

АЗЕРБАЙДЖАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА

На правах рукописи

**КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ
СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ СИАЛОЗАХ И
СИАЛОДЕНИТАХ, ЛЕЧЕНИЕ И ПУТИ
ПРОФИЛАКТИКИ**

Специальность: 3226.01 – Стоматология

Отрасль науки: Медицина

Соискатель: **Саид Зохраб оглу Алиев**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора наук

Баку – 2022

Диссертационная работа выполнена на кафедре стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Азербайджанского государственного института усовершенствования врачей имени А. Алиева

Научные консультанты:

заслуженный деятель науки,
доктор медицинских наук, профессор
Октай Садых оглу Сеидбеков
доктор медицинских наук, профессор
Самир Мирмамед оглу Джавад-заде

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор
Адиль Аскерович Мамедов
доктор медицинских наук, профессор
Ирина Олеговна Походенько-Чудакова
доктор медицинских наук, доцент
Эльчин Тайяр оглу Ахмедов
доктор медицинских наук
Камал Кафар оглу Кафаров

Диссертационный совет ED 2.05 Высшей Аттестационной Комиссии при Президенте Азербайджанской Республики, действующий на базе Азербайджанского медицинского университета

Председатель диссертационного совета:

доктор медицинских наук, профессор
Герай Чингиз оглу Герайбейли

Ученый секретарь диссертационного совета:

доктор медицинских наук, профессор
Ага Чингиз оглу Пашаев

Председатель научного семинара:

доктор медицинских наук, профессор
Рена Курбан гызы Алиева



ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Среди проблем современной стоматологии одно из центральных мест занимают вопросы клиники, эпидемиологии, диагностики и лечения неопухолевых заболеваний слюнных желез, сопровождающихся нарушением их функции. Объясняется это тем, что вначале ряд случайных наблюдений, а затем планомерно поставленных экспериментов показало, что функции слюнных желез далеко не ограничиваются участием в процессах пищеварения и их биологическая значимость гораздо больше, чем предполагалось до последнего времени. Сама ткань слюнных желез, как следует из многочисленных работ, содержит ряд биологически активных веществ, которые оказывают существенное влияние на нормальное развитие человека и на формирование отдельных систем регуляции. Установлена также тесная связь структуры и функции слюнных желез с функцией желез внутренней секреции, особенно со щитовидной, с поджелудочной и с половыми^{1,2}.

Будучи тесно связанными с различными системами организма, слюнные железы чутко реагируют на изменения, что приводит к развитию в них сиалозов^{3,4}.

В настоящее время отмечается постоянное (до 5-8% в год) увеличение пациентов, страдающих заболеваниями почек⁵. Ос-

¹Alonso de Rena V., Dis Dios R. et al. A standardized protocol for the quantification of lactate dehydrogenase activity in saliva //Arch. Oral. Biol.- 2004. V. 49, №1.-P.33-37.

²Асиятилов Г.А. Заболевания слюнных желез при поражении щитовидной железы автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Москва-2009

³ Лобейко, В.В., Иорданишвили, А.К., Заборовский К.А. Лечение заболеваний слюнных желез у пациентов старших возрастных групп// Российский стоматологический журнал, 2017.-N 1. - с.21-25.

⁴Коваленко В.А., Копчак А.В., Коваленко А.Е. Постлучевые сиалозадениты у пациентов с папиллярными карциномами щитовидной железы // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. 2015.-N 1, - с.75-77.

⁵ Бибков Б.Т., Томила Н.А. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998-2009 гг. (отчет по данным российского регистра заместительной почечной

новой проблемой пациентов с ХБП является анурия и, как следствие, невозможность самостоятельного избавления от продуктов катаболизма, таких как мочевины, креатинин и другие. Гемодиализ позволяет устранить гиперазотемию, осуществить коррекцию водно-электролитного баланса и кислотно-основного равновесия. Вместе с тем при длительном лечении у таких больных выявляют анемию, поражение сердечно-сосудистой, нервной системы, страдает эндокринная функция. Развивающиеся изменения сопровождаются вторичными проявлениями в полости рта. Поэтому пациенты с ХБП нуждаются в постоянном наблюдении специалистами разных областей медицины и, в том числе, и стоматологами. Авторы отмечают, что у данных пациентов уменьшался объем и скорость секреции слюны, развивалась ксеростомия, изменялся рН слюны. Описанию диагностики клинического течения и лечения сиалозов и сиаладенитов посвящено много работ^{6,7,8}. Тем не менее, в литературе недостаточно уделяется внимания выявлению ранних признаков поражения слюнных желез, как среди здорового населения, так и среди больных, страдающих хронической почечной недостаточностью. Имеются лишь единичные сообщения о состоянии слюнных желез у пациентов с ХБП. Не определены некоторые аспекты патогенетических механизмов, имеющих изменений в полости рта, что осложняет проведение у них лечебно-профилактических мероприятий. Клинические данные убедительно указывают на зависимость между снижением функций слюнных

терапии). Часть первая. Нефрология и диализ. Москва, 2014, т.16, №1, с. 11-127.

⁶ Коваленко В.А., Копчак А.В., Коваленко А.Е. Постлучевые сиалозоадениты у пациентов с папиллярными карциномами щитовидной железы // Вестник хирургии им.И.И.Грекова, Россия, 2015.-N 1.-С.75-77.

⁷ Афанасьев В.В., Винокурова О.Ю., Ордашев Х.А. Анализ заболеваний слюнных желез по данным клиники хирургической стоматологии челюстно-лицевого госпиталя ветеранов войны г. Москвы// Российский стоматологический журнал 2015.том 19,№3,с 27-29

⁸ Колесов В.С. Хронические сиаладениты, сиалозы, синдромы с поражением слюнных желез: патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и лечение: Автореф. дис.... д-ра мед. наук. - Киев. - 1987. - 44 с.

желез и наличием различных заболеваний эндокринного генеза. Единые механизмы экзокринной секреции определяют тесную взаимосвязь между слюнными и эндокринными железами⁹. Частота поражений тканей и органов полости рта при сахарном диабете составляет от 52% до 90%¹⁰, заболеваний слюнных желез - от 3% до 34%¹¹, из которых сиалоз встречается от 12% до 22% случаев.

Слюннокаменная болезнь (СКБ) является наиболее распространенным заболеванием среди всей патологии слюнных желез. На ее долю, по данным различных авторов, приходится от 20,5% до 78% случаев. Объясняется это появлением новых методов диагностики и разработки знаний по этиологии и патогенезу слюннокаменной болезни. СКБ встречается у 12 из 1000 человек в популяции. Отмечено, что СКБ встречается у жителей городов в 3 раза чаще, чем у сельского населения. Клиницисты установили, что слюннокаменной болезнью чаще поражаются поднижнечелюстные (90-95%) слюнные железы, реже (5-8%) - околоушные¹².

Вопрос этиологии и патогенеза СКБ еще не нашел окон-

⁹ Киченко С.М., Барер Г.М., Оболенский Ю.А., Игнатова М.В., Петрова Л.Г., Сергеева Г.С. Некоторые особенности состава смешанной слюны и десневой жидкости у больных сахарным диабетом 1 и 2 типов // Сб. тр. Всеросс. научн.-практ. конф. «Образование, наука и практика в стоматологии». - М. - 2004. -С.137-139.Ибрагимов Т.И., Лебеденко И.Ю. Прогнозирование эффективности лечения пародонтита на фоне сахарного диабета // Интернет: Терра Медика. - 2001. - №3. - 3с.

¹⁰ Ибрагимов Т.И., Лебеденко И.Ю. Прогнозирование эффективности лечения пародонтита на фоне сахарного диабета // Интернет: Терра Медика. - 2001. - №3. - 3с. Черкасова И.И. Радионуклидные методы исследования больших слюнных желез при неопухолевых и опухолевых заболеваниях: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - М. - 1997. - 20с.

¹¹ Черкасова И.И. Радионуклидные методы исследования больших слюнных желез при неопухолевых и опухолевых заболеваниях: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - М. - 1997. - 20с.

¹²Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Желудь М.В. некоторые аспекты диагностики сиалолитиаза в стоматологических лечебно-профилактических учреждениях // Биомед. Журнал. Медлайн.ру.2013,Т.13,- с.726-734

чательного разрешения. Все теории возникновения СКБ носят полиэтиологический характер, включая застой и сгущение слюны, внедрение микроорганизмов в проток слюнной железы, нарушение минерального обмена в организме. Мы не встретили работ, определяющих оптимальные варианты лечения при различных формах и стадиях этих заболеваний. Малая эффективность предлагаемых ранее методов лечения и возможные осложнения заставляют искать новые подходы к лечению больных с воспалительными и дистрофическими заболеваниями слюнных желез. Учитывая вышеизложенное, актуальной, проблемой современной стоматологии является определение ранних признаков и разработка адекватных методов лечения сиалозов и сиаладенитов.

Объект исследования. В исследование были включены больные с хроническим сиалоденитом, сиалолитиазом, а также сиалозом на фоне хронической болезни почек и сахарного диабета 2 типа.

Цель исследования: На основе комплексного изучения, патогенеза и дифференциальной диагностики, разработки новых методов лечения улучшить исход сиалозов и сиаладенитов, снизить временную нетрудоспособность и обеспечить профилактику сиаладенитов.

Задачи исследования:

1. Провести комплексное стоматологическое обследование и оценить клинико-функциональное состояние слюнных желез у больных сиалоденитом, сиалозом, сиалолитиазом.

2. На основании комплексного лабораторного обследования с использованием биохимических, физико-химических, цитоморфологических и иммунологических методов у больных сиалозом и сиалоденитом изучить направленности сдвигов этих показателей.

3. Выявить изменения локального и системного иммунитета при хроническом сиалодените. На основании полученных данных разработать и обосновать использование локальной иммунотокорекции стимулированными аутолейкоцитами, а также определить сравнительную эффективность разработанного метода

комплексной терапии.

4. Исследовать продукты эндотоксикоза мочевины и креатинина в ротовой жидкости (РЖ) и определить эффективность сорбентотерапии в сочетании с процедурой гемодиализного лечения у больных с ХБП.

5. Разработать и обосновать системную энзимотерапию у больных сиалозом и СД 2 типа.

6. На основании полученных результатов разработать практические рекомендации по проведению лечебно-профилактических мероприятий для полости рта и слюнных желез у больных сиалоденитом и сиалозом.

7. Изучить минеральную структуру слюнных камней при помощи дифрактометрии и инфракрасной спектроскопии у больных с калькулезным сиалоденитом, на основе чего разработать комплексные способы лечения и методы профилактики больных с сиалолитиазом.

Методы исследования. При проведении работы проводились клинические исследования с использованием биохимических, иммунологических, цитоморфологических, рентгенологических, визиографических и спектральных методов диагностики, статистические обработки результатов

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

- У больных хроническим сиалоденитом в стадии обострения воспалительный процесс в полости рта проявляется повышением уровня эндогенной интоксикации в ротовой жидкости;
- У больных хроническим сиалоденитом существенно изменяется местный иммунитет на фоне резкого снижения саливации;
- Энзимотерапия, использованная в комплексном лечении больных сиалозом на фоне СД 2 типа, проявляла противовоспалительное действие;
- Исследование продуктов эндотоксикоза в ротовой жидкости показало, что после сорбентотерапии природным цеолитом у больных сиалозом и ХБП выявляют снижение коротко волновых фракций веществ низкой и средней

молекулярной массы, в составе которых определяется уремический токсин-мочевина;

- Сиалотрипсия является перспективным альтернативным и паллиативным методом лечения больных слюннокаменной болезнью.

Научная новизна исследования:

- Впервые проведено исследование по изучению эффективности локальной иммунокоррекции и обоснованию применения стимулированных аутолейкоцитов на 2-м этапе лечения больных хроническим сиалоденитом.
- Изучены клинические, иммунологические, биохимические, цитоморфологические изменения в динамике энзимотерапии у больных сиалозом и СД 2 типа.
- У больных сиалозом и ХБП, находящихся на ГД лечении на фоне повышенного уровня мочевины, креатина и продуктов эндотоксикоза в РЖ проведена сорбентотерапия. Проведенное лечение показало более высокую эффективность по сравнению со стандартными методами лечения.
- Проведено исследование биохимических показателей слюны у пациентов с хронической почечной недостаточностью, результаты которого позволяют научно обосновать проведение совместного стоматологического и урологического обследования и лечения пациентов, страдающих сиалоденитом, развившимся на фоне хронической почечной недостаточностью.
- Исследована минеральная структура слюнных камней при помощи дифрактометрии и инфракрасной спектроскопии у больных с калькулезным сиалоденитом, что даст возможность разработать комплексные способы лечения и методы профилактики больных с сиалолитиазом.

Практическая значимость работы:

- На основании лабораторных и клинических исследований (сиалометрия, сиалография, биохимические исследования состава слюны и крови, цитологическое исследование слюны, ультразвуковое исследование слюнной железы

(СЖ)) установлен характер изменений в слюнных железах при хронической почечной недостаточности, сахарном диабете 2 типа, на основе чего будет обоснован комплекс лечебных мероприятий для больных сиалозом, развившемся на фоне патологии почек и эндокринной системы.

