

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.316-002.2-085

В. В. Афанасьев, Е. В. Зорян, Т. В. Красникова

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ СИАЛАДЕНИТАМИ И СИАЛАДЕНОЗАМИ

ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет Минздравсоцразвития (127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1)

*В работе приведены результаты лечения больных с хроническими сиаладенитами и сиаладенозами с использованием антигомотоксического препарата «траумель С». В исследовании принимали участие 55 пациентов с неопухолевой патологией слюнных желез. Они получали траумель С в виде инъекций и наружных блокад. В ходе исследования выявлено, что использование траумеля С эффективно для данной патологии. Этот препарат может применяться в качестве монотерапии. Побочных эффектов при использовании данного метода не выявлено.*

Ключевые слова: сиаладенит, слюнные железы, траумель С, гомеопатия

THE EXPERIENCE WITH THE APPLICATION OF ANTIHOMOTOXIC THERAPY IN THE PATIENTS PRESENTING WITH CHRONIC NON-SPECIFIC SIALADENITIS AND SIALADENOSIS

*Afanasyev V.V., Zoryan E.V., Krasnikova T.V.*

*The authors report the results of the treatment of the patients with chronic non-specific sialadenitis and sialadenosis using the antihomotoxic preparation Traumeel S. The study included 55 patients presenting with non-tumorigenic salivary gland pathology. Traumeel S was applied either in the form of injections or for external blockade. The study has demonstrated good therapeutic effect of Traumeel S in the patients with chronic non-specific sialadenitis and sialadenosis. The preparation may be used as monotherapy and produces no serious adverse effects.*

Key words: sialadenitis, salivary gland, Traumeel S, homeopathy

**Введение.** Слюнные железы (СЖ) играют важную роль в процессе пищеварения, а также оказывают влияние на организм в целом. Кроме секреторной, они выполняют экскреторную, инкреторную, рекреторную и др. функции [2, 8, 14, 15].

Нарушение функции СЖ вызывает дисбаланс и изменения в жизнедеятельности всего организма. Наиболее часто в клинической практике встречаются сиаладениты и сиаладенозы. Впервые понятие «сиалоз» ввел S. Rauch (1959). Сиаладенозы (сиалозы) – реактивно-дистрофические процессы СЖ, возникающие в ответ на различные заболевания органов и систем человека: эндокринная патология, метаболические нарушения, психосоматические заболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта, половой сферы и т. д. [9, 10, 13]. Эти изменения имеют дистрофический характер и клинически проявляются в виде безболезненного увеличения СЖ, снижения саливации. В. В. Афанасьев [2] и А. В. Щипский [13] выделили 3 формы сиаладеноза: паренхиматозную, протоковую и интерстициальную. Первые 2 имеют врожденный генез, интерстициальная форма сиаладеноза развивается на фоне заболеваний различных органов и систем.

Синдром Шегрена получил свое название в честь описавшего его шведского офтальмолога Н. Sjogren (1933). Автор выделил триаду "сухого" синдрома: ксеростомия, ксерофтальмия, аутоиммунное системное заболевание (ревматоидный полиартрит, систем-

ная склеродермия или красная волчанка). Этиология и патогенез заболевания до конца не изучены. Основным признаком синдрома Шегрена является лимфоплазмноклеточная инфильтрация, замещающая и разрушающая паренхиму слюнных желез, а также разрастание междольковой и перидуктальной соединительной ткани [4, 7].

Синдром (болезнь) Микулича назван в честь врача J. Miculicz (1892), этиология до конца не известна. Заболевание наблюдается у взрослых, часто в анамнезе у пациентов выявляют заболевания крови. Болезнь характеризуется медленным и безболезненным увеличением всех слюнных и слезных желез без нарушения их функции. При синдроме Микулича выявлена лимфоидная инфильтрация в железах, не разрушающая мембраны клеток, но сдавливающая протоки желез.

Синдром Кюттнера впервые описан Kuttner в 1897 г. Клиническое течение напоминает доброкачественный опухолевый процесс поднижнечелюстных СЖ. Этиология неизвестна. Часто заболевание предшествует развитию сахарного диабета. В основе данного патологического процесса выявляют разрастание соединительной ткани (интерстициальный сиаладенит), мелко-клеточную инфильтрацию межклеточной ткани.

Сиаладениты – это воспалительные заболевания СЖ. Неспецифические сиаладениты подразделяются на паренхиматозные, интерстициальные и протоковые (сиалодохиты). В клинической практике наиболее часто встречаются хронические сиаладениты.

В основе хронических заболеваний СЖ лежит нарушение микроциркуляции, развитие интоксикации, что в свою очередь приводит к выраженным изменениям в системе перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты [3, 6, 14].

Красникова Татьяна Валерьевна – аспирант каф. челюстно-лицевой травматологии, тел. 8 (916) 966-20-85, e-mail: stomtw@mail.ru

Лечение больных с сиаладенитами и сиаладенозами является трудной задачей.

Применяется в основном консервативная терапия, направленная на улучшение трофики СЖ и их секреторной функции, а также лечение основных заболеваний, на фоне которых развился патологический процесс.

