

Использование Мексидола при лечении ксеростомии

Введение. Ксеростомия (сухость полости рта) – это симптом, часто встречающийся у больных с различными заболеваниями слюнных желёз (СЖ), а также с патологией других органов и систем организма. Многие вопросы, касающиеся диагностики и лечения этого страдания до настоящего времени остаются нерешёнными (И.Ф.Ромачева, 1973; М.В.Симонова, 1977; М.Г.Рыбакова, 1978; В.В.Афанасьев, 1993, 1997; Р.С.Фох, 1993 и др.). Нередко жалобы на сухость рта не подтверждаются во время проведения специальных исследований, носят субъективный характер. В целом они обусловлены реактивным процессом в СЖ на фоне различных сопутствующих заболеваний, при которых не происходит гибели железистого эпителия. Такая ксеростомия наблюдается у пациентов с эндокринными, нервными и другими заболеваниями (У.А.Саидкаримова, 1991 и др.).

В развитии ксеростомии могут лежать различные причины. Так установлено (М.Г.Рыбакова, 1986), что СЖ, обладающие эндокринной функцией, отражают общие свойства, которые характерны для эндокринных органов в норме и при патологии, а высокая степень гормонозависимости их секреции позволяет рассматривать возникающие в них изменения как изменения в органах-мишенях. Многие из причин в настоящее время неизвестны или неизвестен механизм развития той или иной формы сухости полости рта (Л.К.Хахалкина, 1993). В конечном итоге ксеростомия приводит к снижению защитной и трофической функции слюны и развитию тяжёлых осложнений со стороны органов полости рта (М.М.Пожарицкая и соавт., 1994; А.Г.Русанова, 1995), желудочно-кишечного тракта и других органов и систем (А.Г.Бабаева, Е.Л.Шубникова, 1979; В.Н.Леонтьев, 1983; Baikal, 1980).

До настоящего времени лечение ксеростомии вызывает у клиницистов значительные трудности. Оно в основном симптоматическое, нередко не эффективно и не приносит ожидаемых результатов, несмотря на тщетные усилия врачей (В.В.Афанасьев, 1989; М.Л.Павлова, 2001 и др.).

В последние годы в нашей стране и за рубежом уделяется повышенное внимание выяснению роли свободно-радикального окисления тканей в норме и патологии, а так же определению места антиоксидантов для его коррекции и регуляции при лечении различных заболеваний человека (Ю.А.Владимиров, 1996; В.В.Яснецов и соавт., 2000; Н.К.Зенков и соавт., 2001; В.З.Ланкин и соавт., 2002 и др.).

Особое место среди синтетических антиоксидантов занимает препарат мексидол, обладающий выраженным антиоксидантным и мембранопротекторным действием. По химической структуре он представляет собой 2-этил-6-метил-3-оксипиридина сукцинат и имеет сходство с пиридоксином (витамином В6). Также в его состав входит сукцинат, который является субстратом для повышения энергетического обмена в клетке. Существенным преимуществом мексидола перед другими антиоксидантами является то, что он малотоксичен, имеет большую терапевтическую широту и отсутствие побочных эффектов.

Учитывая, что у больных с воспалительными и дистрофическими заболеваниями СЖ отмечается нарушения со стороны мембран клеток и окислительно-восстановительных процессов, мы, для повышения эффективности лечения больных ксеростомией, стали использовать 5% раствор мексидола. Результаты нашего исследования приводим ниже.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением и лечением находилось 87 пациентов с различными заболеваниями СЖ, основной жалобой которых являлась ксеростомия. Возраст пациентов составил от 18 до 80 лет, из них женщин было – 64, мужчин – 23.

Интерстициальный сиаладенит (ИС) диагностировали у 23 больных, хронический паренхиматозный паротит (ХПП) у 14 (из них трое пациентов с синдромом ШЕГРЕНА), сиалодохит (СХТ) у – 6, сиаладеноз (СЗ) – у 34, «воспалительную опухоль» Кюттнера – у 6 и паротит Герценберга – у 4 больных.

Контрольную группу составили 15 пациентов с санированной полостью рта без заболеваний СЖ. У этих пациентов после лечения по поводу различных заболеваний челюстно-лицевой области провели общее клиническое стоматологическое обследование и биохимическое исследование смешанной слюны на содержание продуктов свободно-радикального окисления.

Для диагностики заболевания использовали общие, частные и специальные методы исследований, предложенные И.Ф.Ромачевой (1973).

