

В.В. Лобейко¹, А.К. Иорданишвили²

Лучевые сиалоаденопатии у пожилых и старых людей и их лечение

¹Институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербург²Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Изучено состояние выделительной функции слюнных желез у пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших комбинированное лечение злокачественных опухолей орофарингеальной зоны и страдающих лучевыми сиалоаденопатиями. Установлено, что у лиц старческого возраста, страдающих лучевыми сиалоаденопатиями, существенно снижена выработка слюны и повышена ее вязкость, что приводит к ухудшению качества их жизни. Кроме того, имеет место выраженная ксеростомия, которая плохо поддается лечению. Обоснована методика лечения лучевых сиалоаденопатий у людей пожилого и старческого возраста с применением пептидного биорегулятора «Везуген», биологически активных веществ «Альгиклам» и «Лесмин», а также геля «Vivax». Показано, что апробированная методика лечения лучевых стоматитов позволяет улучшить функциональную активность слюнных желез у пациентов пожилого и старческого возраста и тем самым повысить качество их жизни.

Ключевые слова: геронтостоматология, люди пожилого и старческого возраста, лучевые сиалоаденопатии, слюна, ксеростомия, радиомукозит, пептидный биорегулятор.

Введение. В настоящее время в связи с постарением населения России, а также в связи с увеличением онкологических заболеваний, которые находятся в прямой зависимости от социальных причин, условий жизни и возраста человека, вопросы повышения эффективности лечения злокачественных новообразований приобретают важное медико-социальное значение [1, 2]. Это делает актуальным в медицинском и социальном плане задачу не только эффективного лечения злокачественных опухолей, а также совершенствования лечения последствий лучевой терапии или комбинированного лечения (с использованием лучевой терапии) новообразований ротоглотки. [5]. Вместе с тем, в отечественной и зарубежной литературе мало внимания уделяется профилактике и лечению стоматологических последствий лучевой терапии и, в частности, лучевых сиалоаденитов [3, 4, 8]. Эта патология слюнных желез сопровождается выраженной сухостью полости рта, плохо поддается лечению и очень мучительна для больных, большинство которых это люди пожилого и старческого возраста [1, 7].

Цель исследования. Обосновать лечение людей пожилого и старческого возраста, страдающих лучевым сиалоаденитом.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 23 больных (6 мужчин и 17 женщин) в возрасте от 61 до 75 лет, перенесших комбинированное лечение (с применением лучевой терапии) в связи со злокачественными новообразованиями ротоглотки. Комбинированное лечение новообразований заключалось в сочетании хирургического вмешательства

и послеоперационной лучевой терапии (40–60 Гр). Среди злокачественных новообразований, в связи с которыми проводилось комбинированное лечение, у пациентов были новообразования верхней челюсти (4 человека), языка (4 человека), нижней челюсти (4 человека), небных миндалин и дужек (6 человек), задней стенки глотки (5 человек), рисунок 1.

Все пациенты были разделены на две группы: контрольную и основную. В контрольную группу вошло 8 пациентов, которым для терапии лучевого сиалоаденита проводились общепринятые лечебно-профилактические мероприятия, а именно: новокаиновые блокады околушных слюнных желез 2 раза в неделю в течение месяца, витамины группы А и Е, 2% раствор калия йодида внутрь по 1 столовой ложке 3 раза в день, галантамин внутрь в виде 0,5% раствора по 1 мл натошак ежедневно в течение 30 дней [4]. Для местного применения при наличии поражений слизистой оболочки полости рта и языка использовали солкосерил-гель, обладающий противовоспалительным действием и ускоряющий процессы регенерации тканей.