- Предложенные новые методы лечения, а также разработанные практические рекомендации будут способствовать снижению временной нетрудоспособности больных, удлинению периодов ремиссии, улучшению функции слюнных желез при сиалодените и сиалолитиазе.

Апробация результатов исследования. Основные результаты и положения диссертационной работы докладывались и обсуждались на: научно-практической конференции, посвященной дню рождения ученого и общественного деятеля Азиза Алиева (Баку, 2012, 2017), всеукраинской научно-практической конференции «Актуальные проблемы стоматологии, челюстно-лицевой хирургии, пластической и реконструктивной хирургии головы и шеи» (Полтава 2014), научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии» (Гянджа, 2014), научно-практической конференции, посвященной 120 летнему юбилею Азербайджанского института усовершенствования врачей имени А.Алиева (Баку, 2017), научно-практической конференции международного форума военных хирургов имени Амбруазе Паре (APIMSF 2018), в материалах IV Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы науки» (Киев, 2021).

Материалы диссертации обсуждены на совместном заседании кафедр стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, отоларингологии и центральной научно-исследовательской лаборатории АзГИУВ им. А.Алиева (протокол № 5 от 26.05.2021); на научном семинаре при Диссертационном Совете ЕД 2.05 АМУ (протокол № 11 от 28. 10.2021).

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования используются в работе Республиканской клинической больницы имени М. Миркасимова, в урологической больнице имени М. Джавад-заде, в клинике имени Н. Туси и в учебном

процессе Азербайджанского государственного института усовершенствования врачей имени А. Алиева.

Место выполнения работы. Работа выполнена на кафедре стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, центральной научно-исследовательской лаборатории АЗГИУВ им.А.Алиева, в Республиканской клинической больнице им.М.Миркасимова, в клинике имени Н.Туси, в Институте Геологии и Геофизики НАНА, г.Баку

Публикации. Основное содержание работы опубликовано в 33 научных работах, в том числе 18 статьях (10 в отечественных, 8 в зарубежных изданиях), 11 тезисах, 2 учебных пособиях, 1 методической рекомендации и 1 Евразийском патенте.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 346 (399423 знака) страницах, включает 67 таблиц, 35 рисунков и 24 графика. Работа состоит из введения (6 стр.), обзора литературы (51 стр.), материалов и методов исследования (24 стр.), 4 глав собственных исследований (179 стр.), заключения (26 стр.), выводов (2 стр.), практических рекомендаций (2 стр.), а также списка литературы, который включает в себя 436 источников (48 стр.), из них 15 на азербайджанском, 209 на русском, 212 на английском языках.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для выполнения цели и задач исследования было проведено обследование 318 больных сиалоденитом и сиалозом, в том числе на фоне хронической болезни почек и сахарного диабета. Из них хронический сиалоденит 81, сиалолитиаз 137, сиалоз на фоне сахарного диабета 40, сиалоз на фоне хронической болезни почек 60 больных (таблица 1).

В зависимости от патологии и стадии болезни проводилось консервативное и хирургическое лечение. Была оценена эффективность результатов лечения группы больных и проведена сравнительная характеристика эффективности методов лечения заболеваний слюнных желез. Клинический анализ стоматологи-

Таблица 1

Распределение больных по диагнозу, возрасту и полу

Возраст Заболе- вание	Возраст					Все-го абс. (%)	Мужчин абс. (%)	Женщин абс. (%)
	<20	21-30	31-40	41-50	51-75			
Хрони- ческий сиало- денит	13	16	17	22	13	81 (25,5)	35 (43,2)	46 (56,8)
Сиало- литиаз	9	16	19	45	48	137 (43,1)	78 (56,9)	59 (43,1)
Сиалоз на фоне сахарно- го диа- бета	0	4	8	11	17	40 (12,6)	18 (45)	22 (55)
Сиалоз на фоне хрони- ческой почеч- ной недоста- точно- сти	2	5	9	15	29	60 (18,8%)	34 (56,6%)	26 (43,4%)
Всего больных	24 (7,55)	41 (12,9)	53 (16,7)	93 (29,25)	107 (33,6)	318 (100)	165 (51,9)	153 (49,1)

ческого статуса пациентов включал опрос и объективное обследо-
вание, объем которого определяли формой патологии заболеваний твердых тканей зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Наряду с выяснением жалоб пациентов выявлялись причины, способствующие возникновению кариеса и его осложнений, хронической патологии пародонта и слизистой оболочки полости рта. Тщательному изучению была подвержена вся слизистая оболочка полости рта больных, а именно изменение цвета, наличие отечности, десквамации эпителия, лихенизация и т.д. При осмотре губ внимание акцентированно было на состоянии целостности красной каймы губ, наличие трещин, изъязвлений.

С целью определения состояния слюнных желез у больных с углеводным дисбалансом, выявления ранних признаков реактивно-дистрофических заболеваний и определения групп риска развития сиалоза мы предложили карту клинического обследования, которую заполняли совместно с пациентом. При стоматологическом обследовании всех групп больных использовали общие принципы диагностики. Оценку состояния слюнных желез и полости рта начинали с выявления жалоб и анамнеза заболевания. Жалобы больного рассматривали в хронологическом порядке. Выявляли начало первых проявлений и длительность течения болезни. Особое внимание обращали на наличие жжения, покалывания, чувство инородного тела в полости рта, ощущение сухости или, наоборот, чрезмерное выделение слюны, её характер. Имели значение косвенные проявления ксеростомии: резкое снижение саливации при волнении, невозможность принятия пищи без запивания водой, потребность в употреблении воды в ночное время из-за резкой сухости в полости рта.

С момента первого знакомства с больным отмечали цвет кожных покровов и видимых слизистых оболочек, конфигурацию лица, наличие припухлости в области одной или нескольких слюнных желез. Пальпаторно определяли состояние тканей в области слюнных желез, консистенцию и подвижность железы, её болезненность и размеры, наличие уплотнений. Проводили обследование регионарных лимфатических узлов.

Отмечали степень открывания рта. Осмотр преддверия полости рта начинали с губ, отмечая характер окраски красной каймы, исследовали слизистую оболочку, её цвет, увлажнённость,

состояние устья выводного протока околоушной слюнной железы.

Осмотр собственно полости рта проводили при хорошем освещении с помощью бестеневого рефлектора. Осматривали слизистую оболочку полости рта, губные, щёчные, молярные, нёбные, язычные - малые слюнные железы, а также устье главного протока поднижнечелюстной слюнной железы. Обследование этих отделов позволило выявить проявления ксеростомии в полости рта.

При осмотре устьев протоков делали массаж слюнных желез, обращая внимание на возможные характерные изменения секрета: количество выделяемой слюны, консистенцию, цвет, наличие в ней хлопьев, сгустков, слюнных тромбов. При подозрении на наличие стеноза, стриктуры или полной облитерации протока зондировали его.

Для оценки состояния тканей полости рта и гигиены полости рта использовались следующие индексы: КПУ, РМА папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс в модификации Рагма (1960) для оценки степени воспаления тканей десны, индекс гигиены полости рта по Федорову-Володкиной, также проводились сонографические и рентгенологические исследования. Биохимические и иммунологические исследования проведены в Центральной Научно – Исследовательской Лаборатории Азербайджанского Государственного Института Усовершенствования врачей имени А.Алиева и в лаборатории Республиканской Клинической Урологической Больницы имени Академика М.Д.Джавад-заде.

Все исследуемые находились под наблюдением врача-эндокринолога, нефролога и стоматолога, поэтому необходимые коррективы в обследовании и лечение больных вносили совместно. Клиническую оценку результатов лечения проводили на основании жалоб пациентов, их общего состояния, местных признаков течения заболевания и данных диагностических методов.

Рентгенологические исследования больных проводились с учетом состояния стоматологического статуса. В основном эти

исследования проводились в виде дентальных рентген-снимков и панорамных-ортопантомографий, осуществленных на аппарате "Ортопантомограф".

Ультразвуковое исследование больших слюнных желез было выполнено на ультразвуковом сканере Logic S7 Expert (HRUS, GE Company, США), УЗИ сканер позволил нам исследовать слюнные железы с помощью В-режима, доплеровского режима (цветного, энергетического и спектрального) и эластографического режимов.

Компьютерную томографию выполняли на многослойном томографе Presto (компания Hitachi, Япония) (толщина осевого сканирования 3-4 мм, режим непрерывной спирали и вертикальный размер всего томографического участка около 10 см).

Для оценки состояния структуры слюнных желез использовался метод сиалографии. Это дополнительный метод рентгенологического исследования желез с их предварительным контрастированием.

Сбор слюны для исследований собирали утром натощак после полоскания полости рта водой. Через 10 минут после полосканий больной собирал слюну в контейнер без стимуляции слюноотделения в течение 15-30 минут. Слюну подвергали последовательному фильтрованию через 3 слоя марли. Затем центрифугировали 1500 об/мин в течение 15 минут. Аликвоты надосадочной жидкости переносили в пластиковые пробирки типа Erindorf 2,0 и хранили до использования при температуре – 30 °С.

Концентрацию водородных ионов (рН) слюны определяли по наличию кислот в ротовой жидкости с помощью универсальной индикаторной бумаги (Universal Indicator Paper) фирмы Cobas (Germany) с диапазоном измерения от 5,0 до 0,8 с ценой деления 0,2 рН.

Цитоморфологические исследования

Цитоморфологические исследования проводились перед началом лечения и после лечения. При каждом осмотре проводился забор мазка с поверхности поражения слизистой (эрозия или язва), которые после высушивания фиксировались в эти-

ловом спирте и окрашивались по Романовскому – Гимзе. Окрашенные мазки исследовались под микроскопом при увеличении $\times 1000$ с определением числа сегментоядерных лейкоцитов (СЯЛ), лимфоцитов (Лм) и макрофагов (Мф), а также клеток эпителия различной степени зрелости (базальных, парабазальных, шиповатых и поверхностных клеток с пикнотическими ядрами). Определялся общий тип мазка: «Невоспалительный» в случае отсутствия клеток воспаления или крайне незначительной их количестве; «воспалительной» при значительной СЯЛ, Лм и Мф. В последнем случае оценивалось также количественное соотношение клеточных элементов, в частности – СЯЛ (Лм + Мф) – индекс воспаления (ИВ).

Определение скорости слюноотделения – сиалометрия

Сиалометрия – это количественный метод, позволяющий определить секреторную функцию слюнных желез за единицу времени. Сбор слюны проводили утром натощак. Пациентом давали рекомендации: перед обследованием не чистить зубы, не полоскать полость рта, не курить, не использовать жевательную резинку, если возможно не принимать лекарств, запивая их водой.

Известно, что в соответствии с рекомендацией Комиссии по стоматологическому здоровью, исследованиям и эпидемиологии (CORE), Международной федерации стоматологов (FDI, 1991) количество ротовой жидкости в большинстве случаев является довольно точным показателем степени сухости полости рта.

Рекомендуется проводить сиалометрию методом сплевывания или свободно стекания слюны. В зависимости от полученных данных сиалометрии устанавливается степень ксеростомия.

Показатели нормы сиалометрии - 3,5 - 4,6мл за 10 минут;

Легкая степень ксеростомии – 2,4 - 3,4 мл за 10 минут;

Средняя степень ксеростомии - 1,1 – 2,3 мл за 10 минут;

Тяжелая степень ксеростомии – 1,0 – 0,1 мл за 10 минут.

В норме скорость слюноотделение составляет 0,4-0,5 мл/мин.

Определение рН слюны

рН слюны определялся с помощью лакмусовых индикаторов. Она оценивается по 10 большой шкале. Слюна считается кислой, если балл меньше 6,0, нейтральный от 6,0 до 7,0 и щелочной от 7,5 и выше. Кислотно-щелочное равновесие смешанной слюны определяли с помощью индикаторной бумаги (Universal Indicator Paper) фирмы Cobas (Germaniya) с диапазоном изменения от 5,0 до 8,0 с ценой деления 0,2 рН.

Определение вязкости слюны

Вязкость слюны определяли при помощи зубоорудительного шпателя и предметного стекла с нанесенной на него каплей слюны (оценивали характер разъединения двух поверхностей во влажной среде). Определение вязкости слюны проводим по методу Афанасьева В.В. путем измерения длины натяжения капли слюны между браншами пинцета до разрыва до 5 мм – норма, 5-10 мм – вязкость I степени, более 10 мм – вязкость II степени.

Определение веществ низкой и средней молекулярной массы (ВНСММ) в слюне

ВНСММ – это промежуточные продукты метаболизма (мочевая кислота, ксантин, пиримидин и др.), продукты протеолиза и деструкции органов и тканей, неполного переваривания белков, дезаминирования аминокислот, а также разнообразные биологические активные вещества, бактериальные токсины, полиамины и производные фенола. Определение ВНСММ проводилось в смешанной слюне.

Принцип метода состоит в том, что длина волны, при которой индивидуальное вещество максимально поглощает свет, является характеристическим параметром вещества и зависит от его физико-химических свойств, на основании этого можно проводить качественный и количественный анализ веществ. Исследуемый материал: слюна – 1мл. Реактивы: 15% трихлоруксусная кислота (ТХУ), 0,9% раствор натрия хлорида, дистиллированная вода. Приборы: центрифуга, спектрофотометр СФ-26.

