

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020

Афанасьев В.В.¹, Калинин С.Ю.², Дамадаев М.М.¹

ДИСТРОФИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ, ВОЗНИКАЮЩИЕ НА ФОНЕ ДЕФИЦИТА СТЕРОИДОВ (ГИПОГОНАДИЗМ)

¹Кафедра травматологии челюстно-лицевой области МГМСУ им. А.И. Евдокимова, 127473, Москва;

²Кафедра эндокринологии Российского университета дружбы народов (РУДН), 117198, Москва

Авторы провели сравнительную клинко-лабораторную характеристику больных, страдавших гипогонадизмом и сиаладенозом до и после эндокринологического и стоматологического лечения. Полученные результаты позволили сделать вывод, что сиаладеноз, протекавший у больных на фоне дефицита стероидных гормонов, не имел особенной симптоматики и протекал клинически скрыто как для больных, так и для врачей общего звена. Наиболее характерными симптомами сиаладеноза являлись увеличение слюнных желез (СЖ), снижение уровня секреции и повышение вязкости смешанной слюны.

Результаты комплексного лечения больных сиаладенозом на фоне гипогонадизма были наиболее наилучшими, чем только моно стоматологическое лечение.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения больным сиаладенозом на фоне гипогонадизма комплексного стоматологического и эндокринологического лечения.

К л ю ч е в ы е с л о в а : слюнная железа; околоушная железа; поднижнечелюстная железа; гипогонадизм.

Для цитирования: Афанасьев В.В., Калинин С.Ю., Дамадаев М.М. Дистрофические болезни слюнных желез, возникающие на фоне дефицита стероидов (гипогонадизм). Российский стоматологический журнал. 2020; 24(1): 4-7. <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2802-2020-24-1-4-7>

Afanasjev V.V.¹, Kalinchenko S.Yu.², Damadaev M.M.¹

DYSTROPHIC DISEASES OF THE SALIVARY GLANDS THAT OCCUR IN THE BACKGROUND STEROID DEFICIENCY (HYPOGONADISM)

¹Department of traumatology of the maxillofacial region of A.I. Evdokimov Moscow state medical University, 127473, Moscow;

²The Department of endocrinology of the Peoples' Friendship University of Russia

The authors conducted a comparative clinical and laboratory analysis of patients suffering from hypogonadism and sialadenosis before and after endocrinological and dental treatment. The results obtained allowed us to conclude that sialadenosis, which occurred in patients with a deficiency of steroid hormones, had no special symptoms and it was clinically hidden for both patients and General practitioners. The most typical symptoms of sialadenosis were: an increase in LF, decrease in the level of secretion and the increase in the viscosity of mixed saliva. The results of complex treatment of patients with sialadenosis on the background of Hypo-nadism were the best than only mono-dental treatment. The obtained data indicate the need for complex dental and endocrinological treatment of patients with sialadenosis on the background of hypogonadism.

Key words: salivary glands; parotid glands; submandibular glands; hypogonadism.

For citation: Afanasjev V.V., Kalinchenko S.Yu., Damadaev M.M. Dystrophic diseases of the salivary glands that occur in the background steroid deficiency (hypogonadism). Rossiyskii stomatologicheskii zhurnal. 2019; 24(1): 4-7. <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2802-2020-24-1-4-7>

For correspondence: Afanasjev Vasily V., doctor of medical Sciences, Professor, head of the Department of traumatology of the maxillofacial region, E-mail: prof.afanasjev@yandex.ru

Acknowledgements. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received 10.11.2019

Accepted 16.12.2019

Введение

Хроническими воспалительными и дистрофическими заболеваниями слюнных желез (СЖ) — си-

аладенозами страдают до 66% пациентов [1]. Особенностью клинической картины сиаладеноза является медленное и бессимптомное клиническое течение, отсутствие выраженной симптоматики и общей ре-

Для корреспонденции: Афанасьев Василий Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии челюстно-лицевой области, E-mail: prof.afanasjev@yandex.ru