Пациентам основной группы (15 человек) для терапии лучевого сиалоаденита назначали пептидный биорегулятор «Везуген» перорально во время еды по 1 капсуле 2 раза в день в течение месяца и таблетки биокорректоров питания «Альгиклам» по 2 штуки 3 раза в день, а также «Лесмин» по 1 штуке в день в течение месяца. Везуген назначали для улучшения микроциркуляции крови в слюнных железах, слизистой оболочке полости рта (СОПР) и языке. Биоактивный комплекс «Лесмин» применяли как источник витаминов А, Е, К и

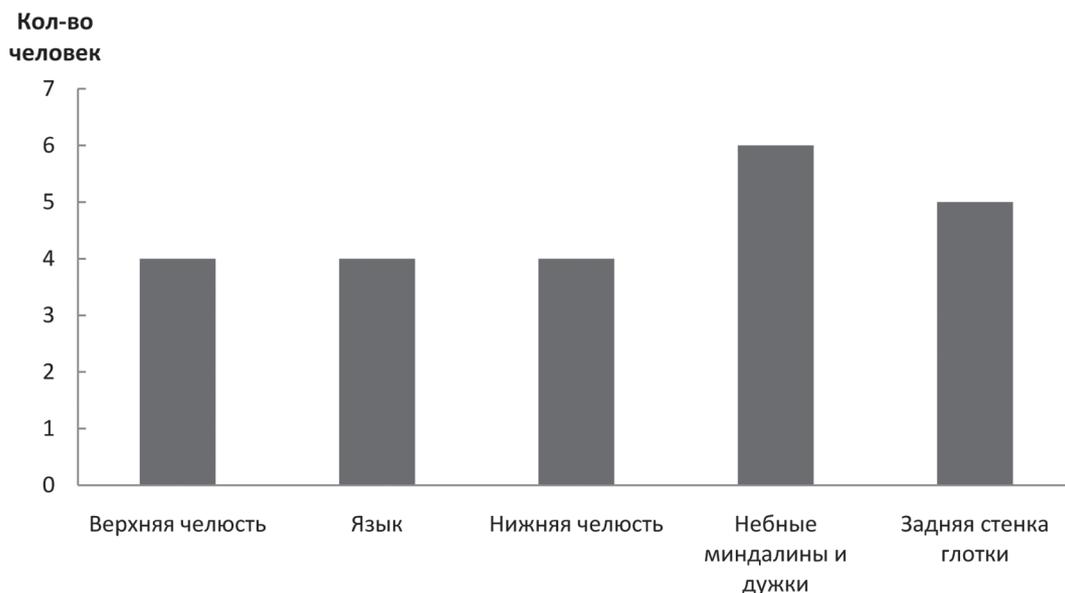


Рис. 1. Распределение пациентов со злокачественными новообразованиями орофарингеальной зоны по нозологическим формам

фитостероинов, которые необходимы для нормальной функции эпителиальной ткани слюнных желез и СОПР. Биокорректор питания «Альгиклам» использовался как источник йода, необходимого для нормализации слюноотделения, а также источник альгината кальция, необходимого для нормализации функции органов пищеварительного тракта. Для местного применения у пациентов основной группы использовали гель «Vivax», так же, как и солкосерил-желе, обладающий противовоспалительным действием и ускоряющий процессы регенерации тканей. Гелем «Vivax» обрабатывали СОПР до 3 раз в день и рекомендовали после процедуры не принимать пищу в течение часа.

Пациентам обеих групп проводилась санация полости рта, при выраженной ее сухости рекомендовались частые полоскания полости рта водой, антисептическими растворами (фурацилин 1:5000), отварами трав (ромашка, шалфей), кипяченой водой или использование заменителей слюны (Oral Balance). Через 6 месяцев после начала лечения у пациентов контрольной и основной групп, в той или иной степени, признаки сухости полости рта сохранялись. Больных лучевыми сиалоаденопатиями наблюдали в течение года. Оценка эффективности лечебно-профилактических мероприятий проводили через 1, 6 и 12 месяцев от начала лечения.

Для объективизации оценки эффективности проводимого лечения использовали методику сиалометрии слюны, выделяемой за 10 мин, а также оценку ее вязкости по стандартной методике с применением вискозиметра Освальда. В качестве группы сравнения исследованы показатели количества и вязкости слюны у 13 человек (5 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 61 до 73 лет, которые не страдали заболеваниями слюнных

желез, а также коморбидной патологией, приводящей к изменениям свойств и количества слюны. Эффективность проводимого лечения оценивали также клинически. Для этого нами предложен индексный способ оценки степени тяжести заболевания, который учитывает следующие симптомы и их оценивает их в баллах:

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

2. Болевой синдром: отсутствует – 0; боли в слюнных железах во время приема пищи – 1; боли в слюнных железах во время разговора – 5 баллов.