Ход определения ВНСММ. К 0,5мл слюны добавляют 0,9мл физ. раствора и добавляют 0,5мл 15% ТХУ. Пробирки тщательно перемешивают и отстаивают в течение 10 минут, после чего

центрифугируют при 4000д в течение 30-40 минут. Для дальнейшего исследования берут 0,5мл надосадочную жидкость и разводят в 10 раз, добавляя 4-5мл дистиллированной воды. Затем спектрофотометрируется в интервале 238-306нм.

Расчет результата. Для расчета используется каждый 10-ый результат, т.е. результат при длине волны 244нм, 254нм, 264нм и т.д. Полученные результаты суммируются. Содержание веществ выражали в условных единицах, для чего полученные данные умножаются на 10 по формуле $VNSMM = \Sigma (E_{244} + E_{254} + E_{264} + E_{304}) \times 10 \text{ у.ед.}$

Определение цитокинов в смешанной слюне

Уровень цитокинов – интерлейкина ИЛ-1 β , ИЛ-2 и ИФН- γ исследовали в смешанной слюне методом иммуноферментного анализа набором реагентов Вектор-Бест (Новосибирск) на анализаторе Bio Screen MS-500.

Наборы реагентов предназначены для иммуноферментного определения концентрации ИЛ-1 β , ИЛ-2 и ИФН- γ в биологических жидкостях человека и культуральных средах. Исследования проводили согласно инструкции производителя.

Для ИЛ-1 β и ИЛ-2 чувствительность метода 2пг/мл. Диапазон измерений 0-500пг/мл.

Для ИФН- γ чувствительность метода 2пг/мл. Диапазон измерений 0-1000пг/мл.

Для определения цитокинов смешанную слюну собирали в контейнеры путем сплевывание. Полученные образцы ротовой жидкости фильтровали через 3 слоя марли, центрифугировали при 1500об/мин. в течение 10 минут, используя надосадочную жидкость. Полученные образцы ротовой жидкости собирали в пробирки типа эппендорф и хранили в холодильнике при температуре -20 $^{\circ}$ С до использования.

Определение глюкозы в крови и в ротовой жидкости

Исследование глюкозы в сыворотке крови и в ротовой жидкости определяли набором фирмы «Human» на биохимическом анализаторе «BioScreen MS – 2000».

Определение гликированного гемоглобина HbA_{1c} в крови

Исследование гликированного гемоглобина HbA₁ в крови определяли набором фирмы «Human» на биохимическом анализаторе «BioScreen MS – 2000».

Уровень HbA₁ в крови в диапазоне от 4,5-7,0% соответствует норме, а более 8,5% гликемии определяется как сахарный диабет.

Статистическая обработка

Статистическая обработка данных выполнялась с применением медицинских программных средств Microsoft Excel 2010 г. Полученный цифровой материал представлен в виде средней арифметической величины (M), ошибки средней величины (m). На основании критерия U (Вилкоксона-Манна-Уитни) между группами рассчитывали вероятность различий (P). Различия считали достоверными при $P \leq 0,05$, высоко достоверными при $P \leq 0,01$ и недостоверными при $P > 0,05$. При определении взаимосвязей между различными параметрами исследовали парный коэффициент корреляции (r) Пирсона. При оценке корреляции (r) считали, что связь выражена умеренно, если $r < 0,3$; значительно – при $0,3 < r < 0,7$ и сильно выражена при $r > 0,7$. Под прямой и положительной связью рассматривали одновременное нарастание значений изучаемых показателей (r – положительный), под обратной, или отрицательной, - нарастание одного из показателей при снижении другого.

Методы лечения сиалолитиаза

В общей сложности больным (137 больных) со слюннокаменной болезнью которым было проведено лечение, разделено было на 3 группы.

Пациенты, которым проводилось только терапевтическое лечение.

Пациенты, которым была проведена сиалолитотрипсия сочетанная с терапевтическим лечением;

Пациенты, которым было проведено хирургическое лечение.

Дробление сиалолитов проводилось аппаратом фирмы Karl

Storz Duolith SD 1 процедура проводилась при использовании следующих параметров дробления: 2,6-4,6 бар, с частотой 9 Гц и общим количеством волновых ударов 2500 – 4000 за процедуру. До литотрипсии с помощью ультразвукового исследований определяли размер камня, его расположение относительно расширенного приводящего протока и угла нижней челюсти (с целью облегчения нацеливания сканером во время процедуры дробления). После завершения сеанса обращали внимание на состояние кожи над железой, наличие следов крови из ее протока.

С целью достижение усиления эффективности ударно-волнового влияния при дроблении камня в протоке околоушной слюнной железы, пациентам, с полной адентией или частичной адентией в области моляров верхней и нижней челюсти на стороне пораженной слюнной железы, во время процедуры в ротовую полость в проекции протока околоушной слюнной железы размещался металлический медицинский шпатель для языка. Сеансы сиаолитотрипсии проводились с частотой 1-2 сеанса в неделю.

Исследования минерального состава камней слюнных желез проводились в лаборатории института Геологии Академии наук Азербайджанской республики. С этой целью применялись дифрактометрия (rigaku miniflex 600) и инфракрасная (ИК) спектроскопия (рентгенофлуоресцентный спектрометр S8 TIGER).

Метод лечения больных сиалозом при сахарном диабете второго типа

По результатам комплексного обследования мы ставили каждому больному диагноз, в котором фиксировали характер сиалоза, степень нарушения функциональной активности слюнных желез, заболевания тканей пародонта, состояние гигиены полости рта. В соответствии с поставленным диагнозом составляли индивидуальный план комплексного лечения больного. Местная стоматологическая терапия обязательно проводилась на фоне базисной эндокринологической коррекции углеводного обмена. Ввиду большой распространённости осложнённого кариеса,

всем больным сахарным диабетом осуществляли хирургическую санацию полости рта с предупреждением воспалительных осложнений.

Для лечения сиалоза при диабете проводилось промывание протоков желез. При промывании использовался фурацилин (антисептический препарат), трипсин (протеолитический фермент). А также на припухлые околоушные железы ставился компресс солевого раствора с мазью левомеколь. Местно таблетки ношпа два раза в день, пилокарпин капли по 6 капель три раза в день, препарат сувастин содержащий в себе протеолитический ферменты для улучшения регенерации восстановления железы. Для оценки результатов лечения были использованы следующие методы контроля. Основной (клинический) включал в себя: оценку общего состояния больного, отсутствие жалоб на сухость в полости рта, изменение размеров железы, её консистенции, характера отделяемого секрета из протоков желез. Лабораторные: сиалометрия, исследование вязкости слюны.

Метод лечения больных сиалозом при хронической болезни почек

Обследовано 39 больных с сиалозом и ХБП, находящихся на ГД-ном лечении. Всех обследуемых больных с сиалозом и ХБП мы разделили на 2 группы: контрольная группа – это 16 больных которым для лечения сиалозом мы использовали общепринятое лечение. При промывании использовался фурацилин (антисептический препарат), трипсин (протеолитический фермент). А также на припухлые околоушные железы ставился компресс солевого раствора с мазью левомеколь. Местные таблетки ношпа два раза в день). В основной группе (n=23), кроме базисного лечения сиалоза мы использовали сорбент природного цеолита в виде порошка в течение 7-10 дней нанося его на слизистую полости рта.

Метод лечения больных хроническим сиалоденитом состоял в следующем:

Больные были подразделены на две группы. Больным группы

сравнения (n=20 человек) была назначена традиционная терапия, включающая антибиотикотерапию (цефтриаксон по 1 гр x 2 раза в день), таблетки тавегил два раза в день в течении 5-7 дней. Местно промывание протока околоушной слюнной железы антибиотиком цефалоспорином 3-го поколения (цефтриаксоном), антисептическими средствами (фурацилином), ферментом (трипсином), а также компресс с соляным раствором и мазью левомеколь. В первые дни брался секрет для изучения микрофлоры и чувствительность к антибиотикам. После определения чувствительности к антибиотикам, если была необходимость антибиотик менялся на другой. Больным основной группы (n=25) дополнительно к традиционной терапии на 7-8 день местно проводили локальную иммунотерапию (3- 4 разовое введение стимулированных аутолейкоцитов иммунофаном в проток СЖ).

После того как у больных при массаже околоушной железы мы получали слюну без примесей гноя, мы вводили в проток околоушной железы активированные аутолейкоциты. Для этого, у пациентов из локтевой вены в пробирки с гепарином в утренние часы забиралось 5 мл крови. После центрифугирования при 1500 об/мин при помощи микродозатора из пробирок забирали две верхние фракции – плазму крови и слой лейкоцитов. В полученные образцы добавляли (50 мкг/мл, ОООНПП "Бионокс, Москва") раствор имунофан (0,1 мл на 5 мл крови) и инкубировали в пробирке в течение часа в термостате при 37°С. После инкубации добавляли физиологический раствор в соотношении 1:3. Полученные стимулированные лейкоциты делили на три аликвоты и хранили до использования в холодильнике. Больным проводили 3 сеанса аппликаций стимулированными аутолейкоцитами. Введение аутолейкоцитов в околоушной проток проводилось три раза через два дня. Необходимо отметить, что предлагаемый способ терапии проводили в комплексном стоматологическом лечении.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты клинических и лабораторных исследований у больных с хроническим сиалоаденитом

Результаты проведенного обследования показали, что секреция смешанной слюны (ротовая жидкость) у практически здоровых в среднем составила $0,7 \pm 0,03$ мл/мин.

Полученные в ходе проведенного обследования больных данные указывают на то, что секреция смешанной слюны статистически достоверно уменьшена по сравнению с практически здоровыми. ($p < 0,05$). Среднее значение количества смешанной слюны у больных хроническим сиалоаденитом составило $0,3 \pm 0,01$ мл/мин. Саливация у больных хроническим сиалоаденитом была достоверно снижена в 2,3 раза ($p < 0,05$).

Наряду со снижением саливации у больных определялись косвенные признаки гипофункции слюнных желез - отсутствие свободной слюны в полости рта, пенистая слюна, тяжести слюны при открывании рта и жалобы на сухость во рту.

Функциональную активность слюнных желез оценивали также по показателю вязкости слюны. До лечения у всех больных группы сравнения и основной группы отмечалась вязкость слюны 1-й степени. Результаты исследования вязкости слюны показали, что у 14 (70%) больных группы сравнения и у 15 (60%) больных основной группы после лечения отмечалась вязкость слюны 1 степени, вязкость слюны 2 степени не выявлялась. После лечения вязкость слюны снижалась в группе сравнения и составила $6,25 \pm 0,2$ мм, что было в 1,3 раза больше чем у практически здоровых ($p < 0,05$), т.е. показатели вязкости слюны не восстанавливались в процессе лечения базисной терапией.

Вязкость слюны в основной группе до лечения в среднем составила $7,6 \pm 0,25$ мм, что было статистически достоверно выше в 1,6 раза относительно данных у практически здоровых. После базисного лечения и локальной иммунокоррекции вязкость слюны снижалась в 1,3 раза относительно данных до лечения и в 1,1 раз была ниже данных у больных группы сравнения.

Другими важными показателями слюны является кислотно-

щелочное равновесие – рН. Определение рН ротовой жидкости у больных хроническим сиалоденитом показало, что данный показатель в среднем составил $6,3 \pm 0,07$ ед. В группе практически здоровых показатель рН составил $6,9 \pm 0,06$ ед.

Использование локальной иммунотерапии у пациентов с хроническим сиалоденитом показало, что в основной группе у 20 из 25 больных отмечено «улучшение», что составило 80%.

Секрция слюны в основной группе до лечения в среднем составило $0,27 \pm 0,01$, что было достоверно ниже в 2,6 раза относительно данных у практически здоровых. После базисного лечения в сочетании с локальной иммунокоррекцией количество смешанной слюны в среднем составило $0,43 \pm 0,01$ и было в 1,2 раза больше чем в группе сравнения ($p < 0,05$).

Следует отметить, что функциональное состояние слюнных желез по данным сиалометрии у всех больных до лечения было снижено и 1 степень ксеростомии определялась у 24 (53,3%) больных хроническим сиалоденитом, а 2 степень ксеростомии определялась у 21 (46,7%) больных.

С целью изучения состояния локального иммунитета нами было проведено исследование основных цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-2, и ИФН- λ) в смешанной слюне у больных хроническим сиалоденитом в динамике базисного и комплексного лечения. Выбор таких исследований был необходим для изучения влияния различных схем терапии на локальный иммунный статус и для выявления эффективности проводимой терапии. Изучение содержания цитокинов в слюне проводили в динамике базисного (группа сравнения) и комплексного лечения (основная группа). Лечение пациентов основной группы было комплексным и включало мероприятия общего и местного характера. В лечении пациентов основной группы использовалась локальная иммунокоррекция с применением стимулированных аутолейкоцитов.