акции организма. Как правило, больные обращаются за помощью к специалистам на поздних стадиях заболевания [2 и др.]. Была выявлена патогенетическая связь слюнных желез с общими обменными нарушениями в организме: сахарным диабетом, метаболическим синдромом, инсулинорезистентностью, болезнями щитовидной железы и др. [2, 3, и др.]. Последние исследования показали, что сиаладеноз диагностируют преимущественно у больных с абдоминальным ожирением и сахарным диабетом II типа (74 %) — составными симптомами метаболического синдрома [4, 5], что, в свою очередь, является следствием дефицита стероидных гормонов (гипогонадизма).

При эпидемическом паротите («свинке») встречались такие осложнения, как тиреоидит, орхит, панкреатит и др. Биохимическое обследование крови этих пациентов показало изменение содержания тиреотропного гормона. Известно, что слюнные и половые железы имеют тесную взаимосвязь. Их поражение вирусом однотипно и возникает одновременно в период эпидемий на фоне эпидемического паротита, что в конечном итоге нередко приводит к мужскому бесплодию. Была установлена взаимосвязь слюнных желез и гипогонадизма, при котором сиаладеноз наблюдался в 100 % случаев. Лечение гипогонадизма приводило к частичному восстановлению функциональной активности слюнных желез.

Однако до настоящего времени в литературе нет данных о динамике клинического течения гипогонадизма при проведении комплексного лечения больных сиаладенозом, что послужило основанием для настоящей работы.

Материал и методы

Всего под нашим наблюдением находились 59 больных, страдавших гипогонадизмом. Всех больных разделили на 2 группы.

В 1-ю группу вошли 25 пациентов (14 мужчин и 11 женщин в возрасте от 25 до 70 лет), у которых при комплексном обследовании стоматологом и эндокринологом выявили сиаладеноз, протекавший на фоне дефицита стероидных гормонов (гипогонадизма).

Всем больным 1-й группы провели последовательное комплексное лечение у эндокринолога заместительной гормональной терапией по поводу гипогонадизма, после чего осуществили лечение этих больных у стоматолога (новокаиновые блокады с мексидолом в области СЖ, сиаливостимулирующие вещества, витаминотерапия) по поводу сиаладеноза.

Во 2-ю группу вошли 34 больных (13 мужчин в возрасте от 30 до 75 лет и 21 женщина от 25 до 75 лет). У всех больных после комплексного обследования стоматологом выявили сиаладеноз с увеличением околоушных или подчелюстных СЖ, по поводу которого провели комплексное стоматологическое лечение.

Клиническая картина сиаладеноза у больных 1-й группы проявлялась увеличением околоушных (ОУ) или поднижнечелюстных (ПЧ) слюнных желез (реже), которые в большинстве случаев не беспокоили пациента и не имели болевой симптоматики. Об увеличении СЖ многие больные, как правило, узнавали от врача или от окружающих.

Больные отмечали периодическую сухость в полости рта, наличие вязкой слюны. Редко жаловались на обильное слюноотделение, но при осмотре в полости рта у них определялась пенистая слюна, и результаты сиалометрии указывали на недостаточное ее количество. У большинства больных 1-й группы слюнные железы были мягкие и безболезненные при пальпации. Слизистая оболочка полости рта у всех больных была бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, у 12% больных выявили признаки ксеростомии в виде пенистой слюны. У всех больных имелись зубные отложения, что свидетельствовало о недостаточном количестве слюны (промывной жидкости) и прогрессировании бактериальной флоры в полости рта. Язык в большинстве случаев был обложен, что свидетельствовало в пользу заболеваний желудочно-кишечного тракта. При массировании СЖ из их протоков выделялся прозрачный секрет без включений. В единичных случаях пациенты ($n = 3$) отмечали небольшое повышение температуры тела до субфебрильных величин ($37—37,1^{\circ}\text{C}$).

