

Опыт лечения ксеростомии с использованием спрея Гипосаликс

В.В.Афанасьев^{1,2}, О.Н.Титова^{1,2}, Х.А.Ордашев³, Ю.С.Угурчиев¹

¹Кафедра челюстно-лицевой травматологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава РФ

²Всероссийский центр заболеваний и повреждений слюнных желез, Москва

³Кафедра хирургической стоматологии ГБОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала

Резюме

Ксеростомия – сухость рта – является симптомом разных заболеваний слюнных желез, а также следствием рентгенотерапии и химиотерапии злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. Лечение ксеростомии является сложной задачей и требует внимания разных специалистов: челюстно-лицевого хирурга, онколога, эндокринолога и др. Одним из методов лечения ксеростомии является заместительная терапия: искусственная слюна, разные гели. В последнее время в России появился новый препарат – спрей Гипосаликс. На основании результатов проведенного исследования выявлена его высокая эффективность, особенно при ксеростомии, вызванной радиотерапией и химиотерапией злокачественных опухолей челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: ксеростомия, слюнные железы.

Experience with Hyposalix spray treatment for xerostomia

V.V.Afanasyev, O.N.Titova, Kh.A.Ordashev, Yu.S.Ugurchiev

Summary

Xerostomia, dry mouth, is a symptom of different diseases of the salivary glands and also a consequence of radio- and chemotherapy for malignant maxillofacial tumors. Xerostomia treatment is a challenge and requires the attention of different specialists: a maxillofacial surgeon, an oncologist, an endocrinologist, and others. Replacement therapy (artificial saliva, various gels) is one of the treatments for xerostomia. The new agent Hyposalix spray has recently emerged in Russia. The performed trial revealed its high efficacy, particularly in xerostomia caused by radio- and chemotherapy for malignant maxillofacial tumors.

Key words: xerostomia, salivary glands.

Сведения об авторах

Афанасьев Василий Владимирович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. челюстно-лицевой травматологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова, президент Ассоциации сиалологов России

Титова Ольга Николаевна – канд. мед. наук, ассистент каф. челюстно-лицевой травматологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова

Ордашев Хасан Алиевич – канд. мед. наук, доц. каф. хирургической стоматологии Дагестанской государственной медицинской академии

Ю.С.Угурчиев – клинический ординатор, ассистент каф. челюстно-лицевой травматологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова

Введение

Сухость полости рта (ксеростомия) часто постоянно беспокоит пациентов с разными заболеваниями органов и систем человека или же возникает как временное явление при волнении, тяжелой физической работе и других состояниях. В последнем случае она носит временный характер.

По данным МКБ-10, ксеростомия относится к болезням органов пищеварения. В то же время некоторые авторы сухость рта считают симптомом при ряде заболеваний, а не самостоятельной болезнью [1].

В зависимости от степени выраженности ксеростомии выделяют состояние гипосалии (снижение саливации) и асалии (отсутствие слюны в полости рта), что определяется с помощью разных функциональных методов исследования (сиалометрия).

Этиология ксеростомии разнообразна. У ряда больных сухость полости рта возникает при дегидратации организма в результате значительной кровопотери, патологической диареи (холера), выраженной потери жидкости через кожу (например, в результате ожога или на фоне лихорадки, полиурии, белкового диатеза, при заболеваниях щитовидной железы, желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы, например болезнь Альцгеймера, травмы, психические расстройства, депрессии [3].

Ксеростомия может наступить в случае нарушения нейроэндокринной регуляции функционирования слюнных желез при сахарном диабете, при заболеваниях щитовидной железы, желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы, например болезнь Альцгеймера, травмы, психические расстройства, депрессии [3].

Наиболее трудно поддающаяся лечению ксеростомия возникает у больных с разными общими заболеваниями (синдромами) и одновременной патологией со стороны слюнных желез, при которой значительно нарушается их функция. К ним относятся: аутоиммунные заболевания (синдром Шегрена), склеродермия, ревматоидный полиартрит; радиолучевая терапия, используемая для лечения злокачественных новообразований слюнных желез и других областей лица, головы и шеи, воспалительные и дистрофические заболевания слюнных желез и др.

Нередко ксеростомия диагностируется у больных, принимающих разные лекарственные вещества, такие как антидепрессанты, психотропные средства, кардиологические и гомеопатические препараты.

Различают 3 стадии ксеростомии. В начальной стадии сухость рта беспокоит больных периодически, при разговоре, переутомлении. При обследовании изменений со стороны полости рта не определяется, снижения уровня саливации нет. В клинически выраженной стадии сухость рта беспокоит больных постоянно, усиливаясь при разговоре и во время еды. При осмотре полости рта слизистая оболочка у больных имеет нормальную окраску, слабо увлажнена, свободной слюны мало, она начинает пениться, при массировании слюнных желез из их протоков выделяется секрет по каплям. В поздней стадии ксеростомии отмечается постоянная сухость рта, пищу пациенты вынуждены принимать запивая водой. Слюна из протоков при массировании желез не выделяется, а при сиалометрии слюну получить не удастся. Особенно это характерно для больных с синдромом

Шегрена, саркоидозом и поздней стадией хронического сиаладенита.