Мы видели три формы сухости рта: постоянную, периодическую и скрытую. Постоянная сухость беспокоила пациентов в течение суток без видимых причин, вызывала необходимость запивать пищу и смачивать рот жидкостью. Периодическая ксеростомия возникала у больных во время или после эмоциональной или физической нагрузок, по утрам, при этом пациенты принимали жидкость во время приема сухой пищи. Скрытая сухость характеризовалась тем, что больные жалоб на сухость не предъявляли, но сухую пищу всегда запивали жидкостью.

Осмотр осуществляли по общепринятой методике. Обращали внимание на наличие увеличения слюнных желез, состояние видимых слизистых оболочек. Пальпаторно определяли их консистенцию (мягкая, плотная, бугристая, плотно-эластическая, тестоватая), выявляли наличие болезненности и размеры увеличения. При осмотре полости рта обращали внимание на состояние слизистой оболочки преддверия и полости рта, языка, миндалин, наличие свободной слюны. При массаже СЖ выявляли наличие выделения секрета из протоков (струйно, по каплям, отсутствие выделения слюны), прозрачность и качество секрета.

Сиалометрию больших и малых СЖ проводили по методу Т.Б.Андреевой (1965) утром натощак с 9⁰⁰, после этого собирали смешанную слюну методом сплевывания в пробирки. Биохимическое исследование смешанной слюны осуществляли в динамике: до и после лечения с использованием 5% раствора мексидола и без него. Оно включало определение содержания малонового диальдегида (МДА) и антиоксидантных ферментов (каталазы (КТ), глутатионпероксидазы (ГПТ), супероксиддисмутазы (СОД), церулоплазмينا (ЦП)).

Результаты исследования. Всех пациентов мы разделили на 2 группы в зависимости от вида примененных лекарственных веществ.

Для лечения 62 больных (1 группа) использовали 5% раствор мексидола, который вводили по типу наружных блокад в области СЖ. При этом 4 мл 5% раствора мексидола растворяли в 20 мл 0,5% раствора новокаина или лидокаина. Первую группу составили 25 пациентов с СЖ, 13 – с ИС, 10 – с ХПП, 4 – с СХТ, 4 – с паротитом Герценберга и 6 – с «воспалительной опухолью» Кюттнера.

Во вторую группу вошли 25 пациентов, из них 10 больных страдали ИС, 9 – СЗ, 4 – ХПП и 2 – СХТ. У них для лечения ксеростомии использовали новокаиновые или лидокаиновые блокады в объеме 20 мл без 5% раствора мексидола.

Курс лечения составлял 5-6 блокад на область одной железы, при необходимости число блокад увеличивали до 10. В качестве повторного курса 14 пациентам провели

дополнительно 117 блокад ввиду недостаточной эффективности первого курса. Всего мы выполнили 813 блокад. Результаты терапии оценивали на основании клинических и лабораторных данных.

В 1-ой группе 7 (из 62) пациентов после проведения блокад с 0,5% раствором новокаина отмечали головокружение, 23 больных, кроме того, ощущали во время и после проведения блокады болезненные ощущения в области околоушных желез. У 2-х пациентов с СШ образовавшийся отек мягких тканей после блокады рассасывался медленно: в течение недели.

Пациенты (24), которым проводили блокады с 0,5% раствором лидокаина, жалоб не предъявляли. Аллергической реакции не было.

Клинические результаты эффективности лечения оценивали при динамическом наблюдении за больными в сроки от нескольких месяцев до 2-х лет по следующим критериям: «улучшение», «без перемен» и «ухудшение» (таб.1 и 2).

За критерий «улучшение» принимали: улучшение общего самочувствия больного, повышение работоспособности, общее седативное воздействие. Со стороны СЖ – уменьшение их размеров, исчезновение боли, дискомфорта, субъективное и объективное уменьшение или прекращение сухости рта, улучшение функциональной активности СЖ, наступление клинической ремиссии процесса.

«Улучшение» выявили у 42 (из 62) больных 1-ой группы, что составило 68%. Наилучшие результаты были достигнуты у пациентов с паротитом Герценберга (4 больных – 100%), СЗ (22 -88%), ИС (9-69%), ХПП (4-57%) и СХТ (2-50%). У больных с «воспалительной опухолью» Кютнера положительный результат получили у 1 больного – 17% (таб.1).

У больных 2-ой группы «улучшение» отметили у 4 (из 25) пациентов, что составило 16%. К ним относились пациенты с СЗ (3-33%) и ИС (1-10%) (табл. 2).