Клиническая картина дефицита стероидных гормонов характеризовалась инсулинорезистентностью, сахарным диабетом 2-го типа, повышением артериального давления, абдоминальным ожирением, эректильной дисфункцией, хроническим простатитом, остеопорозом, что также свидетельствовало о наличии метаболического синдрома. Также у больных отмечали быструю утомляемость, бессонницу, нарушение памяти, выпадение волос, снижение полового влечения, что приводило к ухудшению качества жизни пациентов.

В отличие от пациентов 1-й группы больные 2-й группы, обратившиеся к стоматологу, самостоятельно предъявляли жалобы на увеличение СЖ и сухость полости рта. Клиническая картина сиаладеноза у этих пациентов характеризовалась наличием увеличенных ОУ СЖ и ПЧ СЖ. Больные предъявляли жалобы на увеличение СЖ и дискомфорт в этой области, а также сухость в полости рта, пенистую и вязкую слюну. Как правило, степень испытываемых жалоб повышалась в весенне-осенний период или на фоне понижения иммунитета.

Из сопутствующих заболеваний у больных обнаружена патология со стороны сердечно-сосудистой (28%), дыхательной (31%), нервной (10%) и мочеполовой (13%) систем, а также опухоли (8%), болезни желудочно-кишечного тракта (23%). В 100% случаев выявлен дефицит стероидных гормонов.

Таким образом, наиболее часто больные страдали болезнями эндокринной, дыхательной и сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта.

Отмеченные сопутствующие заболевания на момент обследования находились в состоянии полной ремиссии.

Лечение у стоматолога заключалось в проведении наружных новокаиновых блокад в области ОУ СЖ или ПЧ СЖ с 1% до 4,0 мл раствором мексидола и 20 мл 0,5 % раствора новокаина (прокаина), инъекций саливо-стимулирующих препаратов (1% — 1 мл раствора нивалина), витаминотерапия, внутривенные капельные введения раствора реополиглюкина в количестве 200 мл.

Лечение у эндокринолога проводили в эндокринологической клинике проф. С.Ю. Калинин. Оно состояло в назначении заместительной гормональной терапии, которая включала «квартет здоровья» (154) — комплекс препаратов, направленных на восстановление дефицита половых (стероидных) гормонов, улучшения общего состояния здоровья и увеличения продолжительности жизни. Этот комплекс включал D-гормон (витамин D3) не менее 100 000 мкг в мес. Половые (стероидные) гормоны (тестостерон, эстрогены, прогестерон). Доза индивидуально подбирались врачом эндокринологом. Омега 3 ПН-ЖК (витамин F): эйкозопентаеновая (ЭПК) и докозогексаеновая (ДГК) кислоты (экстракт из рыбьего жира). Антиоксидант — тиоктоновая кислота (Альфа-липовая кислота).

Результаты

Комплексные стоматологическое и эндокринологическое обследования показали, что у всех больных 1-й группы диагностировали сиаладеноз на фоне дефицита стероидных гормонов (гипоганадизм). Наибольшее число больных приходилось на возраст от 45 до 59 лет. Это возраст, при котором развивается

дефицит половых гормонов: у мужчин после 45 лет, у женщин в постменопаузальный и менопаузальный периоды, т. е. в периоды наибольшей социальной активности, когда больные нуждаются в эндокринологической коррекции половых гормонов для поддержания жизненного тонуса.

Всем больным провели комплексное лечение стоматологом и эндокринологом. Также определяли функциональную активность СЖ, вязкость и pH слюны до и после лечения.

При осмотре у большинства — 22 (92%) больных 1-й группы без учета пола до лечения обнаружили достоверное увеличение ОУ СЖ. У 11 (50%) больных отметили увеличение ПЧ СЖ. Такую же картину наблюдали и у больных в зависимости от пола (табл. 1). После комплексного лечения констатировали достоверное уменьшение как ОУ СЖ, особенно у мужчин, так и ПЧ СЖ, особенно у женщин.