В современной отечественной стоматологии для лечения сиаладенитов и сиаладенозов используют большое количество различных методик с применением лекарственных препаратов, действие которых направлено на увеличение функциональной способности СЖ, ликвидацию токсического воздействия на организм патогенных факторов, коррекцию сниженного иммунитета, улучшение трофики тканей.

Расширенный ассортимент антибактериальных, противовоспалительных, иммуномодулирующих и других препаратов позволяет стоматологу подобрать пациенту индивидуальную терапию с учетом имеющейся патологии и соматического статуса [5]. В то же время значительный рост осложнений при лекарственной терапии (аллергические реакции, развитие лекарственной зависимости от препарата, непереносимости и др.) заставляет специалистов искать альтернативные методы лечения заболеваний СЖ. Поэтому проблема поиска эффективных методов лечения больных с неопухоловой патологией СЖ остается актуальной.

В настоящее время внимание клиницистов привлекают комплексные гомеопатические препараты, созданные для ангиомотоксической терапии. Ангиомотоксическая терапия направлена на элиминацию токсинов, поступающих в организм человека, и регуляцию окислительно-восстановительного равновесия, а также на повышение иммунобиологической реактивности организма [5].

Один из наиболее широко применяемых в стоматологии препаратов – "Траумель С" – хорошо зарекомендовал себя при лечении острых и хронических воспалительных процессов, в том числе и в челюстно-лицевой области [1, 12, 15].

Траумель С в своем составе содержит 14 компонентов минерального и растительного происхождения, обладает следующими свойствами: уплотняет сосудистую стенку, уменьшает боль, отечность и воспаление, останавливает внутреннее кровотечение и препятствует образованию гематом при травмах, улучшает окислительно-восстановительные процессы, микроциркуляцию, переносится лучше нестероидных противовоспалительных средств. При использовании в стоматологии он снимает проявления воспаления тканей полости рта и пародонта, улучшает заживление афт, эрозий слизистой оболочки полости рта, языка и губ, ускоряет процесс восстановления после травм и операций в челюстно-лицевой области, способствует стимуляции местного и общего иммунитета, хорошо переносится пациентами [11, 12, 16].

В доступной нам отечественной и зарубежной литературе мы не обнаружили исследований по использованию траумеля С в лечении пациентов с воспалительными и дистрофическими процессами СЖ.

Учитывая вышесказанное, мы провели работу по изучению эффективности использования данного

препарата при лечении неопухоловых заболеваний СЖ.

**Материал и методы.** Всего под нашим наблюдением находилось 55 больных: 43 (78%) женщины и 12 (22%) мужчин с различными воспалительными и дистрофическими заболеваниями СЖ.

На основании комплексного обследования пациентов различные формы сиаладеноза диагностировали у 42 (76%) больных (из них 9 с синдромом Кюттнера, 1 – с синдромом Микулича, 32 – с сиаладенозом на фоне различных заболеваний).

Различные формы сиаладенита у 13 (24%) больных (в том числе с сиалодохитом – у 5, синдромом Шегрена – у 1 и с неспецифическим сиаладенитом – у 7).

У всех больных в процессе лечения использовали препарат "Траумель С".

Пациентов в зависимости от способа введения препарата распределили на 2 группы.

Больным 1-й группы ( $n = 33$ ) препарат вводили с использованием наружных новокаиновых (лидокаиновых) блокад с 4 мл траумеля С на область СЖ (по 5 блокад с каждой стороны). Одновременно препарат по 0,2 мл вводили в околоушную или поднижнечелюстную проток слюнной железы.

2-я группа больных ( $n = 22$ ) получала траумель С по 2,2 мл в виде внутримышечных инъекций (норма 10, через день) и одновременного введения препарата в проток СЖ.

Кроме того, все больные в течение 14 дней дополнительно получали траумель С в виде сублингвальных таблеток (1 таблетка 3 раза в сутки) и мази (аппликации 2–3 раза в сутки на область СЖ) вне времени проведения блокад или внутримышечных инъекций.

Контрольную группу составили 29 больных с неопухоловыми заболеваниями СЖ, в комплекс лечения которых входило проведение курса наружных новокаиновых блокад с 4 мл 5% раствора мексидола (15 больных) и внутривенных капельных инфузий с раствором реополиглокина (14 больных).

Эффективность лечения оценивали по следующим показателям: улучшение, без перемен и ухудшение.

**Результаты лечения.** Исследования показали, что улучшение без учета вида заболевания установили у 44 (80%) больных. Среди них у 12 (27%) пациентов диагностировали различные формы хронического сиаладенита, у 32 (73%) – сиаладеноз в начальной и клинически выраженной стадиях.

В контрольной группе состояние "улучшение" отметили 9 (64%) больных при инфузионной терапии с использованием реополиглокина и 10 (67%) больных при лечении с помощью блокад 4 мл 5% раствора мексидола.

Состояние "без перемен" отмечали у 11 (20%) больных. У 10 больных диагностировали сиаладеноз. Из них у 1 пациента выявлен синдром Микулича, у 1 – синдром Кюттнера, у 1 – паренхиматозный сиаладеноз, у 7 – интерстициальный сиаладеноз в поздней стадии и у 1 больного выявили хронический паренхиматозный сиаладенит (синдром Шегрена).