Определялась высокая достоверность различия в содержании ИЛ-1 β до и после лечения в группе сравнения и в основной группе, но более выраженное в основной группе ($p < 0,002$). Обнаружена достоверная разница различий ($p < 0,05$) между содержанием ИЛ-1 β в смешанной слюне после лечения между груп-

пами больных. Среднее значение уровня ИЛ-2 в слюне после лечения в группе сравнения составило $17,7 \pm 0,5$ пг/мл, в основной группе $14,7 \pm 0,4$ пг/мл. После лечения уровень ИЛ-2 в группе сравнения снизился на 26,6%, в основной группе на 38,8 % ($p < 0,05$) относительно данных до лечения ($p < 0,05$). Нами также установлено, что в слюне у больных группы сравнения и в основной группе до лечения наблюдалось значительное снижение ИФН- γ . После проведенного лечения по традиционной схеме в группе сравнения уровень ИФН- γ в слюне повышался до $7,2 \pm 0,2$ пг/мл, возрастая в 1.1 раз по сравнению с его величиной до лечения. В то же время при включении в схему лечения локальной иммунокоррекции повышение ИФН- γ в основной группе было более значимо и в среднем составило $8,0 \pm 0,1$ пг/мл, что превышало исходный уровень более чем в 1,3 раз ($p < 0,05$).

В динамике лечения в группе сравнения и основной группе проведены исследования локального иммунитета с помощью оценки цитоморфологических параметров со слизистой оболочки полости рта. Клеточный состав мазков-отпечатков до лечения характеризовался преобладанием клеток лейкоцитарного ряда и среди данного ряда наибольший процент приходился на нейтрофилы. Как известно, нейтрофилы играют ведущую роль в индукции воспаления. Они постоянно мигрируют из кровотока в ткани и выполняют свои защитные функции.

Массивная нейтрофильная инфильтрация составляет важнейший элемент острой воспалительной реакции и один из неспецифических механизмов защиты. Нейтрофилы, как фагоцитирующие клетки способны обеспечить обширный спектр ответов на активирующие стимулы. Происходит высвобождение продуктов метаболизма, протеолитических ферментов, цитокинов, лизоцима, лактоферрина и др. Используя эти показатели, можем сделать вывод, что с точки зрения цитоморфологии в группе сравнения ИВ имеет лишь тенденцию к снижению, а базисная терапия не снимает картину воспаления и ИВ в среднем в группе составил $1,23 \pm 0,03$.

После лечения при применении локальной иммунокоррекции был получен клинический эффект заключающийся в более ран-

них сроках нормализации температуры, повышения саливации и снижение вязкости слюны. Так же определялись местные клинические признаки купирования воспалительного процесса, отмечалось очищение секрета слюнных желез и снижение ИВ до $1,08 \pm 0,03$

После проведенного курса лечения у больных с хроническим сиалоденитом была исследована фагоцитарная активность нейтрофилов в тесте ФАН-1.

В основной группе (традиционная терапия+ локальная иммуноткоррекция зарегистрировано статистически достоверное повышение фагоцитарной активности нейтрофилов в тесте ФАН-1. Так в основной группе ФАН-1 исходно составлял $5,8 \pm 0,3\%$, а после лечения повысился до $9,4 \pm 0,3\%$. Отмечалось снижение процентного содержания ФАН-2 до $5,8 \pm 0,2\%$.

Полностью нормализация ФАН-1 и ФАН-2 в результате лечения произошла только у части больных при этом не по обоим показателям и неодинаково в группах исследования.

В группе сравнения ФАН-1 нормализовался у 50% больных, а в основной группе у 88%, что значительно больше. Значение ФАН-2 имели положительную динамику у 36% больных основной группы и у 15 % больных в группе сравнения.

После лечения в основной группе уровень нейтрофилов снизился на 37,8%, а в группе сравнения на 9,6%. Процент моноцитов снизился в группе сравнения на 12,6 % и на 27% в основной группе. Более существенно уменьшился процент лимфоцитов в группе сравнения на 11,4%, а в основной группе на 27,7%. Наряду с этим отмечалось повышение уровня эпителиальных клеток в группе сравнения в 1,5 раза , а в основной группе в 2,9 раза. Повышение уровня эпителиальных клеток способствует повышению их адгезионной активности и увеличивает эффективность механизмов санации полости рта. ИВ снизился до $1,08 \pm 0,03$ и статистически незначимо отличался от данных в группе практически здоровых $0,91 \pm 0,03$

Указанные изменения обусловлены регуляторным воздействием локальной иммуноткоррекции на систему врожденного иммунитета и позволяет избежать резкой активации защитных

механизмов, приводящей к их истощению на фоне воспалительного процесса вызванного бактериальной флорой.

Исследование концентрации ОБ (общего белка) в смешанной слюне у больных с хроническим сиалоденитом показало увеличение его концентрации у всех больных до лечения. Уровень ОБ в слюне у больных сравнения до лечения в среднем составил $1,4 \pm 0,06$ г/л с колебаниями 0,8-1,8 г/л, медиана 1,5 г/л. Содержание ОБ у больных основной группы до лечения в среднем составило $1,35 \pm 0,04$ г/л с колебанием 0,7-1,9 г/л, медиана 1,5. Содержание ОБ в слюне у больных группы сравнения и основной группы выше значения ОБ у практически здоровых на 14,3% ($p > 0.05$). После базисного лечения у больных группы сравнения содержание ОБ оставалось повышенным на 6,3% относительно практически здоровых и составило $1,28 \pm 0,06$ г/л, при показателях у практически здоровых $1,2 \pm 0,03$ г/л. В основной группе уровень ОБ соответствовал данным практически здоровых. Другой маркер воспаления уровень альбумина в ротовой полости рта до лечения был снижен и в среднем в группе сравнения составил $0,41 \pm 0,01$ г/л, в основной группе $0,48 \pm 0,05$ г/л. Содержание альбумина в слюне у больных группы сравнения и основной группы было ниже значения альбумина у практически здоровых на 4-18%. После лечения в группе сравнения содержание альбуминов повышалось и составило в среднем в группе $0,62 \pm 0,04$ г/л, а в основной группе $0,56 \pm 0,02$ г/л. Значение глобулинов у больных группы сравнения до лечения составило $0,96 \pm 0,03$ г/л. Уровень глобулинов в основной группе был также повышен и составил $0,86 \pm 0,05$ г/л. Содержание глобулинов после лечения в 2-х группах больных приближалось к значениям практически здоровых и составило $0,66 \pm 0,04$ г/л и $0,64 \pm 0,03$ г/л, соответственно.

До лечения в группе сравнения показатель соотношения альбуминов и глобулинов А/Г – коэффициент был снижен до $0,5 \pm 0,04$ и до $0,65 \pm 0,07$ в основной группе. После лечения в группе сравнения соотношение А/Г слюны повышалось на 48,9% относительно данных до лечения, а в основной группе повышался также значительно на 34,3% ($p < 0.05$) и эти изменения

носили статистически достоверный характер.

В качестве острофазовых критериев в смешанной слюне у больных с хроническим сиалоденитом определяли ВНСММ (вещества низкой и средней молекулярной массы), как показатели эндогенной интоксикации.

При обследовании больных группы сравнения после традиционного лечения не происходило нормализации уровня ВНСММ, отмечалось лишь тенденция к снижению Σ ВНСММ. Так, если до лечения уровень Σ ВНСММ составил $0,69 \pm 0,058$ ед, то после лечения в среднем составил $0,67 \pm 0,039$ ед.; т.е. отмечалось снижение на 2,8% и это снижение было статистически незначимо. Не происходило нормализации длинно волновых ВНСММ при 294 нм и 304 нм. Отсутствовало достоверное снижение ВНСММ при длине волны 244 нм. и 254 нм. Для снижения уровня эндогенной интоксикации в дальнейшем таким больным потребовался более длительный период лечения с применением антибактериальной терапии.

В основной группе до лечения также отмечалось накопление ВНСММ в смешанной слюне. Происходила нормализация длинноволновых ВНСММ при длине волн 294 нм и 304 нм. Отмечено достоверное снижение ВНСММ при длине волн 244 нм., 254 нм и 264 нм. Таким образом, у больных основной группы отмечается выраженное снижение важного параметра эндогенной интоксикации - ВНСММ. Нами выявлено, что локальная иммунокорекция позволяет снизить выраженность местной воспалительной реакции, индуцированными микроорганизмами и тем самым обеспечивает снижение инфекционной нагрузки в полости рта, что способствует в свою очередь редуцированию выраженности эндогенной интоксикации.

Таким образом, проведенные исследование позволяет заключить, что у больных хроническим сиалоденитом отмечаются локальные иммунные изменения по содержанию основных цитокинов в полости рта. Оценка состояния белков слюны в стадии клинических проявлений позволила установить повышение ОБ и глобулинов и снижение альбуминов, что характеризует воспалительный процесс в полости рта. Наблюдалось увеличение

числа нейтрофилов, лимфоцитов, моноцитов на фоне гиперцитокинемии ИЛ-1 β и ИЛ-2 и повышения эндогенной интоксикации.

Применение традиционной терапии у больных с хроническим сиалоденитом приводит к неполной нормализации состояния локального иммунитета. Включение локальной иммунокоррекции в комплексную терапию позволяет нормализовать как показатели адаптивного иммунитета, фагоцитарной активности так и цитокиновой регуляции.

Проведенные исследования позволяет предполагать, что в патогенезе хронического сиалоденита важную роль играют локальные иммунные реакции. На этом фоне в большинстве случаев применение одной антибактериальной терапии и санации слюнных желез у данных больных бывает недостаточным. При хроническом сиалодените необходимо дополнительно включать в схему лечебных мероприятий местную локальную иммунокоррекцию. Очевидно, что иммунофан оказывает выраженное иммуномодулирующее влияние благодаря воздействию на адаптивный и врожденный иммунитет. Комплексная терапия способствует снижению воспалительных белков, цитокинов, продуктов ЭИ и снижению количества рецидивов. Это является основанием для применения локальной иммунокоррекции в лечении больных с хроническим сиалоденитом.

После клинического и лабораторного обследования нами предлагается 2-х этапный метод лечения больных хроническим сиалоденитом, состоящее из двух последовательных курсов.

1 - этап-антибиотикотерапия, промывание протоков слюнных желез антисептическими растворами (фурацилин, химиотрипсин), десенсибилизирующая терапия, усиление секреторной функции слюнных желез.

2 - этап-на 7-8 день после очищения от гнойного содержимого слюнных желез проводить коррекцию местного иммунитета. Как показывает практика последних десятилетий, отмечается стойкое увеличение частоты рецидивирования сиалоденитов и почти каждый больной сталкивается с повторным развитием обострения. Как показали наши исследования в профилактике

рецидивов хронических сиалоденитов положительный результат, может быть, достигнут при 2-х этапном лечении.

Результаты клинических и лабораторных исследований больных сиалозом на фоне СД 2 типа

Клинико-лабораторное и функционально-диагностическое обследование было проведено у 40 больных сиалозом с СД 2 типа (инсулиннезависимый СД). Пациенты были в возрасте от 26 до 82 с давностью заболевания от 2,1 года до 9,9 лет.

Цель исследования данного раздела работы была: оценить характер физико-химических, биохимических, иммунологических и цитологических параметров слюны в динамике базисного и комплексного лечения.

Первая группа пациентов ($n=15$) с СД 2 типа и давностью заболевания до 5 лет, когда патогенное воздействие диабета уже успевает проявиться, но оно еще не затушевывается наличием «стимулированных» диабетом разнообразных соматических заболеваний. Давность СД 2 типа в 1 – ой группе пациентов в среднем составила $3,8 \pm 0,2$ года, уровень глюкозы в крови составила $8,2 \pm 0,3$ ммоль/л НВА1- $7,8 \pm 0,3\%$

Во 2-ой группе пациентов ($n=25$) сиалозом и СД 2 типа более 5 лет, давность заболеваний в среднем составила $8,8 \pm 0,2$ года уровень глюкозы в крови- $8,3 \pm 0,2$ ммоль/л НВА1- $8,2 \pm 0,2\%$

Для оценки результатов лечения были использованы следующие методы контроля. Основной (клинический) включал в себя: оценку общего состояния больного, отсутствие жалоб на сухость в полости рта, изменение размеров железы, её консистенции, характера отделяемого секрета из протоков желез. Лабораторные: сиалометрия, исследование вязкости слюны. Группу сравнения составили пациенты с сахарным диабетом II типа без применения энзимотерапии (препарат сувастин).

Обследование больного сахарным диабетом состояло из тщательного анализа жалоб, сбора анамнеза и объективного обследования пациента. В своих исследованиях мы устанавливали доверительный контакт с больными, наводящими вопросами помогали пациентам последовательно изложить историю заболевания, во время беседы определяли нервно-психологический

статус, интеллект человека, и на этом основании анализировали жалобы, последовательность развития симптомов заболевания. Исследования проводили по всем правилам деонтологии, учитывая особенности личности.

При клиническом обследовании пациентов у 7 человек испытывали снижение вкусовой чувствительности к солёному и кислому, тогда как 11 - жалоб не предъявляли.

Во время беседы с больными сахарным диабетом выяснили, что характер жалоб зависел от степени компенсации основного заболевания.

У 18 пациентов менее 5 лет инсулиннезависимого сахарного диабета постоянного ощущения ксеростомии в полости рта не было, лишь в период длительного разговора или при стрессе появлялась временная сухость в полости рта. 11 человек обращали внимание на снижение вкусовой чувствительности к солёному и кислому. У 9 больных присутствовало периодическое жжение в области спинки языка. 16 пациентов жаловались на безболезненную подвижность зубов и раннюю потерю их.