3. Нарушения вкуса: отсутствуют – 0; наличие нарушений вкуса (привкус горечи, кислоты) – 1; извращение вкуса – 5 баллов.

4. Характеристика функции слюноотделения пораженных слюнных желез: нарушений функции слюноотделения нет (слюна прозрачная, в достаточном количестве) – 0; гипосаливия, слюна скудная, вязкая – 1; выраженная гипосаливия (вплоть до отсутствия слюны при массаже слюнной железы) – 5 баллов.

5. Влажность слизистой оболочки полости рта и языка: влажная – 0; сухая, потеря блеска – 1; сухая, потеря блеска, наличие складок – 5 баллов.

При регистрации симптомов лучевых сиалоаденопатий, осуществляли подсчет суммы баллов и оценивали степень тяжести течения указанной патологии слюнной железы у пациента. Исходя из полученной суммы баллов делалось заключение: 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 лучевых

сиалоаденопатий у каждого пациента использовали формулу:

$$\text{Эффективность (\%)} = 100 (A - B) / A,$$

где А – сумма баллов при клинической оценке степени тяжести течения заболевания до начала лечения; В – сумма баллов при клинической оценке степени тяжести течения заболевания после проведенного лечения.

Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с применением пакета прикладных программ «Microsoft Excel 2010» и «Statistica for Windows 8,0». Предварительно оценивалось соответствие исследуемых выборок нормальному закону распределения. Определялись: среднее значение, стандартная ошибка, среднее квадратическое отклонение, вариационный размах, максимальные и минимальные значения. Достоверность различия средних значений показателей оценивалась с помощью t-критерия по Стьюденту. Различия считались достоверными, если вероятность нулевой гипотезы была меньше 0,05.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у пожилых и старых людей группы сравнения средняя скорость саливации за 10 мин составила $0,21 \pm 0,01$ мл/мин, а вязкость слюны равнялась $1,29 \pm 0,02$ сСт. Полученные данные не противоречили аналогичным показателям скорости саливации и вязкости слюны, полученные другими исследователями [5]. При сравнении слюноотделения у людей пожилого и старческого возраста контрольной и основной групп, страдающих лучевыми сиалоаденопатиями до лечения выявлены достоверные ($p < 0,05$) различия как по скорости слюноотделения, так и по её вязкости (рис. 2). При этом у людей старшей возрастной группы количество выделяемой за 10 мин слюны было достоверно меньше при повышенной ее вязкости.

Больных, страдающих лучевыми сиалоаденопатиями, наблюдали в течение года. Учитывая, что пациенты обеих групп обращались за медицинской помощью к врачу-стоматологу спустя 1–3 месяца после окончания лучевой терапии, основной их жалобой была ксеростомия, а также болезненность слизистой оболочки полости рта и языка при приеме пищи. Из-

менения слизистой оболочки полости рта, губ и языка у больных после лучевой терапии характеризовались выраженной сухостью, гиперемией, незначительной отечностью, потерей блеска, а также появлением складок на слизистой оболочке щек, губ, реже – мягком нёбе. У всех пациентов контрольной и основной групп выявлялись единичные эрозии слизистой оболочки полости рта разной локализации, которые были покрыты фибрином. Явления «пленчатого» стоматита лучевой природы были диагностированы только у 2 пациентов основной группы.

Проведение первого курса лечения позволило несколько улучшить показатели скорости выделения слюны ($p < 0,05$), а также уменьшить ее вязкость ($p < 0,05$), положительная динамика которых в большей степени была отмечена в основной группе пациентов, страдающих лучевыми сиалоаденопатиями (рис. 3).

Через месяц от начала лечебно-профилактических мероприятий, больные контрольной группы, как и прежде, предъявляли жалобы на сухость в полости рта, болезненность слизистой оболочки полости рта, особенно губ и неба, при приеме пищи, особенно кислой. При объективном осмотре полости рта у них сохранялась гиперемия слизистой оболочки полости рта и языка, помутнение эпителия, а также сухость всех слизистых оболочек полости рта, языка и губ. Через месяц после проведенного курса лечения больные основной группы, несмотря на лучшие показатели слюноотделения и вязкости слюны, продолжали предъявлять жалобы на сухость и болезненность слизистой оболочки полости рта. В то же время у них, как и у пациентов контрольной группы, сохранялась легкая гиперемия слизистой оболочки полости рта, губ и языка.