Состояние «без перемен» констатировали в тех случаях, когда клинические проявления заболевания оставались прежними, сухость рта не уменьшалась, общее состояние не улучшалось, ремиссия заболевания не наступала и отмечались периодические обострения процесса.

В 1-ой группе состояние «без перемен» наблюдали у 20 больных (32%). Среди них оказались все больные с СШ, 5 пациентов (83%) с «воспалительной опухолью» Кютнера, 2(50%) – с СХТ, 3 (43%) – с ХПП, 4 (31%) – с ИС и 3 больных (12%) – с СЗ.

Во 2-ой группе состояние «без перемен» установили у 21 больного (84%), из них с ИС – 9 (90%), СЗ – 6 (67%), ХПП – 4 (100%) и СХТ – 2 (100%).

«Ухудшение» после проведения курса блокад не отметили.

Анализ результатов сиалометрии показал прямую корреляцию в зависимости от исхода заболевания. Так в случае «улучшения» саливация у пациентов 1-ой группы с ХПП (4) увеличилась в среднем на 0,7 мл справа и слева. Количество МСЖ повысилось на 3 железы. Состояние «без перемен» отметили 3 пациента, у них саливация осталась без изменений.

Пациенты с ХПП 2-ой группы состояние «улучшения» не отметили, результаты сиалометрии ОУ и МСЖ после лечения оставались прежними.

У больных с СШ (3) результаты сиалометрии больших и малых СЖ были прежними, что соответствовало результатам лечения.

Среди больных ИС 1-ой группы в клинически выраженной и поздней стадиях состояние «улучшение» отметили 9 (соответственно 7 и 2) пациентов. Результаты сиалометрии у них составили: до лечения справа – $0,7 \pm 0,1$ и $0,4 \pm 0,14$ мл, после – $1,6 \pm 0,2$ и $0,7 \pm 0,1$ мл; слева соответственно $0,8 \pm 0,1$ и $0,6 \pm 0,1$ мл, после – $1,5 \pm 0,2$ и $1,0 \pm 0,1$ мл. Количество МСЖ: 15 ± 1 и 12 ± 1 после – 18 ± 2 и 15 ± 2 . Состояние «без перемен» отметили 4 (1 и 3) больных. Результаты сиалометрии околоушных и малых слюнных желез у них оставалось прежним.

У пациентов ИС 2-ой группы состояние «улучшение» отметили 1 (из 140) пациент. Результаты сиалометрии после лечения показали увеличение секреции на 0,3 мл справа и 0,4 мл слева. Количество МСЖ до лечения составило 15, после – 17. Состояние «без перемен» отметили у 9 пациентов. Результаты сиалометрии у них после лечения оставались прежними. У всех больных диагностировали клинически выраженную стадию.

Все 8 пациентов СЗ 1-ой группы с начальной стадией заболевания отметили «улучшение». Результаты сиалометрии составили до лечения: справа и слева $1,2 \pm 0,3$ и $1,3 \pm 0,2$ мл, после – $1,9 \pm 0,2$ и $2,1 \pm 0,2$ мл. Количество МСЖ соответственно: 17 ± 3 и 21 ± 2 .

В клинически выраженной стадии «улучшение» констатировали 12 пациентов СЗ 1-ой группы. Результаты сиалометрии у них составили до лечения справа и слева $1,1 \pm 0,3$ и $1,2 \pm 0,3$ мл, после – $1,8 \pm 0,2$ и $1,9 \pm 0,2$ мл. Количество МСЖ соответственно $1,6 \pm 1$ и 19 ± 1 .

В поздней стадии «улучшение» отметили 2 пациента этой группы. Результаты сиалометрии у них составили до лечения справа и слева $0,5 \pm 0,1$ и $0,6 \pm 0,1$ мл, после – $1,2 \pm 0,2$ и $0,9 \pm 0,1$ мл. Количество МСЖ: до 14 ± 1 , после – 16 ± 1 .

Состояние «без перемен» мы установили у 3 пациентов с СЗ 1-ой группы в поздней стадии. Результаты сиалометрии у них после лечения оставались прежними.

Во 2-ой группе «улучшение» выявили у 3 пациентов в клинически выраженной стадии. Результаты сиалометрии показали у них увеличение саливации на 0,3 справа и слева, количество МСЖ возросло на 2 СЖ. Состояние «без перемен» установили у 6 пациентов, достоверного улучшения функции при этом не отметили.