Лечение ксеростомии должно быть комплексным. Оно заключается, во-первых, в повышении активности выработки секрета слюнными железами и во-вторых – в лечении заболеваний, способствующих развитию ксеростомии.

Довольно сложно, а иногда и безнадежно, проводить лечение ксеростомии, связанной с гибелью ацинарной ткани. Это происходит у больных с синдромом (болезнью) Шегрена, саркоидозом и другими заболеваниями соединительной ткани.

Также трудно поддается лечению ксеростомия, вызванная лучевой или химиотерапией у онкологических больных со злокачественными опухолями, расположенными в челюстно-лицевой области. Связано это с тем, что при проведении облучения или химиотерапии в зону воздействия попадают практически все большие и малые слюнные железы с последующей гибелью паренхимы секреторного органа. В данном случае лечение ксеростомии является только симптоматическим и не влияет на секретирующие комплексы слюнных желез и не восстанавливает их.

Таким образом, терапия у данной категории пациентов является заместительной, при которой используются лекарственные средства протективного свойства, защищающие слизистую оболочку полости рта и зубы от неблагоприятного воздействия ротовой микрофлоры и ликвидирующие на время чувство сухости полости рта.

К заместительной терапии относятся разные по составу препараты. В основном это разные гели, выпускаемые зарубежными фирмами (Bioral, Bioton, Salagen, Крафтвей, Biotene Oralbalance и др.), которые по составу напоминают искусственную слюну. Гель наносят на палец и растирают по слизистой оболочке полости рта. Применение гелей позволяло улучшить состояние больных, однако их использование было довольно неудобным, особенно в «полевых» условиях.

В настоящее время в России появилось новое средство для оказания помощи пациентам с ксеростомией – спрей Гипосаликс (компания «Биокодекс», Франция). Этот препарат выгодно отличается от гелей тем, что является более гигиеничным (не требует нанесения на слизистые оболочки с помощью пальцев рук), удобен в применении: выпускается в виде спрея во флаконе, который можно взять с собой на деловые встречи и прогулку.

Прежде чем назначать данный препарат нашим больным, мы провели изучение степени эффективности спрея Гипосаликс у больных с разными формами ксеростомии.

Материалы и методы

Всего под нашим наблюдением находились 23 больных с ксеростомией в возрасте от 31 до 81 года, которые жаловались на сухость губ и полости рта, а также затруднение при разговоре, связанное с ксеростомией. Данные жалобы беспокоили пациентов в течение 1 года и более.

На основании комплексного обследования выявили, что у 9 (из 23) больных ксеростомия возникла после лучевой терапии злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. У 13 пациентов ксеростомию диагностировали на фоне разных заболеваний слюнных желез, таких как синдром Шегрена (2), интерстициальный сиаладеноз (11), из которых у 3 больных выявили сопутствующее депрессивное состояние и у 1 больного диагностировали гальваноз.

Спрей Гипосаликс оснащен пульверизатором. Для лечения ксеростомии спрей с помощью пульверизатора наносился пациентом на слизистую оболочку щек, языка и глотки. Процедуру повторяли в случае необходимости. Больной распространял спрей языком по всей поверхности полости рта, а избытки проглатывал.

С целью изучения возможностей спрея Гипосаликс у всех больных проводили до и после лечения сиалометрию смешанной слюны, собранной за 20 мин путем ее сплевывания в пробирку. Также изучали микрофлору и качественный состав смешанной слюны до и после лечения, при этом определяли в смешанной слюне следующие

компоненты: глюкозу (ммоль/л), аланинаминотрансферазу – АЛТ (Ед/л), аспаргатаминотрансферазу – АСТ (Ед/л), общий белок (г/л), щелочную фосфатазу (Ед/л), мочевины (Ед/л) и амилазу (Ед/л).

Статистическую обработку проводили по каждому параметру до и после лечения у всех больных без учета диагноза по следующим параметрам: достоверное наличие или отсутствие изменений данного параметра после лечения. Кроме того, изучали показатели тех же параметров отдельно у больных после радиотерапии и с разными заболеваниями слюнных желез в сравнительном аспекте.

Результаты

Сухость рта у наших больных была постоянной, что затрудняло длительный разговор, а также прием сухой пищи.

У больных после лучевой или химиотерапии ксеростомия была наиболее выражена. Больные жаловались на мучительные ощущения нехватки воды, сухость рта, жжение языка, необходимость постоянного приема жидкости, плохой сон из-за необходимости орошения рта в период покоя с целью добиться сна. У больной с гальванозом жалобы были на жжение в полости рта.