Аналогичная динамика изучаемых показателей была и после завершения второго курса лечения, то есть через 6 месяцев, а также по окончании наблюдения за ними, то есть через год (рис. 4, 5).

Спустя 6 и 12 месяцев у пациентов контрольной группы сохранялась легкая гиперемия слизистой оболочки полости рта, а также некоторая ее сухость, что требовало использования ими заменителей собственной слюны. У пациентов основной группы после второго курса лечения слизистая оболочка полости

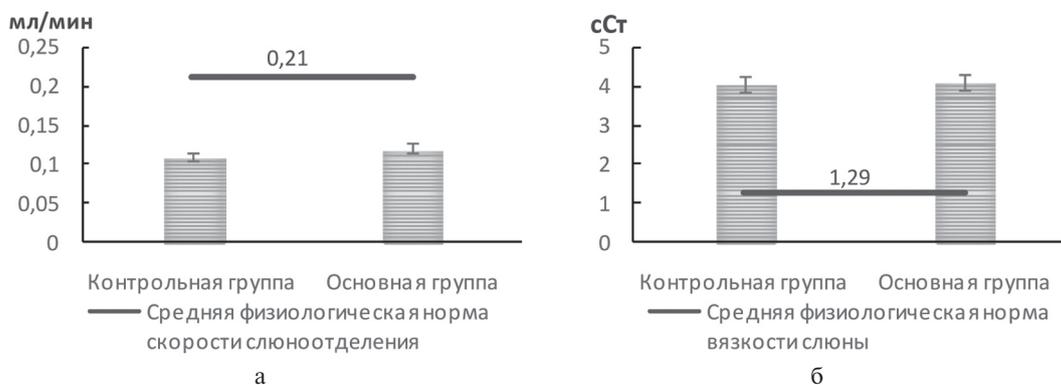


Рис. 2. Показатели скорости секреции (а) и вязкости слюны (б) у людей пожилого и старческого возраста, страдающих лучевыми сиалоаденопатиями, до лечения

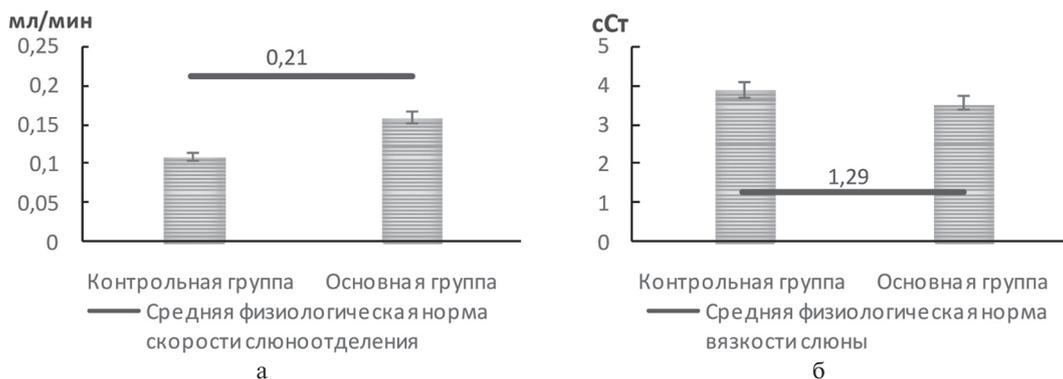


Рис. 3. Показатели скорости секреции (а) и вязкости слюны (б) у людей пожилого и старческого возраста, страдающих лучевыми сиалоаденопатиями, через месяц после начала лечения

