЕВ³

ВОЗРАСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛЮНЫ У ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ

¹Институт биорегуляции и геронтологии,

Россия, 197110, г. Санкт-Петербург, пр. Динамо, 3; тел. 8 (812) 230-00-49;

²СПбНИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе,

Россия, 192242, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, 3; тел. 8 (812) 774-86-75;

³Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова,

Россия, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, 6;

тел. 8 (812) 292-32-66. E-mail: mdgrey@mail.ru

В статье проведена оценка показателей секреторного иммунитета слюны 109 человек разного возраста (от 20 до 90 лет), постоянно проживающих в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, не имеющих заболеваний слюнных желез. Исследовали содержание в слюне иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG и секреторного IgA, а также провоспалительных (интерлейкина-1 β , интерлейкина-6, интерлейкина-8, фактора некроза опухоли- α) и противовоспалительных (рецепторного антагониста интерлейкина-1, интерлейкина-4, интерлейкина-10) цитокинов методом иммуноферментного анализа. В ходе исследования установлено, что уровень sIgA в слюне с возрастом повышается, достигая максимальных значений в группе пожилых людей, однако у людей старческого возраста содержание sIgA в слюне падало. Также у пациентов пожилого и старческого возраста наблюдаются изменения в содержании цитокинов в слюне: повышение уровня провоспалительных IL-1 β и TNF α и противовоспалительного IL-10 с одновременным снижением IL-8 (основного хемотаксического фактора для нейтрофилов). Данные изменения могут приводить к дисбалансу в местном иммунном ответе на патоген и развитию как аутоиммунных, так и воспалительных заболеваний полости рта.

Ключевые слова: геронтостоматология, слюна, иммуноглобулины, цитокины.

V. V. LOBEYKO¹, A. K. IORDANISHVILI², M. E. MALYSHEV³

MARKERS OF SALIVA SECRETORY IMMUNITY OF PERSONS
OF DIFFERENT AGE, LIVES IN ST. PETERSBURG AND LENINGRAD REGION