У больных 1 –ой группы с СХТ в клинически выраженной стадии после лечения «улучшение» отметили у 2 (из 4) пациентов. Результаты их сиалометрии в среднем составили до лечения справа и слева – $0,5 \pm 0,1$ и $0,4 \pm 0,1$ мл, после $0,9 \pm 0,2$ мл. Количество МСЖ соответственно 18 ± 2 и 21 ± 2 . Состояние «без перемен» отметили 2 пациента. Результаты сиалометрии ОУ и МСЖ у них после лечения оставались прежними.

У пациентов с СХТ 2-ой группы «улучшение» после проведения блокад не выявили. Результаты сиалометрии ОУСЖ и МСЖ оставались прежними.

У всех 4 больных 1-ой группы с паротитом Герценберга после лечения отметили «улучшение». Результаты сиалометрии у них составили до лечения – $0,8 \pm 0,2$ мл, после $1,9 \pm 0,3$ мл. Количество МСЖ достоверно не менялось: 20 ± 2 и 21 ± 2 .

Отдаленные результаты лечения при динамическом наблюдении за больными показали наличие стойкого положительного эффекта у 34 пациентов 1-ой группы после первого курса блокад и у 8 больных – после второго курса лечения. Ремиссия заболевания у них составила год и более. У остальных 20 пациентов эффекта от лечения не отметили. У пациентов 2-ой группы продолжительный эффект выявили у 4 больных, у 2 пациентов улучшение было кратковременным, у остальных через 2-4 недели после курса лечения жалобы оставались прежними.

Результаты исследования биохимических параметров смешанной слюны у больных с ксеростомией.

Результаты биохимического исследования показали, что в смешанной слюне количественный компонент различных показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ) у 47 больных с воспалительными заболеваниями СЖ отличался по сравнению с контрольной группой. При этом структурно-функциональные изменения клеточных мембран, являющихся следствием деструктивных метаболических процессов, вызваны сдвигом в системе ПОЛ/АОЗ в сторону усиления образования свободных радикалов и ослабления антиоксидантной защиты.

Так малоновый диальдегид (МДА), по активности которого можно судить о глубине процессов пероксидации липидов был достоверно увеличен по отношению к контрольной

группе и в среднем составил $0,44 \pm 0,03$. После лечения у больных 1-ой группы МДА достоверно повышался и составил $0,58 \pm 0,05$. У больных 2-ой группы МДА, также, повышался в тех же пределах.

Общий белок был снижен в два раза по сравнению с контролем и в среднем составил $4,3 \pm 0,6$. После лечения с использованием 5% раствора мексидола и без него этот показатель достоверно не изменялся.

Количество каталазы у больных сиаладенитом было достоверно повышено по сравнению с контролем и составило $31,4 \pm 3,7$. После лечения с использованием мексидола уровень КТ незначительно повышался, однако достоверного различия не отметили. У больных 2-ой группы после лечения уровень КТ достоверно уменьшался.

Следует отметить, что каталаза поддерживает образование перекисей на необходимом для организма уровне, в то же время этот фермент на определенных этапах работает в комплексе с СОД и церулоплазмином по нейтрализации повышенного количества свободных радикалов.

Уровень СОД у больных сиаладенитом до лечения был достоверно повышен и составил $37,1 \pm 2,7$. После лечения этот показатель у больных 1-ой группы снизился и составил $32,3 \pm 2,8$, однако достоверного различия не обнаружили. После лечения больных 2-ой группы уровень СОД достоверно уменьшился и составил $27,4 \pm 2,6$.

Среднее количество ЦП было незначительно снижено по сравнению с контролем, однако достоверного различия не выявили. После лечения с использованием 5% раствора мексидола или без его применения этот показатель достоверно не изменялся.

Уровень глутатионпероксидазы (ГТП) до лечения достоверно не отличался от контроля и в среднем составил $0,41 \pm 0,04$. После лечения этот показатель так же достоверно не изменялся.

Анализ биохимических показателей смешанной слюны у больных с дистрофическими заболеваниями СЖ показал, что уровень МДА в отличие от больных с сиаладенитом достоверно не отличался по сравнению с контролем и в среднем составил $0,23 \pm 0,03$. После лечения как с использованием 5% раствора мексидола, так и без него достоверного различия не отметили.

В процессе лечения количество МДА оставалось практически на одном уровне, что вероятно носило компенсаторный характер, так как МДА является вторичным продуктом перекисного окисления липидов и указывает на источник образования радикалов.