Ухудшение состояния больных после лечения не наблюдали.

Результаты исследования показали, что наиболее эффективно лечение больных 1-й группы (у 30 из 33), менее эффективно у больных 2-й группы (14 из 22). Причем большинство пациентов данной группы (8 из 11) составляли контингент больных с результатом "без перемен". К ним относились больные с синдро-

мами Шегрена, Микулича, Кюттнера и интерстициальным сиаладенозом в поздней стадии.

Применение антигомотоксического препарата «Траумель С» у наших пациентов приводило к постепенному нарастанию положительной клинической динамики. Так, у 5 больных, получавших данный препарат, обострение сиаладенита купировалось полностью на 3–4-е сутки. Первые признаки улучшения самочувствия (уменьшение боли и припухлости в области СЖ) отмечались уже после первых 2 блокад. У 39 больных максимальный положительный результат мы отметили через 1 мес после проведенного курса консервативной терапии.

Следует заметить, что в период лечения у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией (в том числе с поливалентной аллергией и непереносимостью многих лекарственных препаратов, почечной недостаточностью, сахарным диабетом и др.) отмечали отсутствие аллергических реакций и улучшение соматического состояния (прекращение боли в суставах и позвоночнике, нормализация повышенного артериального давления, уменьшение показателей глюкозы крови при сахарном диабете).

Таким образом, использование траумеля С наиболее эффективно при обострениях хронического сиаладенита и сиаладеноза.

В то же время при лечении вялотекущих хронических процессов, сопровождающихся преимущественно явлениями сиаладеноза в период неполной ремиссии, препарат оказался менее эффективным, а у пациентов с хроническими сиаладенозами и сиаладенитами в поздней стадии заболевания применение траумеля С в качестве монотерапии не давало значимых положительных результатов.

Следует отметить, что на 2–3-м сеансе терапии у 5 (9%) больных с хроническим течением заболевания траумель С вызывал обострение процесса. В этот клинический период пациенты использовали мазь траумель С на область СЖ и таблетки траумель С. Через 2–3 сут обострение купировалось, после чего курс лечения (блокады или инъекции) продолжался.

## Заключение

Результаты проведенного исследования:

1. Траумель С наиболее эффективен в период обострения хронического сиаладенита или сиаладеноза.

2. В случае вялотекущего течения заболевания, а также у больных с синдромами Шегрена, Микулича и в поздней стадии сиаладеноза препарат оказался мало эффективным.

3. Антигомотоксический препарат траумель С может быть рекомендован для лечения больных с вос-

палительными и дистрофическими заболеваниями слюнных желез как самостоятельный метод лечения, так и в составе комплексной терапии.

В качестве монотерапии использование данного препарата эффективно у больных с начальной или клинически выраженной стадией сиаладеноза либо при обострении хронического сиаладенита.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александровская И. Ю. Клинико-лабораторное обоснование использования гомеопатических препаратов в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с отягощенным аллергологическим статусом: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005.
2. Афанасьев В. В. Сиаладенит (Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение: экспериментально-клиническое исследование): Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1993.
3. Афанасьев В. В., Авдиенко О. В. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – М., 2006. – С. 30.
4. Васильев В. И. // Рус. мед. журн. – 1998. – № 18. – С. 1206–1210.
5. Зорян Е. В. Очерки по гомеопатии для стоматологов. – М., 2005.
6. Ирмияев А. А. Клинико-фармакологическое обоснование применения препарата мексидол в комплексном лечении больных с ксеростомией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005.
7. Пожарицкая М. М. Поражение органов и тканей полости рта при болезни Шегрена (патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1989.
8. Ромачева И. Ф., Юдин Л. А., Афанасьев В. В., Морозов А. Н. Заболевания и повреждения слюнных желез. – М., 1987.
9. Ронь Г. И. Хронические заболевания слюнных желез (Эпидемиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение сиалозов и сиаладенитов). Дис. ... д-ра мед. наук. – Екатеринбург, 1992.
10. Саидкаримова У. А. Сиалозы (этиология, патогенез, диагностика, клиника, профилактика и лечение): Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1991.
11. Симакова Т. Г., Пожарицкая М. М., Солдатов С. К. и др. // Биол. мед. – 2006. – № 2. – С. 40–46.
12. Шишкин С. В. Клинико-биохимическое обоснование применения гомеопатических препаратов при удалении третьих моляров: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008.
13. Щипский А. В. Сиаладенит (сиалоз). Классификация, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и выбор схем лечения (клинико-экспериментальное исследование): Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2002.
14. Arduino P. G., Carozzo M., Pentenero M. et al. // Minerva Stomatol. – 2006. – Vol. 55, № 5. – P. 249–270.
15. Diaz Y. O., Marino F. F. // Biol. Med. – 1998. – № 6. – S. 243–246.
16. Porozov S., Cahalon L., Weiser M. et al. // Clin. Dev. Immunol. – 2004. – Vol. 11, № 2. – P. 143–149.

Поступила 15.09.11