В группе больных больше 5 лет инсулиннезависимого сахарного диабета 12 человек предъявляли жалобы на безболезненные двусторонние «припухлости» в околоушно-жевательных областях. Пациенты указывали на часто появляющееся чувство сухости слизистой оболочки полости рта, что связывали с обострением течения сахарного диабета.

Жалобы на сухость в полости рта, присутствующую во время разговора, эмоционального волнения, а также при приёме пищи беспокоили 9 пациентов с компенсированной формой инсулиннезависимого нарушения углеводного обмена. Необычные вкусовые ощущения отмечали 3 человека из этой группы. На жжение в области спинки языка предъявляли жалобы 5 больных. Все пациенты данной группы обращали внимание на кровоточивость дёсен при чистке зубов, а также подвижность зубов и их смещение.

11 больных более 5 лет сахарного диабета предъявляли жалобы на постоянное присутствие сухости в полости рта, усиливающейся во время еды, поэтому многие из них вынуждены бы-

ли запивать пищу водой. Во время длительного разговора пациенты данной группы особенно остро ощущали сухость, усиление её происходило при эмоциональном напряжении. 10 человек отметили, что вынуждены были просыпаться ночью, чтобы выпить воды, а утром трудно было разомкнуть губы и открыть рот. Всех пациентов беспокоило, что при отклонении головы назад в поднижнечелюстных областях становились заметными два симметричных образования, безболезненных при прощупывании. 9 человек жаловались на снижение вкусовой чувствительности к сладкому, солёному, кислому и горькому, говорили о трудности проглатывания пищи и болях во время еды. У 4 - присутствовало жжение слизистой оболочки полости рта, боли в языке и увеличение его размеров. 2 пациента не могли носить съёмные зубные протезы, вследствие повышенной чувствительности слизистой оболочки. Все больные отмечали болезненность и кровоточивость дёсен во время чистки зубов, неприятный запах изо рта, болезненную подвижность зубов и смещение их. 3 человека указывали на то, что даже вынуждены были отказаться от некоторых мероприятий индивидуальной стоматологической гигиены. 1 пациент предъявлял жалобы на лицевые боли, возникающие в период обострения основного заболевания. Некоторые больные этой группы замечали резкое снижение массы тела.

Все пациенты с сахарным диабетом отмечали быстрое разрушение зубов и, как следствие, частые обращения к врачу-стоматологу.

При сборе анамнестических данных мы выясняли наличие этиологических факторов, особенности течения патологических процессов и их патогенетическую связь. Диагноз основного заболевания: нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет I типа или сахарный диабет II типа, степень компенсации - выставляли на основании заключения врача-эндокринолога.

У больных выясняли частоту стоматологических осмотров, их регулярность. 50% всех обследуемых (40 человек) отметили, что посещают стоматолога 3-4 раза в год. 30 пациентов с сахарным диабетом II типа наблюдали припухлость околоушных слюнных желез, 20 пациентов указывали на периодическое

увеличение поднижнечелюстных слюнных желез. Причём, больные связывали увеличение желез с подъёмом сахарной кривой. В то же время больные отмечали, что при увеличении слюнных желез особенно остро присутствовали симптомы ксеростомии.

Клиническое обследование каждой группы больных было направлено на выявление стоматологических проявлений с учётом индивидуальных особенностей течения эндокринологического заболевания у каждого конкретного пациента.

Визуальное обследование группы больных инсулиннезависимым сахарным диабетом менее 5 лет дало следующую картину. Лицо - симметричное, кожные покровы - физиологической окраски. При бимануальной пальпации слюнных желез у 15 человек обнаружено, что околоушные слюнные железы имели гладкую, ровную поверхность, были мягкой консистенции, безболезненные, и располагались в пределах анатомических границ. С окружающими тканями железы не спаяны. Лимфатические узлы пропальпировать не удалось. В полости рта у 14 пациентов межзубные сосочки увеличены, бледно-розового цвета, плотные на ощупь; у 4 - несколько отёчные и гиперемированные межзубные сосочки кровоточили при зондировании. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовой окраски, слабо увлажнена. Свободная слюна имелась в небольшом количестве, на вид - пенистая. На спинке языка у 9 человек присутствовал бело-серый налёт, плотно спаянный с подлежащей слизистой. И лишь у 7 - белый налёт легко снимался с незначительно отёчной поверхности. Устья протоков околоушных желез у всех пациентов слабо выражены, при массировании железы из «стенозных» протоков выделялось несколько капель прозрачной слюны. Секреция слюны поднижнечелюстными железами была сохранена в достаточном количестве.

Во время осмотра у 12 больных инсулиннезависимым сахарным диабетом более 5 лет были заметны симметричные припухлости в околоушно-жевательных областях. Кожные покровы над ними в цвете не изменены, в складку собирались. При бимануальной пальпации, увеличенные в объёме, слюнные железы

гладкие, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями, эластичной консистенции. Регионарные лимфатические узлы не определялись.

Красная кайма губ - сухая, у 7 человек имелись трещины губ, у 4 - «заеды» в углах рта, покрытые серыми чешуйками. В полости рта межзубные сосочки, увеличенные, отёчные, участки гиперемии перемежались с участками цианоза, пальпация дёсен болезненная, выражена кровоточивость. У 2 человек присутствовало гноетечение из пародонтальных карманов. У всех пациентов спинка языка была покрыта серым трудно снимающимся налётом. У 5 человек, помимо налёта, на языке присутствовали мелкие участки эрозий. Слизистая оболочка полости рта этой группы больных была атрофичная, клейкая, бледно-розового цвета, лишь в области дна полости рта имелось малое количество свободной, пенистой слюны. Устья «стеновых» протоков - атрофичные. При массировании околоушных слюнных желез секрета из протоков не получено.

Визуальный осмотр челюстно-лицевой области 9 больных инсулинозависимым сахарным диабетом менее 5 лет изменений не выявил. Тогда как при бимануальной пальпации дна полости рта, в поднижнечелюстных областях было обнаружено незначительное, безболезненное увеличение слюнных желез в пределах анатомических границ. Железы имели гладкую, ровную поверхность, мягкую консистенцию, подвижные, не спаяны с окружающими тканями. Регионарные лимфатические узлы не пальпировались. В полости рта у всех пациентов этой группы межзубные сосочки были увеличенные, отёчные, имели глянцевую поверхность, при зондировании - кровоточили, присутствовали участки гиперемии и цианоза. Слизистая оболочка полости рта слабо увлажнена, атрофичная; спинка языка в 100% случаев была покрыта плотным серым налётом. Устья протоков слюнных желез, особенно «вартоновых» были слабо выражены. При массировании подчелюстных желез выделялось несколько капель прозрачной слюны, тогда как при массировании околоушных - секрет выделялся в достаточном количестве. Свободной слюны было немного, на вид - пенистая.

При внешнем осмотре 11 больных инсулинзависимым сахарным диабетом более 5 лет обращали внимание на сухость губ, трещины, покрытые красными кровяными корочками у некоторых пациентов. В углах рта имелись «заеды». Кожные покровы лица были физиологической окраски. У всех обследуемых данной группы в поднижнечелюстных областях обнаружены две симметричные «припухлости». При бимануальной пальпации это были увеличенные в размерах, безболезненные, гладкие слюнные железы эластичной консистенции, не спаянные с окружающими тканями. Лимфатические узлы не определялись. В полости рта слизистая оболочка атрофичная, клейкая. Межзубные сосочки были увеличены и гиперемированы, кровоточили при зондировании. У всех пациентов язык был шершавым, потрескавшимся, покрытым серым неснимающимся налётом. В полости рта свободной слюны не было. Устья «вартоновых» протоков у всех пациентов данной группы слабо выражены, атрофичные. При массировании поднижнечелюстных слюнных желез секрета из устьев не получено. Подъязычные валики покрыты белым снимающимся налётом, отёчные.

Тремы между зубами встречались практически у каждого пациента данных групп, также феномен Попова-Годона и множественный осложнённый кариес. При сравнении КПУ у больных II (19,05±3,05; 19,25±3,88) типа сахарного диабета по сравнению с группой сравнения (без сахарного диабета) (9,15±3,07) обнаружены достоверные отличия показателей ($p < 0,05$). На основании чего можно сделать выводы, что у пациентов с эндокринной патологией интенсивность кариеса высокая, а резистентность твёрдых тканей зуба - низкая, осадок слюны обладает высокой деминерализирующей и утилизирующей активностью.

При сравнении же показателей по длительности заболевания - достоверных различий КПУ не выявлено ($p > 0,05$).

Для определения степени тяжести гингивита нами был использован наиболее доступный для практического врача папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс в модификации Рамта . Обнаружено достоверное увеличение ($p < 0,05$) показателей РМА у больных инсулиннезависимом сахарным диабетом по

сравнению с группой контроля, что позволяет судить о генерализованном воспалительном процессе в тканях пародонта.

Показатели РМА у больных инсулиннезависимым (30,11±3,16%; 73,75±6,69%) сахарным диабетом были достоверно выше показателей группы сравнения (7,05±2,62%) и свидетельствовали о распространенном воспалительном процессе в тканях пародонта ($p<0,05$).

Гигиеническое состояние полости рта определяли по методу Ю.А.Фёдорова, В.В.Володкиной. Этот индекс позволял составить мнение о регулярном и правильном уходе за полостью рта. У больных сахарным диабетом II типа более 5 лет среднее значение индекса Фёдорова-Володкиной составило 2,44±0,5, что свидетельствует о неудовлетворительной гигиене полости рта. У больных сахарным диабетом II типа менее 5 лет данный показатель был достоверно ниже и составил 1,8±0,203, гигиена полости рта - удовлетворительная ($p<0,05$).

Выявлена прямая связь между уровнем гигиены полости рта и состоянием тканей пародонта. Вследствие кровоточивости дёсен, болезненности некоторые обследуемые щадили себя, уход за полостью рта был нерегулярным, поэтому показатели индекса Фёдорова-Володкиной повышались.

Таким образом, исследования показали, что у больных сахарным диабетом II типа особенно > 5 лет, стоматологический статус пациента значительно ухудшался и также зависел от степени тяжести заболевания.

Приведённые выше результаты клинического обследования дают возможность говорить о том, что группы пациентов были подобраны правильно и могут быть использованы для проведения исследований смешанной слюны и выявления изменений в слюнных железах, а также для изучения результатов лечения патологии слюнных желез.

Результаты проведенных исследований у 10 больных группы сравнения и 15 больных основной группы показали, что секреция РЖ до лечения была снижена и в среднем составила 0,31±0,03 мл/мин и 0,29±0,02 мл/мин и это значение были в 1,2 раза меньше, чем у практически здоровых ($p<0,05$). Секреция слюны

в основной группе после базисного лечения в сочетании с энзимотерапией повышалась до $0,67 \pm 0,02$ мл/мин и была в 1,2 раза выше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$).

Полученные результаты демонстрируют, что секреция смешанной слюны достоверно была снижена до лечения и после базисного лечения не восстанавливалась до нормы. После комплексного лечения получены положительные результаты в отношении саливации в основной группе больных.

Вязкость слюны до лечения в группах больных была повышена и в группе сравнения в среднем составила $7,3 \pm 0,4$ мм, в основной группе $7,2 \pm 0,2$ мм. После лечения вязкость слюны снижалась в группе сравнения и составила в среднем $5,8 \pm 0,21$ мм, что было в 1,3 раза ($p < 0,05$) больше чем у практически здоровых т.е. показатели вязкости слюны полностью не восстанавливались после проведенной базисной терапии.

После базисного лечения и энзимотерапии вязкость слюны снижалась в 1,4 раза ($p < 0,05$) относительно данных до лечения и приближалась к данным у практически здоровых лиц

Показано что цитокины (ИЛ-1, ИФН- γ и др.) могут стимулировать иммуновоспалительный процесс у больных СД 2 типа. Цитокины, являясь межклеточными медиаторами иммунной системы определяют не только характер воспалительных процессов, но и регулируют размножение клеток и репарацию, участвуют в патологических процессах, приводя к включению жировой ткани, а также формируют инсулинорезистентность.

Провоспалительные цитокины формируют воспалительную реакцию приводят к торможению продукции инсулина β -клетками островков Лангерганса, в последующем вызывая их гибель.

Результаты исследований показали, что проведение энзимотерапии в отличие от базисной терапии сопровождалось тенденцией к нормализации показателей цитокинового профиля в РЖ и сопровождалось снижением повышенных показателей ИЛ-1 β и ИЛ-2 и повышением ИФН- γ . Базисная терапия вызывала нормализацию данных параметров однако их уровень в большинстве своем достоверно отличался от значений практически

здоровых (таблица 2).