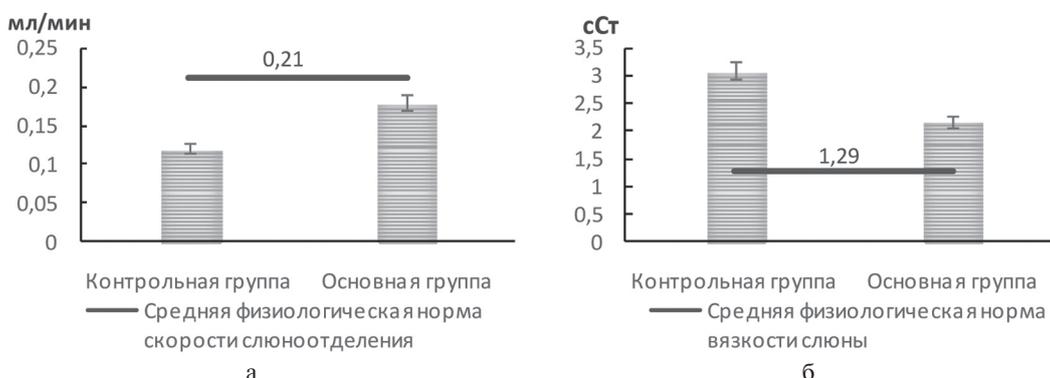


Рис. 4. Показатели скорости секреции (а) и вязкости слюны (б) у людей пожилого и старческого возраста, страдающих лучевыми сиалоаденопатиями, через 6 месяцев после начала лечения

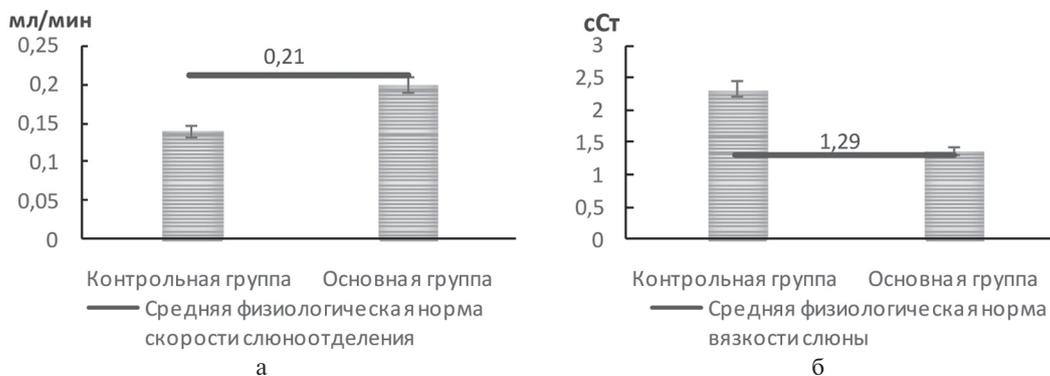


Рис. 5. Показатели скорости секреции (а) и вязкости слюны (б) у людей пожилого и старческого возраста, страдающих лучевыми сиалоаденопатиями, через 12 месяцев после начала лечения

рта и языка была розового цвета, слегка влажная. Показатели скорости выделения слюны и ее вязкости в процессе лечения достоверно улучшились. Спустя год у пациентов основной группы, скорость секреции приблизилась к физиологической норме. Однако, вязкость слюны по-прежнему была выше физиологической нормы как в контрольной, так и в основной группе, хотя у последних она была достоверно ($p < 0,05$) меньше и в большей степени приближалась к физиологической норме. У 2 пациентов контрольной группы сохранялись жалобы на ксеростомию. В то же

время при осмотре выявлено, что слизистая оболочка полости рта и языка была розовой, без повреждений, местами по-прежнему сухой, местами складчатая.

Таким образом, при общепринятом лечении онкологических больных, перенесших комбинированное лечение опухолей ротоглотки и страдающих лучевыми сиалоаденопатиями, произошло улучшение их состояния. Однако они периодически вынуждены были прибегать к использованию частых полосканий полости рта или приему искусственной слюны из-за беспокоящей их ксеростомии. Это снижало качество жизни, так как

Результаты лечения пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих радиомукозитами

Группа	Степень тяжести заболевания											
	до лечения			непосредственный результат			ближайший результат			отдаленный результат		
	легкая	средняя	тяжелая	легкая	средняя	тяжелая	легкая	средняя	тяжелая	легкая	средняя	тяжелая
Контрольная	2	5	4	3	3	4	3	5	3	4	4	1
Основная	3*	4*	4*	3*	5*	4*	5*	7*	2*	8*	3*	–

Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с показателями контрольной группы.