Секрет из ОУ СЖ и ПЧ СЖ выделялся в норме, при этом поднижнечелюстная саливация была незначительно выше, чем околоушная. После лечения отмечали незначительное увеличение саливации (табл. 2). У мужчин этот признак выражен больше. Вязкость смешанной слюны до лечения была значительно повышена и составила $1,78 \pm 0,1$ см у мужчин и $1,3 \pm 0,1$ см у женщин, и в среднем — $1,6 \pm 0,1$ см (при норме = $0,5 \pm 0,1$ см).

После лечения вязкость достоверно ($P \leq 0,001$) снижалась, однако не достигала нормальных величин как у мужчин, так и у женщин.

Также была снижена pH смешанной слюны, однако после лечения она незначительно, но достоверно ($P \leq 0,001$) повышалась, что свидетельствовало в пользу эффективности проводимой терапии: $6,16 \pm 0,13$ до и $6,62 \pm 0,08$ после лечения у мужчин; $6,2 \pm 0,04$ до и $6,4 \pm 0,1$ после — у женщин; а в среднем составила $6,2 \pm 0,05$ до и $6,5 \pm 0,05$ после комплексного лечения.

У больных как 2-й, так и 1-й групп отмечали увеличение ОУ СЖ или ПЧ СЖ. При обследовании у эндокринолога у всех больных диагностировали гипоганадизм.

После стоматологического лечения больных 2-й группы отметили незначительное уменьшение СЖ в размерах, но до нормальных величин СЖ не восстанавливались. Следует отметить, что больным 2-й группы проводили только стоматологическое лечение.

Таблица 1. Особенности местных изменений СЖ у пациентов с сиаладенозом 1-й группы

Клиника, пол	Увеличение ОУ СЖ		Увеличение ПЧ СЖ	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
	есть	есть	есть	есть
М ($n = 14$), %	$86 \pm 9\%$	$50 \pm 14\%$	$43 \pm 13\%$	$21 \pm 11\%$
P		$\leq 0,05$		$\geq 0,05$
Ж ($n = 11$), %	$91 \pm 9\%$	$73 \pm 13\%$	$45 \pm 15\%$	$9 \pm 9\%$
P		$\geq 0,05$		$\leq 0,05$
Без учета пола ($n = 25$), %	$92 \pm 6\%$	$68 \pm 9\%$	$50 \pm 10\%$	$18 \pm 8\%$
P		$\leq 0,05$		$\leq 0,02$

Таблица 2. Результаты сиалометрии, вязкости и pH слюны у пациентов с сиаладенозом 1-й группы

Пол	Методы обследования					
	Сиалометрия		Вязкость		Ph	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Мужчины ($n = 14$)	$0,36 \pm 0,03$ мл/мин	$0,61 \pm 0,02$ мл/мин	$1,78 \pm 0,1$ см	$1,14 \pm 0,1$ см	$6,16 \pm 0,13$	$6,62 \pm 0,08$
		$\leq 0,05$		$\leq 0,001$		$\leq 0,001$
Женщины ($n = 11$)	$0,26 \pm 0,03$ мл/мин	$0,36 \pm 0,02$ мл/мин	$1,3 \pm 0,1$ см	$0,9 \pm 0,1$ см	$6,2 \pm 0,04$	$6,4 \pm 0,1$
		$\leq 0,01$		$\leq 0,01$		$\geq 0,05$
Без учета пола ($n = 25$)	$0,3 \pm 0,04$ мл/мин	$0,5 \pm 0,07$ мл/мин	$1,6 \pm 0,1$ см	$1,0 \pm 0,08$ см	$6,2 \pm 0,05$	$6,5 \pm 0,05$
P		$\leq 0,02$		$\leq 0,001$		$\leq 0,001$

Функция СЖ у всех больных 2-й группы до лечения была снижена, и секреция достоверно повышалась после лечения. Так, скорость выделения смешанной слюны до лечения без учета пола составила $0,36 \pm 0,03$ мл/мин и $0,56 \pm 0,06$ мл/мин — после лечения ($P \leq 0,01$). У мужчин скорость саливации до лечения в среднем была $0,49 \pm 0,1$ мл/мин и $0,71 \pm 0,1$ мл/мин — после лечения ($P \leq 0,05$).