Таблица 2

Содержание цитокинов в РЖ у больных сиалозом и СД 2 типа в динамике лечения (M±m)

	Практически здоровые (n=10)	Группа сравнения (n=10)		Основные группы (n=15)	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ИЛ-1β, пг/мл	45,2±4,8	46,3±2,5	46,2±2,3	48,4±0,8	45,0±0,4 [^]
ИЛ-2 пг/мл	11,4±2,1	13,6±0,3	13,3±0,3	13,9±6,4	11,9±0,2 [^]
ИФН-γ пг/мл	8,8±0,8	6,9±0,3 [*]	7,3±0,2	6,7±0,2 [*]	8,3±0,1 [^]

Прим.: * - статистически достоверность различий относительно практически здоровых (p<0.05); ^ - статистически достоверность различий между группами больных

Таким образом включение в комплексную терапию больных сиалозом на фоне СД 2 типа энзимотерапии в отличии от традиционных методов терапии позволили обеспечить более быструю положительную клиническую динамику, а именно под влиянием данного препарата в короткие сроки отмечалось усиление слюноотделения, уменьшения припухлости и исчезновения чувства сухости. Наряду с более быстрым купированием клинических симптомов отмечалось нормализация цитокинового профиля за счет снижения в РЖ медиаторов воспаления ИЛ-1 β и ИЛ-2 и повышения ИФН-γ к моменту окончания лечения.

У больных сиалозом на фоне СД 2 типа до лечения выявлено изменение цитологического профиля мазков – отпечатков, что выражалось нейтрофилозом, лимфоцитозом, моноцитозом и снижением эпителиальных клеток на локальном уровне. Нейтрофилез сопровождался функциональным нарушением фагоцитоза, что проявлялось в снижении количества нейтрофилов, фа-

гоцитирующих аутофлору и повышением процента деструктивных нейтрофилов в тесте ФАН-2.

После базисной терапии в группе сравнения 2 и после комплексной терапии в основной группе 2 с использованием энзимотерапии у больных отмечалось клиническое улучшение. Клиническому улучшению соответствовали данные цитоморфологических исследований. В обеих группах больных после лечения выявлено снижение уровня нейтрофилов, лимфоцитов, моноцитов и индекса воспаления (ИВ). Процент нейтрофилов после лечения в группе сравнения -2 снизился на 4,6%, в основной группе 2 на 17,8%. Процент моноцитов после лечения снизился в группе сравнения 2 на 8,3 и на 15,6% в основной группе. Наряду с этим уменьшился удельный вес лимфоцитов – в группе сравнения на 6,3 % и 8,3% в основной группе. Количество фагоцитов, активно фагоцитирующих аутофлору увеличился в группе сравнения на 4,8%, а у больных с энзимотерапией на 7,8%. Все эти данные свидетельствуют об уменьшении воспалительного процесса и повышении защитных сил и неспецифической резистентности полости рта у больных сиалозом и СД 2 типа после комплексной терапии.

При сравнительном анализе уровней альбуминов на фоне лечения в 2-х группах больных статистически значимых изменений не выявлен. На фоне комплексной терапии с Сувастином произошло снижение глобулинов с $0,84 \pm 0,02$ г/л до $0,7 \pm 0,03$ г/л ($p < 0,05$), а в группе сравнения отмечена тенденция к повышению глобулинов с $0,77 \pm 0,06$ г/л до $1,02 \pm 0,02$ г/л ($p < 0,05$). Итогом этих изменений стало снижение А/Г коэффициента в группе сравнения до $0,53 \pm 0,02$ и повышение коэффициента А/Г в основной группе с $0,67 \pm 0,07$ до $0,75 \pm 0,05$ ($p < 0,05$)

Таким образом, при сравнении используемых методов лечения в отношении белковой составляющей оказалось, что в основной группе больных сиалозом на фоне СД 2 типа результаты значительно лучше, что объясняется использованием в лечении энзимотерапии.

Изменение уровней ВНСММ у больных сиалозом на фоне СД 2 типа свидетельствовали об интенсивности катаболических

процессов и накопления метаболитов низкой и средней молекулярной массы в РЖ до лечения. После терапии сиалоза, целесообразно проводить исследование ВНСММ в РЖ, который можно использовать как интегральный показатель метаболических нарушений в полости рта, а также как параметр, характеризующий эффективность лечения.

Таким образом, определение биохимических и иммунологических параметров полости рта у больных сиалозом и СД -2 типа с течением его >5 лет свидетельствуют, что в целом для них характерны такие же изменения, что и для больных сиалозом и СД 2 типа ≤ 5 лет. Суть этих изменений определялась в накоплении концентрации продуктов эндотоксикоза (ВНСММ), Появление лабораторных признаков воспаления (повышение ИЛ-1 β , ИЛ-2, индекса воспаления) и угнетения факторов локального иммунитета. Проведенные исследования выявили, что коррекцию иммунных и биохимических изменений, возможно проводить энзимопрепаратом Сувастин, обладающей широкой гаммой эффектов с противовоспалительной и иммуномодулирующей активностью.

Результаты клинического осмотра и лечения пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, получающих амбулаторный программный гемодиализ

Следующий раздел был посвящен определению эффективности сорбентотерапии у больных сиалозом на фоне ХБП.

Под нашим наблюдением находилось 60 пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, развившейся на фоне ранее перенесённых гломерулонефрита (34%), пиелонефрита (20%), диабетической нефропатии (15%), поликистоза почек (9%), гипертонического нефроангиосклероза (8%), врождённого и наследственного поражения почек (5%), интерстициального нефрита (3%), амилоидоза почек (2%) и хронической почечной недостаточности неясной этиологии (7%)

Нами в республиканской больнице им. М. Миркасымова и лаборатории АЗГИУВ им. А. Алиева проведено дополнительное лабораторные и клинические исследования и лечение 39 боль-

ных, которые были разделены на 2 группы в зависимости от длительности ГД-лечения. В первую группу вошли 12 больных с длительностью ГД-лечения менее 5 лет, во 2-ю группу - 27 больных с длительностью ГД-лечения более 5 лет. Средняя продолжительность Гд-лечения в 1-ой группе составляла $2,5 \pm 0,4$ года (минимум 0,5 лет, максимум 5 лет). Во второй группе $9,1 \pm 0,6$ лет (минимум 6, максимум 14 лет). Возраст больных в первой группе в среднем составил $49,8 \pm 3,7$ лет (минимум 31, максимум 78 лет), во второй группе $52,3 \pm 3,1$ лет (минимально 18, максимальный 87 лет).

Наше внимание, привлек препарат «Азеомед» относящийся к группе сорбентов на основе цеолитов. Цеолиты обладают выраженными сорбционными свойствами, благодаря которым они уменьшают степень интоксикации организма при любых патологических процессах. Однако применение сорбентов на основе цеолитов в стоматологии пока еще носит ограниченный характер.

Всех обследуемых больных с сиалозом и ХБП мы разделили на 2 группы: контрольная группа – это 16 больных, которым для лечения сиалозом мы использовали общепринятое лечение (Промывание протоков желез. При промывании использовался фурацилин (антисептический препарат), трипсин (протеолитический фермент). А также на припухлые околоушные железы ставился компресс солевого раствора с мазью левомеколь. Местно таблетки нош-па два раза в день) и основная группа ($n=23$), которым кроме базисного лечения сиалоза мы использовали сорбент природного цеолита в виде порошка в течении 7-10 дней нанося его на слизистую полости рта.

Концентрация мочевины в РЖ до лечения у больных сиалозы была повышена в 2,4 раза ($p < 0,05$) и в группе сравнения в среднем составила $20,5 \pm 1,1$ ммоль/л в основной группе $20,7 \pm 0,8$ ммоль/л. При этом в группе сравнения после традиционной терапии снижение концентрации мочевины было статистически незначимо ($p > 0,05$). Достоверное снижение мочевины определено нами в основной группе, где его уровень после лечения составил $16,5 \pm 0,5$ ммоль/л. Наблюдаемое снижение мочевины

связано с использованием природного сорбента цеолита, способного снижать уровень эндотоксинов, к которым относится мочевины. Таким образом, биохимические исследования у больных с сиалозом и ХБП до лечения у всех больных отмечено повышение креатинина и мочевины в РЖ. В ходе коррекции состояния полости рта у больных сиалозом наилучшие результаты были получены при применении природного цеолита, что определялось локальным снижением уровня мочевины на 20,2%, креатинина на 12,1% по сравнению с группой сравнения: мочевины на 4,8%, креатинина на 5,2%. Суммарная эффективность лечения по креатинину и мочевины в группе сравнения составила 5,2% а в основной группе 16,2%.

Результаты наших исследований показали, что вязкость слюны была повышена у всех больных сиалозом в группе сравнения и основной группе до лечения. После лечения вязкость имела тенденцию к снижению, а степень ее снижения коррелировала со скоростью саливации и в группе сравнения и в основной группе. Выявленные в ходе исследования снижение скорости слюноотделения и повышение вязкости слюны, очевидно, обуславливаются дистрофическими изменениями в СЖ, а также заболеваниями почек.

Результаты наших исследований показывают, что рН смешанной слюны у больных сиалозом и ХБП был сдвинут в щелочную сторону. Повышение значения рН РЖ могут быть связаны как с увеличением бикарбонатов, так и ростом количества аммиака у больных т. ХБП. Аммиак образуется в процессе гидролиза мочевины уреолитическими бактериями. В среднем рН смешанной слюны в группе сравнения составил $-7,6 \pm 0,1$ ед, а в основной $-7,7 \pm 0,05$ ед. Проведенное базисное и комплексное лечение позволило снизить показатель рН в слюне до $7,5 \pm 0,1$ в группе сравнения и до $7,4 \pm 0,1$ ед в основной группе. Таким образом, применение природного цеолита незначительно влияет на скорость секреции ее вязкость и в большей мере смещает рН из щелочного значения в сторону нейтрального.

Таким образом, в группах больных до лечение скорость слюноотделения слюны была достоверно снижена и составила

6,3±0,02 и 0,32±0,01мл/мин соответственно. Вязкость и рН были достоверно повышены и составили 7,6±0,3см, 7,5±0,2 см и 7,6±0,1ед. и 7,7±0,05 ед. соответственно.

Применение в комплексном лечении у больных сиалозом и ХБП, находящихся на ГД-лечении сорбентотерапии с помощью природного цеолита не выявило достоверных количественных результатов по физико-химическим показателям РЖ.

При проведении цитологического исследования нами выявлено, что после проведенного лечения в группе сравнения процент нейтрофилов, моноцитов, и лимфоцитов снизился статистически незначимо. При этом процент эпителиальных клеток повысился статистически значимо ($p < 0.05$). Процент фагоцитирующих клеток повысился в тесте ФАН-1 статистически незначимо, а процент деструктивных нейтрофилов (ФАН-2) не изменялся и составил после лечения 6,4±0,2%.

До лечения уровень ИЛ-1 β в группе сравнения составил 53,6±1,3 пг/мл, в основной группе 53,2±0,9 пг/мл. Повышение концентрации провоспалительного цитокина ИЛ-1β свидетельствовала о воспалительном процессе в полости рта у больных сиалозом. После лечения в группе сравнения, несмотря на то, что больные получали общую и местную медикаментозную терапию, содержание ИЛ-1β снижалось статистически недостоверно ($p < 0,05$) и в среднем в группе больных составило-51,4±1,2 пг/мл. После сорбентотерапии в основной группе наблюдалась положительная динамика ИЛ-1β, характеризующаяся уменьшением средних значений в данной группе. В частности уровень ИЛ-1β достоверно уменьшился на 11,1%, по сравнению с показателями, полученными до лечения и составил 47,3±0,7 пг/мл.

Анализ результатов концентрации ИЛ-2 в РЖ показал, что до лечения его содержание было повышено в клинических группах, а после проведенного традиционного и комплексного лечения отмечалось понижение данного цитокина. Так, концентрация ИЛ-2 в группе сравнения до лечения составила 15,6±0,8 пг/мл, а после лечения составила 14,7±0,7пг/мл, что было на 5,8% меньше показателей до лечения и данная разница является статисти-

чески недостоверной .

Включение локальной сорбентотерапии вызывало уменьшение уровня ВНСММ в диапазоне волн 244 нм и 254 нм с $0,014 \pm 0,0009$ ед. и $0,013 \pm 0,0009$ ед. до $0,011 \pm 0,0006$ ед. и $0,008 \pm 0,0009$ ед. опт. пл., соответственно. В динамике лечения в группе контроля также отмечалось снижение ВНСММ в диапазоне волн 244 нм и 254 нм., хотя оно было менее выраженным. Также изменения ВНСММ, вероятно связаны и со скоростью образования мочевины и со скоростью элиминации. Из проведенной работы вытекают рекомендации по практическому использованию результатов лечения. В комплексную терапию пациентов с сиалозом и ХБП, находящихся на ГД-лечении рекомендуется включать локальную сорбентотерапию. Сорбентотерапия проводится локально путем нанесения порошкообразного цеолита на слизистую полости рта. Применение природного цеолита незначительно влияет на скорость секреции ее вязкость и в большей мере смещает рН из щелочного значения в сторону нейтрального. Полученные результаты свидетельствуют о некотором купировании воспалительного процесса сорбентом на фоне базисного лечения и влияние данного препарата на местный иммунитет полости рта у больных сиалозом на фоне ХБП. Описанная выше динамика уровней цитокинов в РЖ была связана со стабилизацией клинических проявлений СЖ. После лечения отмечалась положительная динамика клинических симптомов в группах обследования, но, тем не менее эффективность традиционной терапии уступала комплексному лечению с применением природного цеолита. Разработанный метод комплексной терапии позволяет снизить эндотоксикоз в полости рта за счет снижения коротковолновых фракций ВНСММ (244 и 254 нм) в составе которых определяется уремический токсин- мочевины. В процессе комплексной терапии нами установлена возможность повышения сорбции ВНСММ фракции 244 нм и 254 нм в РЖ.