При обследовании у всех 9 больных с ксеростомией после проведенной радиотерапии, а также у 2 больных с синдромом Шегрена обнаружили объективное выраженное снижение секреции слюнных желез, выявленное после сиалометрии. В полости рта у них мы обнаруживали отсутствие свободной слюны, гиперемию слизистой оболочки с явлениями мукозита, отсутствие «слюнной лужицы» в переднем отделе подъязычной области. Слюна была вязкая, шпатель прилипал к слизистой оболочке.

У остальных 14 пациентов уровень снижения секреции был незначительным и находился в пределах нижней границы нормы. В полости рта у данных пациентов слизистая оболочка была бледно-розового цвета, слабо увлажнена или сухая, обычно – без признаков изъязвления. Свободной слюны было мало, и она была вязкой. Из выводящих протоков околоушных и поднижнечелюстных слюнных желез секрет выделялся по каплям.

Лечение больных с использованием спрея Гипосаликс позволило получить хороший положительный результат (длительное снижение сухости рта) у всех 22 больных с патологией слюнных желез (100%). У больной с гальванозом полости рта лечебный эффект был незначительным, в связи с чем больная отказалась от дальнейшего наблюдения и обследования.

Сиалометрия, проведенная в динамике через 1 мес после приема спрея Гипосаликс, показала увеличение секреции у 2 (из 22) больных, что составило 9%. У остальных больных изменение уровня секреции после лечения было недостоверно и колебалось в пределах его увеличения или уменьшения.

Таким образом, после использования спрея Гипосаликс уровень саливации практически не изменялся.

В зависимости от необходимости больные использовали Гипосаликс от 2 до 8 раз в сутки. Особенно часто спрей использовали пациенты после химио- и радиотерапии, а

также больные с синдромом Шегрена (от 4 до 8 раз в сутки). В среднем орошение полости рта спреем проводили 3 раза в день.

При данной частоте использования Гипосаликса одного баллончика препарата хватало на 4–5 нед, что было довольно экономно. В случае если эффект препарата ощущался в течение небольшого промежутка времени (1–2 ч), один баллончик использовался больным в течение 10–15 сут.

Следует отметить, что у 3 больных ощутимое действие препарата наступало не сразу после его воздействия на слизистую оболочку полости рта, а через несколько дней от начала терапии (через 5–8 сут).

Анализ результатов изменения компонентов смешанной слюны до и после лечения без учета заболевания показал, что не имелось достоверного различия по результатам измерения АЛТ, АСТ, общего белка, щелочной фосфатазы, мочевины и амилазы. В то же время у всех больных мы отметили значительное снижение глюкозы в смешанной слюне после использования спрея Гипосаликс спустя 3–4 нед после терапии.

Анализ результатов исследования компонентов смешанной слюны в зависимости от диагноза показал следующие результаты. У больных после радио- или химиотерапии злокачественных опухолей челюстно-лицевой области достоверных изменений в смешанной слюне после терапии с использованием спрея Гипосаликс не отметили со стороны АЛТ, щелочной фосфатазы, мочевины и амилазы. В то же время отметили увеличение таких компонентов смешанной слюны, как АСТ и общий белок. Для решения вопроса о причинах этого явления необходимо проведение дополнительных методов обследования.

Глюкоза смешанной слюны у всех больных данной группы достоверно снижалась.

У больных с патологией слюнных желез компоненты смешанной слюны после лечения оставались на уровне, описанном выше, и с понижением уровня глюкозы.

Исследование микрофлоры смешанной слюны не показало достоверного различия до и после лечения.

Заключение

Таким образом, результаты наших исследований показали высокую эффективность спрея Гипосаликс для лечения больных с ксеростомией разного генеза. **Препарат позволял значительно снизить или предотвратить сухость полости рта.**

Мы не отметили побочных эффектов при использовании Гипосаликса. **Препарат удобен в применении, относительно недорогой, а потому может быть рекомендован к применению у больных с ксеростомией в качестве симптоматической терапии.**

Использование спрея Гипосаликс имеет несомненные преимущества перед гелями в связи с лучшими гигиеническими свойствами и удобством в использовании.

Снижение уровня глюкозы в смешанной слюне после лечения пациентов с разными формами ксеростомии с использованием спрея Гипосаликс, вероятно, может быть патогенетическим аспектом явления ксеростомии.

Список использованной литературы

1. Афанасьев В.В. Слюнные железы. Болезни и травмы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012: с. 296.
2. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев В.В. и др. Заболевания и повреждения слюнных желез. М.: Медицина, 1987.
3. Павлова М.Л. Дифференциальная диагностика различных форм ксеростомии. Варианты лечения. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2001.
4. Гордеева В.В. Технология лекарственных форм для заместительной терапии ксеростомии. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1981.
5. Пожарицкая М.М. Поражения органов и тканей полости рта при болезни Шегрена (патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика). Дис. ... д-ра мед. наук. М.: ММСИ, 1989.