Вязкость смешанной слюны у пациентов 2-й группы была значительно повышена: до лечения вязкость слюны у больных без учета пола составила $1,5 \pm 0,1$ см и после лечения — $1,1 \pm 0,1$ см ($P \leq 0,01$), что было выше нормы.

Таким образом, сравнительный анализ результатов комплексного лечения больных показал, что они были лучше, чем только моностоматологическое лечение.

У больных после комплексного лечения гипогонадизма эндокринологом и сиаладенозом — стоматологом у одного и того же больного отмечалось улучшение общего самочувствия, снижение массы тела, достоверное уменьшение размеров ОУ СЖ и ПЧ СЖ, увеличение секреции слюны до нормальных величин. Однако снижения вязкости слюны до нормы и полного восстановления стероидных гормонов, даже после проведения заместительной гормонотерапии, не наблюдалось

Заключение

Полученные клинико-лабораторные данные позволяют сделать вывод, что сиаладеноз, протекающий у больных на фоне дефицита стероидных гормонов (гипогонадизм), не имеет специфической и клинической симптоматики, протекает клинически скрыто как для больных, так и для врачей общего звена. Наиболее характерными симптомами сиаладеноза являются ОУ СЖ или ПЧ СЖ, снижение уровня секреции и повышение вязкости смешанной слюны. Наибольшее количество больных приходится на возраст от 44 до 59 лет, т. е. на период наиболь-

шей социальной активности, когда больные нуждаются в эндокринологической коррекции половых гормонов для поддержания жизненного тонуса.

Результаты комплексного лечения сиаладеноза показали наилучшие исходы терапии, чем только моностоматологическое лечение.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения больным сиаладенозом на фоне гипогонадизма комплексного стоматологического и эндокринологического лечения.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р. *Атлас заболеваний и повреждений слюнных желез*. Учебное пособие. М; 2008.
2. Афанасьев В.В., Зорян Е.В., Красникова Т.В. Возможности современной фармакотерапии в лечении больных с дистрофическими заболеваниями слюнных желез. *Медицинский алфавит*. 2012; 2(7): 39—41.
3. Rauch S. *Die Speicheldrüsen des Menschen*. Stuttgart: Gorg Thieme Verlag; 1959.
4. Baxendale P., Jacobs H., James V. Salivary testosterone: relationship to unbound plasma testosterone in normal and hyperandrogenic women. *Clin. Endocrinol.* 1982; 16: 595—603.
5. Carlson E.R. Diagnosis and management of salivary gland infections. *Oral Maxillofac Surg. Clin. North. Am.* 2009; 21(3): 293—312.

REFERENCES

1. Afanasiev V.V., Abdusalamov M.R. Atlas of diseases and injuries of the salivary glands. Textbook. Moscow; 2008 (in Russian).
2. Afanasiev V.V., Zoryan E.V., Krasnikova T.V. Possibilities of modern pharmacotherapy in the treatment of patients with dystrophic diseases of the salivary glands. *Meditsinskiy alfavit*. 2012; 2 (7): 39—41 (in Russian).
3. Rauch S. *Speicheldrüsen, courtyard*. Stuttgart: Thieme Gorg Venlag; 1959.
4. Baxendale P., Jacobs H., James V. Salivary testosterone: the relationship to unbound plasma testosterone in normal and hyperandrogenic women. *Clin. Endocrinol.* 1982; 16: 595—603.
5. Carlson E. R. diagnosis and treatment of salivary gland infections. *Oral Maxillofac. Surg. North. Am.* 2009; 21(3): 293—312.

Поступила 10.11.2019
Принята в печать 16.12.2019