сохраняющаяся сухость в полости рта иногда приводила к болевому синдрому во время приема пищи, что также обуславливало необходимость прибегать к полосканию полости рта или использованию искусственной слюны.

Спустя год от начала лечения, у пациентов основной группы при осмотре слизистая оболочка полости рта и языка розовая и слабо увлажненная, без патологических элементов. Жалобы на периодически возникающую ксеростомию были только у 1 пациента.

Общие результаты лечения пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих радиомукозитами представлены в таблице. В целом, эффективность проведенных мероприятий в контрольной группе колебалась от 32 до 44%, в основной группе – от 53 до 62%.

Заключение. Показано, что предложенный комплекс лечебно-профилактических мероприятий при лучевых сialoadенопатиях у людей пожилого и старческого возраста, включающий применение пептидного биорегулятора «Везуген», биологически активных веществ «Альгиклам» и «Лесмин», а также геля «Vivax», перенесших комбинированное лечение с использованием лучевой терапии опухолей ротоглотки, позволил улучшить функциональную активность слюнных желез и тем самым повысить качество их жизни. Пациенты пожилого и старческого возраста могли принимать пищу без выраженного болевого синдрома и значительно реже в течение суток прибегали к полосканию полости рта или применению

искусственных заменителей слюны.

Литература

- Иорданишвили, А.К. Клинико-функциональное состояние слизистой оболочки полости рта и языка у людей старших возрастных групп / А.К. Иорданишвили, [и др.] // Институт стоматологии. – 2012. – № 4 (57). – С. 80–81.
- Матина, В.Н. Заболевания и опухоли слюнных желез / В.Н. Матина // Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области: рук-во для врачей по клинич. стоматологии. – СПб.: СпецЛит, 2007. – С. 229–230.
- Надежкин, Л.В. Патология слюноотделения / Л.В. Надежкин // Клиническая стоматология. – М.: Медицинская книга, 2010. – С. 55–57.
- Стуков, А.Н. Симптоматическая терапия в онкологии / А.Н. Стуков [и др.]. – СПб.: НИКА, 2007. – 288 с.
- Филиппова, Е.В. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта у людей пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.В. Филиппова. – СПб.: ИБГ СЗО РАМН, 2013. – 24 с.
- Чуйкин, С.В. Некоторые физико-химические и биохимические показатели ротовой жидкости у лиц пожилого и старческого возраста / С.В. Чуйкин, М.И. Штанько // Институт стоматологии. – 2013. – № 2 (59). – С. 72–73.
- Canaan, T.J. Variations of structure and appearance of the oral mucosa / T.J. Canaan, S.C. Meehan // Dent. clin. north. am. – 2005. – Vol. 49, № 1. – P. 1–14.
- Chen, M. Radiation therapy concurrent with weekly paclitaxel for locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma: outcomes of a phase I trial / M. Chen [et al.] // Am. j. clin. oncol. – 2004. Vol. 27, № 5. – P. 481–484.
- Gerdin, E.W. Impact of dry mouth conditions on oral health-related quality of life in older people / E.W. Gerdin [et al.] // Gerodontology. – 2005. – Vol. 22, № 4. – P. 219–226.

V.V. Lobeyko, A.K. Iordanishvili

Ray sialoadenopathy in older people and their treatment

Abstract. The state of the secretory function of the salivary glands in patients elderly who underwent combined treatment of cancer and suffering from oropharyngeal ray sialoadenopathy. It was found that in the elderly suffering from ray sialoadenopathy saliva production is significantly reduced and viscosity is increased, this leads to deterioration in their quality of life. There is also severe xerostomia, which poorly responds to treatment. The technique of treatment of radiation sialoadenopathy in elderly and senile patients using peptide bioregulator «Vezugen», biologically active substances «Algiklam» and «Lesmin», and gel «Vivax». It was shown that the treatment of radiation-proven technique stomatitis can improve the functional activity of the salivary glands in elderly patients and thereby improve their quality of life.

Key words: gerontostomatology, elderly people, radiation sialoadenopathy, saliva, xerostomia, radio-mukozitis, peptide bioregulator.

Контактный телефон: 8 (981) 8978358; e-mail: mdgrey@bk.ru