Сиалолитиаз

Среди обследованных нами пациентов, которым было проведено терапевтическое лечение, у 39 пациентов был получен самопроизвольный выход конкремента из протока слюнной желе-

зы. У 36 пациента сиалолиты располагались в протоке поднижнечелюстной слюнной железы, у 1 – в протоке околоушной. Из них у 17 пациентов отмечалось наличие 2 и более конкрементов в пораженной железе (15 - поднижнечелюстная, 2- околоушная слюнная железа), а у 6 была наличие конкрементов в обеих поднижнечелюстных слюнных железах. Стоит отметить, что данные конкременты были не больше 2 мм в диаметре и располагались в протоке.

С 2015 года в клинике имени Насреддина Туси дистанционная литотрипсия слюнных камней проведена 41 больным, из них у 36 пациентов камень располагался в поднижнечелюстной слюнной железе и ее протоке и у 5 - в околоушной слюнных железах и ее протоке. Возраст больных колебался от 22 до 75 лет. В ходе нашей научной работы у пациентов, конкремент находился в протоке околоушной слюнной железы, было установлено влияние отсутствия зубов на стороне, на которой проводилась сиалолитотрипсия. У больных с полной адентией, а также с частичной адентией на стороне где проводилась сиалолитотрипсия, при проведении УЗИ после первых двух сессий сиалолитотрипсии изменений отмечено не было. После этого было принято решение расположить в полости рта этих больных в проекции конкремента медицинский шпатель для языка. Уже при первой же сессии с установленным шпателем была отмечена фрагментация. Однако при изучении ранее написанных другими авторами научных работ, посвященных литотрипсии слюнных камней мы не нашли информации про влияние адентии на эффективность сиалолитотрипсии.

Некоторые авторы в своих работах указывают, что в большинстве случаев с целью удаления осколков раздробленного камня проводили операцию по созданию нового протока по методу Афанасьева-Стародубцева. Назначенное нами терапевтическое лечение и дробление камней до более мелких осколков позволило нам добиться полного отхождения осколков у 35 больных, без проведения дополнительных хирургических манипуляций.

Наши исследования показали, что данный метод особо эф-

фективен при конкрементах размером не более 2,0 см, локализованных в протоках слюнных желез.

В результате применения сиалолитотрипсии фрагментация камней была достигнута у 38 из 41 (92,6%) обследованных больных. Однако стоит отметить, что количество сеансов сиалолитотрипсии для достижения фрагментации конкрементов у больных различалось (график 1).

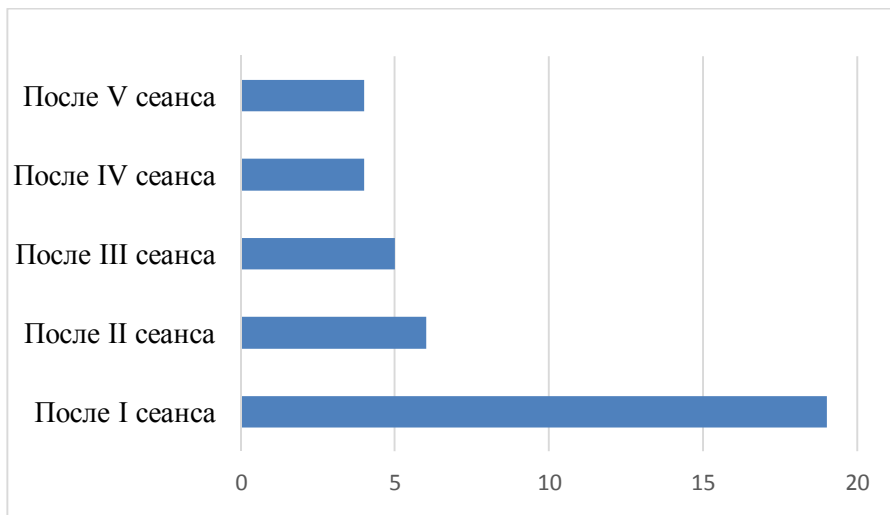


График 1. Соотношение количества пациентов и количества сеансов литотрипсии, потребовавшихся для дробления конкремента

Изначально решение о проведении хирургического лечение было принято в отношении 57 пациентов, у которых заболевание находилось на запущенной стадии или же конкременты были очень крупные, однако позже также было принято решение о проведении хирургической операции еще 6 пациентам, у которых применение метода сиалолитотрипсии оказалось неэффективным: у 3-их дробление было достигнуто, однако из-за узкого просвета протока поднижнечелюстной слюнной железы отхождения фрагментов конкрементов не произошло; еще у 3-их

пациентов с конкрементами крупных размеров (более 2 см) находящихся в поднижнечелюстной слюнной железе фрагментация не была достигнута.

Стоит отметить, что нам удалось избежать хирургического вмешательства у пациентов, у которых слюннокаменной болезнью были поражены околоушные слюнные железы, т.к. риск послеоперационных осложнений наиболее велик при различных видах паротидэктомии. У 5 пациентов положительного эффекта получилось добиться методом сиалолитотрипсии, у 2 пациентов с двухсторонним поражением околоушных слюнных желез оказалось достаточно проведения терапевтического лечения. Пациентам, у которых конкремент располагался протоке поднижнечелюстной слюнной железы, функциональность самой железы не была утрачена, поэтому им была проведена органосохраняющая операция – «Дуктотомия». У пациентов, у которых конкремент находился в самой железе, функциональность самой железы была потеряна (по этой же причине им не проводилась сиалолитотрипсия), поэтому им была проведена «Полная сиалoadенoэктомия» поднижнечелюстной слюнной железы – удаление железы вместе с конкрементом. Удаление поднижнечелюстной слюнной железы было проведено 26 пациенту. 3 пациентов обратились к нам уже с осложнением – флегмона поднижнечелюстной области. Им было проведено вскрытие флегмоны в условиях стационара, назначено лечение, проводились ежедневные осмотры, после чего больные были выписаны на 6-7 сутки. Спустя месяц они были повторно приняты до проведения основной операции. Операция проводилась под общей анестезией, больные были приняты в отделение челюстно-лицевой хирургии Республиканской Клинической Больницы. Перед операцией им проводилось более расширенное обследование, т.к. операция проводилась под наркозом (ЭКГ, рентгеноскопия органов грудной полости, общий и биохимический анализы крови, коагулограмма, анализы на выявление наличия ВИЧ-инфекции, сифилиса, гепатитов В и С, общий анализ мочи, общий анализ кала). У 4 больных при обследовании был выявлен сахарный диабет II типа, у 3 – заболевания сердечно-сосудистой системы. Им были

проведены дополнительные консультации эндокринолога и кардиолога соответственно, назначено дополнительное лечение.

Для выявления химического состава и структуры строения конкрементов, образующихся в слюнных железах, с целью дальнейшего установления и закономерностей их образования, проведено исследование минерального состава и строения слюнных камней. Камни были удалены из протока поднижнечелюстной железы.

Исследования минерального состава проводились в лаборатории института Геологии Академии наук Азербайджанской республики. С этой целью применялись дифрактометрия (Rigaku Miniflex 600) и инфракрасная (ИК) спектроскопия (рентгенофлуоресцентный спектрометр S8 TIGER).

Исследование слюнных камней дало следующие результаты: большая часть слюнных камней (80%) состоит из апатита, остальная часть (20%) - из апатита и витлокита.

Так как в результате проведенного исследования было выявлено, что в основном слюнные камни состояли из оксалатов, пациентам назначалась диета. Больные были подразделены на две группы. Первой группе назначалось обильное питье. Жидкость равномерно потреблялась в течение суток, и особое внимание уделялось ситуациям, при которых происходило потеря жидкости.

Второй группе кроме обильного питья рекомендовалось избегать чрезмерного употребления продуктов богатыми оксалатами.

Диета должна быть самой обычной сбалансированное питание, включающее все продукты без предпочтения какому-то одному виду. Рекомендовалось избегать чрезмерного употребления продуктов богатых оксалатами (ревень, щавель, свекла, шпинат, шоколад, пшеничные отруби, орехи, черный чай). Потребление фруктов и овощей должно поощряться, из-за благоприятного воздействия клетчатки. Тем не менее, надо остерегаться потребления фруктов и овощей богатых оксалатами. Пшеничные отруби богаты оксалатами и не должны употребляться в пищу. Это особенно касалось тех пациентов, у которых

был обнаружен высокий уровень экскреции оксалатов. Высокое содержание оксалата отмечается в следующих продуктах:

- Ревень 530 мг оксалатов /100 г
- Шпинат 570 мг оксалатов/100 г
- Какао 625 мг оксалатов / 100 г
- Чай 375 - 1450 мг оксалатов / 100 г
- Орехи 200 - 600 мг оксалатов / 100 г

Через год после проведенного исследования у больных которым было назначено профилактическое лечение отмечено снижение повторного рецидивного образования камней в слюнных железах. Частота образования камней в второй группе в течение года сократилась с 3,1 до 1,1; а количество пациентов, у которых не возникло рецидивных камней, составило 65%. Эти данные можно сравнить с данными исследования, в которой группе пациентов было назначено только повышенное употребление жидкости и, у которой частота образования камней снизилась с 2,65 до 0,9; а в 52% случаев образование камней выявлено не было.

Проведенная профилактика по полученным данным минерального состава камней значительно сократило рецидивное образование оксалаткальциевых камней в течение трех лет.

ВЫВОДЫ

1. Проведенные исследования у больных с заболеваниями слюнных желез выявили высокую частоту распространенности кариеса зубов (КПУ – $19,4 \pm 1,8$), воспалительных заболеваний пародонта ($26,3 \pm 1,5\%$) и наличие низкого уровня гигиены полости рта (ИГ – $2,3 \pm 0,2$) [19, 21, 30].
2. Результаты комплексного лабораторного исследования больных сиалозом и сиалоденитом показали выраженные сдвиги по всем изучаемым параметрам ($p < 0,05$) [3, 8, 16, 23, 29].
3. У больных хроническим сиалоденитом существенно изменяется местный иммунитет на фоне резко снижения саливации (в 2,3 раза). Выявлено возрастание ИЛ-1 β , ИЛ-2 и снижение ИФН- γ в РЖ. В результате применения местной

- иммунокоррекции в комплексном лечении больных хроническим сиалоденитом концентрация цитокинов ИЛ-1 β и ИЛ-2 снижалась на 20,3% на 38,8%, соответственно, а ИФН- γ повысилась на 21,2%; $p < 0,05$ [8, 10, 12].
4. У больных терминальной стадией болезни почек и сиалозом отмечалось повышение мочевины и креатинина в РЖ. Уровень мочевины повышался в группе больных с длительностью ГД-лечения ≤ 5 лет в 1,6 раз, а в группе больных > 5 лет в 1,8 раз. Содержание креатинина в РЖ тоже было повышено в группах больных в среднем в 1,1 раза, но это повышение было статистически незначимо ($p > 0,05$). Повышенное содержание мочевины и креатинина в РЖ у больных ХБП и сиалозом свидетельствует об усиленном выделении токсинов азотистого обмена слюнными железами. Выявлено, что концентрация ИЛ-1 β и ИЛ-2 в РЖ достоверно выше, а ИФН- γ ниже содержания цитокинов в контрольной группе практически здоровых людей. Наряду с этим давность ГД-лечения оказывает иммуносупрессивное влияние на содержание цитокинов в РЖ у больных сиалозом [3, 28].
 5. Исследование продуктов эндотоксикоза в ротовой жидкости показали, что после проведения 3-х недельного курса сорбентотерапии природным цеолитом у больных сиалозом и ХБП выявляют снижение коротко волновых фракций веществ низкой и средней молекулярной массы в составе которых определяется уремический токсин – мочевина [6, 15].
 6. У больных сиалозом и СД 2 типа с длительностью более 5 лет отмечалось более значительное увеличение вязкости слюны, уменьшение саливации и изменение рН смешанной слюны в кислую сторону. Энзимотерапия использованная в комплексном лечении больных сиалозом на фоне СД 2 типа проявляла противовоспалительное действие, о чем свидетельствует данные клинического обследования, достоверное снижение общего белка, глобулинов и индекса воспаления в ротовой жидкости. Клиническую эффективность

применения энзимотерапии подтверждается иммуномодулирующей активностью сувастина (снижение уровней ИЛ-1 β , ИЛ-2, повышение ИФН- γ в РЖ) до значения у практически здоровых через 1 месяц после начала лечения [13, 14, 29].

7. Проведенная профилактика по полученным данным минерального состава камней может значительно сократить рецидивное образование оксалат кальциевых камней в течение трех лет. Экстракорпоральная литотрипсия является перспективным альтернативным методом лечения больных слюннокаменной болезнью. Дробление и последующие уменьшение объема камня без полного отхождения его фрагментов могут восстановить слюнооток, устраняя симптомы слюнной колики. Являясь паллиативным методом лечения, сиалолитотрипсия особенно актуальна у больных с тяжелой общесоматической патологией, при которой хирургическое вмешательство противопоказано [9, 11, 18, 25, 27].

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для оценки тяжести заболевания, обеспечения полноценного лечения с учетом индивидуальных особенностей течения воспаления и защитных реакций организма, а также прогнозирования исходов воспалительных процессов целесообразно в клинической практике включить локальную иммунокоррекцию в комплексную терапию хронических сиалоденитов позволяющую нормализовать как показатели адаптивного иммунитета, фагоцитарной активности так и цитокиновой регуляции.
2. Для повышения качества оказания помощи больным с рецидивом хронических сиалоденитов необходим постоянный анализ клинических и лабораторных исследований, который позволит совершенствовать методы профилактики хронических форм и предупредить развитие тяжелых осложнений.

3. Применение препарата сувастин, в комплексном лечении сиалоза у больных сахарным диабетом может улучшить качественные и количественные показатели ротовой жидкости, нормализацию консистенцию и размеры слюнных желез, а также повлиять на уменьшение патологических изменений в пародонте и слизистой оболочки полости рта.
4. В комплексную терапию пациентов с сиалозом и ХБП, находящихся на ГД-лечении рекомендуется включать локальную сорбентотерапию. Разработанный метод комплексной терапии позволяет снизить эндотоксикоз в полости рта за счет снижения коротковолновых фракций ВНСММ(244 и 254нм) в составе которых определяется уремический токсин-мочевина.
5. Больные с сиалозом на фоне терминальной стадией хронической болезни почек, и сахарного диабета нуждаются в стоматологическом лечении и профилактике воспалительных заболеваний пародонта, особенно данные мероприятия необходимы больным, находящимся на программном гемо-диализе более 5-и лет.
6. С целью ускорить процесс выведения конкрементов и увеличения эффективности метода сиалолитотрипсии рекомендуется после 2-3 сеансов назначать препараты повышающие саливацию (1% раствор пилокарпина гидрохлорида по 5- 7 капель 3 раза в день за 30 минут до еды, или же прием микстуры Коваленко по 1 столовой ложке 3 раза в сутки за полчаса до еды).
7. Результаты проведенных клинических исследований позволяют утверждать, что для более эффективного проведения сеанса сиалолитотрипсии рекомендуется непосредственно перед проведением процедуры предварительно провести ультразвуковое исследование и отметить на коже проекцию местоположения конкремента, также для увеличения эффективности действия волн при проведении сиалолитотрипсии во время процедуры со стороны полости рта рекомендуется подкладывать металлический шпатель в области проекции слюнного камня.

8. В целях профилактики камнеобразования у больных с заболеванием слюнных желез является целесообразным изучение физико-химических и минералогических свойств с помощью методов дифрактометрии и инфракрасной спектроскопии
9. Для профилактики рецидивов камнеобразования в слюнных железах рекомендуется кроме обильного питья, избегать чрезмерного употребления продуктов богатыми оксалатами.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Алиев, С.З., Сеидбеков О.С. Методы лечения и профилактики слюннокаменной болезни // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri jurnalı, -Bakı:-2010, № 1,-s.121-123
2. Алиев, С.З., Сеидбеков, О.С., Бабаев, Д.А Методы лечения и профилактики сиалолитиаза // Qafqazın stomatoloji yenilikləri, -Bakı: 2010. № 16, -s.97-98
3. Əliyev, S.Z., Seyidbəyov, O.S., Babayev C.Ə. Hemodializ müalicəsi alan xəstələrdə ağız suyun kimyavi tərkibində baş verən dəyişikliklər və onların praktik sağlam insanlarla müqayisəsi // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri,-Bakı:-2014, №1,-s.65-69
4. Алиев, С.З. Клинико функциональные особенности консервативного лечения слюннокаменной болезни // Вестник проблем биологии и медицины, - Украина: 2014, №2, -с.54-58
5. Əliyev, S.Z., Seyidbəyov, O.S., Meybalizade, R.M. Ağız suyu və sidik daşlarının tərkibinin müqayisəli xarakteristikası // Azərbaycan Tibb Jurnalı,-2015,№4,-s.75-79
6. Əliyev, S.Z., Seidbəyov, O.S., Babayev, C.Ə. Sialodentlə birgə xronik böyrək çatışmamızlığı olan xəstələrin qanında və ağız suyunda kiçik və orta molekul kütləli maddələrin səviyyəsi // Azərbaycan Tibb Jurnalı, -2016. №1, - s.31-35.
7. Əliyev, S.Z., Babayev, C.Ə Клинико-иммунологическая оценка комплексная лечения катарального гингивита у больных терминальной хронической болезни почек с сахарным диабетом второго типа// Биомедина, - Баку: -2015. № 4,- с.52-57
8. Əliyev, S.Z., Seidbəyov, O.S., Babayev, C.Ə. Динамика уровней интерлейкинов ИЛ-1 β и ИЛ-2 в слюне у больных катаральных гингивитом терминальной стадии хронической болезни почек и сахарным диабетом второго типа при локальной иммунокоррекции полости рта // Биомедина, - Баку: - 2016. № 1, - с.24-29
9. Aliyev, S.Z. Prevention of sialolithiasis on the basis of the mineral composition of salivary stones// Ponte journal , -Italy:-

- 2016, Vol. 72. No. 6, -p.143-150
10. Aliyev, S.Z. S.Z., Sadigov E.M Integrated treatment of patients with chronic sialadenitis // Wulfenia' Journal, -Austria:-2017, Vol 24, No. 4, -p. 198-206
 11. Алиев, С.З., Сеидбеков, О.С., Мейбализаде, Р.М. Профилактика рецидива слюннокаменной болезни на основании минерального состава слюнных камней// Журнал Стоматология Эстетика.Инновации,-Беларусь:-2018, том 2, № 1,- с.55-61
 12. Алиев, С.З. Влияние различных способов лечения на содержание цитокинов в слюне пациентов с хроническим сиаладенитом// Казанский медицинский журнал,- 2018 , том 99, №4, -с.593-597
 13. Алиев, С.З., Сеидбеков, О.С., Мейбализаде, Р.М. Изменение физико-химических показателей слюны у больных с сиалозом на фоне сахарного диабета// Tibb və Elm Jurnalı , -Bakı:-2018, №3, -s.42-45
 14. Алиев, С.З., Сеидбеков, О.С., Мейбализаде, Р.М. Изменение уровня содержания белка в ротовой жидкости у пациентов с сиалозом на фоне сахарного диабета// Журнал Стоматология Эстетика.Инновации,-Беларусь:- 2019 , том 3, № 1,-с.33-38
 15. Алиев, С.З. Продукты эндотоксикоза в ротовой жидкости у больных сиалозом и хронической болезнью почек//Tibb və Elm Jurnalı,-Bakı:-2019, № 4(18)-,s.67-70
 16. Алиев, С.З.Результаты исследований физико-химических свойств ротовой жидкости у больных сиалозом и хронической болезнью почек // Tibb və Elm Jurnalı,-Bakı:-2020.№2 (20) - s.44-49
 17. Алиев, С.З., Мейбализаде, Р.А. Оценка эффективности лечения больных с сиалозом на фоне сахарного диабета 2-го типа // Стоматология,-Москва: 2020, Т.99, № 4,-с. 5-8
 18. Алиев, С.З. Лечение сиалолитиаза с использованием литотрипсии // Казанский медицинский журнал,- Россия: - 2020, Т.101, № 4-с.26-29
 19. Алиев, С.З., Сеидбеков, О.С., Клинические особенности

- течения слюннокаменной болезни // Ə.Əliyevin 115 illiyinə həsr olunmuş elmi konfransın məcmuəsi,-Bakı:-2012,- s.425-428
20. Алиев, С.З. Консервативное лечение сиалотиаза// Akademik M.C. Cavad-zadənin 85 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi əsərlərinin məcmuəsi,- Bakı:-2012,- s.133-138
 21. Алиев, С.З., Сеидбеков, О.С., Бабаев, Д.А Клинико-функциональное состояние слюнных желез у больных с хронической почечной недостаточностью// Əziz Əliyevin doğum gününə həsr olunmuş elmi praktiki konfransın məcmuəsi,- Bakı:-2013,- s.178-182
 22. Алиев, С.З., Сеидбеков, О.С, Бабаев, Д.А, Асадов, Г.А Оценка нуждаемости в стоматологической помощи пациентов с хронической почечной недостаточностью, получающий амбулаторный гемодиализ// Əziz Əliyevin doğum gününə həsr olunmuş elmi praktiki konfransın məcmuəsi, - Bakı:- 2013. -s.194-199
 23. Əliyev, S.Z., Seyidbəyov, O.S., Babayev, C.Ə. Xroniki böyrək çatışmazlığından əziyyət çəkən və ambulator şəraitdə mütəmadi hemodializ qəbul edən xəstələrin ağız boşluğunun klinik müayinəsi və müalicəsinin nəticələri// Əziz Əliyevin doğum gününə həsr olunmuş elmi praktiki konfransın məcmuəsi,- Bakı:-2014,-s.8-12
 24. Əliyev, S.Z., Seyidbəyov, O.S., Babayev, C.Ə Xroniki böyrək çatışmazlığından əziyyət çəkən və ambulator şəraitdə mütəmadi hemodializ qəbul edən xəstələrdə ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyətinin giymətləndirilməsi// Əziz Əliyevin doğum gününə həsr olunmuş elmi praktiki konfransın məcmuəsi,- Bakı:--2015,-s.93-98
 25. Əliyev, S.Z., Seyidbəyov, O.S., Babayev, C.Ə. Особенности хирургического лечения слюннокаменной болезни// Ə. Əliyev adına A DHTİ 80 illiyinə həsr olunmuş elmi praktiki konfransın məcmuəsi ,-Bakı:-2015,-s.197-207
 26. Алиев, С.З., Сеидбеков, О.С., Мейбализаде, Р.М. Современные аспекты диагностики и лечения больных с воспалительными процессами слюнных желез// Əziz Əliyevin doğum

- gününə həsr olunmuş elmi praktiki konfransın məcmuəsi,-Bakı:-2018. - s.280-291
27. Aliyev, S.Z.,Rufat Meybalizada,Elshad Sadiqov,Parvin Akbarov Treatment of Sialolithiasis using sialolithotripsy. abstract // World J Surg, Switzerland -, 2018, 42(Suppl 1), Springer,-p.27-28.
 28. Aliyev, S.Z., Seyidbeyov, O.S. The results of the study of endotoxicosis products in the oral fluid in patients with chronic sialadenitis in the acute stage. Abstract // XVIII International Euroasian Congress of Surgery and Hepatogastroenterology, Baku, 2019, -p.323-324
 29. Алиев, С.З. Результаты исследований физико-химический свойств рж у больных сиалезом на фоне СД 2 типа в динамике лечения// Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми сучасної науки», - Київ: - 2021. - с. 21-22.
 30. Əliyev, S.Z., Xroniki böyrək çatmazlığı olan xəstələrin stomatoloji statusu. Dərs vəsaiti. / S.Z..Aliyev, O.S.Seyidbəyov, C.Ə Babayev O.S. – Bakı: Vəxtiyar-4, - 2014. - 53 s.
 31. Aliyev, S.Z. Sialolitiaz.Dərs vəsaiti./ S.Z..Aliyev, O.S.Seyidbəyov, C.Ə Babayev O.S. – Bakı: Vəxtiyar-4, - 2016. -100 s.
 32. Əliyev, S.Z. Böyrəklərin xroniki xəstəlikləri zamanı ağız boşluğu orqanlarında baş verən dəyişikliklərin xüsusiyyətləri. metodik tövsiyə / S.Z. Əliyev , O.S. Seyidbəyov, C.Ə.Babayev – Bakı: Vəxtiyar-4,- 2016. - 20 s.

Патенты

1. Алиев, М.М., Алиев, С.З., Бабаев, Д.А., Мамедова, А.М. Способ лечения воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта на фоне сопутствующей хронической патологии. Евразийский патент №03236

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ВНСММ	– вещества низкой и средней молекулярной массы
ИЛ-2	– интерлейкин-2
ИЛ-1 β	– интерлейкин-1 β
ИНФ- γ	– интерферон- γ
КПУ	– кариозный, пломбированный, удаленный
РЖ	– ротовая жидкость
РМА	– папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс
СД2	– сахарный диабет типа 2
СЖ	– слюнная железа
СМ	– средняя молекула
ХБП	– хроническая болезнь почек
тХБП	– терминальная стадия хронической болезни почек
ФАН	– фагоцитарная активность нейтрофилов
Нб	– гемоглобин
НбA _{1c}	– гликированный гемоглобин

Защита диссертации состоится 04 декабря 2022 года в 14 00
на заседании Диссертационного совета ED 2.05, действующего
на базе Азербайджанского медицинского университета

Адрес: AZ 1022, г.Баку, ул. А. Гасымзаде, 14 (конференц-зал)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке
Азербайджанского медицинского университета

Электронная версия диссертации и автореферата размещена на
официальном сайте Азербайджанского медицинского
университета (<https://www.amu.edu.az>)

Автореферат разослан по
соответствующим адресам 30 декабря 2021 года

Подписано в печать:

Формат бумаги: 60 x 84 1/16

Объем: 79379

Тираж: 70