Уровень общего белка до лечения был достоверно значительно снижен по сравнению с контролем и в среднем составил $2,3 \pm 0,3$. После лечения с использованием мексидола этот показатель достоверно повысился у больных 1-ой группы и составил $3,9 \pm 0,6$, однако он оставался достоверно сниженным по сравнению с контролем. У пациентов 2-ой группы этот показатель после лечения достоверно не изменялся.

Показатели каталазы (КТ) и СОД были достаточно значительно увеличены по сравнению с контролем и соответственно составили $35,7 \pm 3,1$ и $40,8 \pm 3,4$. После лечения с использованием мексидола эти показатели достоверно уменьшались и в среднем составили $29,7 \pm 2,2$ и $28,1 \pm 3,1$. После лечения больных 2-ой группы уменьшение данных показателей было недостоверным.

Активность ГТП достоверно была повышена по сравнению с контролем: $0,54 \pm 0,02$. После лечения уровень ГТП у больных 1-ой и 2-ой групп достоверно уменьшился и не отличался от контроля: соответственно $0,42 \pm 0,03$ и $0,44 \pm 0,04$.

Уровень ЦП достоверно не отличался по сравнению с контролем. После лечения с использованием 5% раствора мексидола уровень ЦП достоверно значительно повышался и в среднем составил $31,7 \pm 4,3$. После лечения у больных 2-ой группы этот показатель повысился в меньших пределах: $22,7 \pm 3,1$.

Церулоплазмин, будучи внеклеточным антиоксидантом, синтезируется в печени, поступая в кровь и попадая в клетки СЖ нейтрализует более широкий спектр свободных радикалов, поэтому потребность в ЦП возрастает.

Таким образом, показатели ПОЛ и АОЗ смешанной слюны больных хроническими воспалительными заболеваниями СЖ характеризовались повышением уровня МДА, К и СОД, а так же снижением белка, в тоже время показатели ГТП и ЦП не отличались от контроля. Использование блокад с 5% раствором мексидола приводило к увеличению показателей МДА и КТ, уменьшению СОД. В то время как блокады без мексидола характеризовались повышением значений МДА, снижением каталазы и СОД.

У больных с дистрофическим заболеванием СЖ в смешанной слюне величины каталазы и СОД так же были повышены, однако уровень МДА не отличался от контроля, показатели ГТП были повышены, общий белок снижен. Мексидолотерапия приводила к активации АОЗ, проявляющейся достоверным увеличением общего белка и ЦП, снижением ГТП и СОД. В случае использования обычных наружных блокад изменения в системе ПОЛ/АОЗ были не выражены и характеризовались снижением ГТП.

Полученные данные указывали на усиление антиперекисных механизмов, нейтрализующих образование радикалов.

Результаты исследования биохимических параметров смешанной слюны коррелировали с клиническими исходами заболевания в зависимости от использования 5% раствора мексидола.

Заключение.

1. У больных с воспалительными и дистрофическими заболеваниями СЖ отмечаются выраженные изменения в системе ПОЛ и АОЗ, выявляемые при биохимическом исследовании смешанной слюны. Наибольшие отклонения отмечаются со стороны каталазы, супероксиддисмутазы, глутатионпероксидазы и общего белка.
2. Наиболее значительное снижение саливации наблюдается у больных с синдромом Шегрена и сиаладенозом в поздней стадии заболевания.
3. Использование 5% раствора мексидола в виде наружных новокаиновых или лидокаиновых блокад для лечения ксеростомии позволяет у 68% больных достигнуть положительных клинических результатов. Наиболее эффективно действие препарата у пациентов с паротитом Герценберга (100%), сиаладенозом (88%), хроническим интерстициальным (69%) и паренхиматозным (57%) паротитами.

В тоже время применение мексидола у больных синдромом Шегрена и «воспалительной опухолью» Кюттнера мало эффективно.

4. Включение мексидола в комплекс лечения больных с ксеростомией или в качестве самостоятельного метода терапии приводит к нормализации показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты, определяемой после лечения в смешанной слюне.

На фоне проведения блокад с 0,5% раствором новокаина у 32 больных отмечались побочные явления: головокружение - у 7 больных, болезненные ощущения в области околоушных желез - у 23, отек мягких тканей после блокады, рассасывающийся медленно (в течение недели) – у 2 больных с СШ.

Таблица 1 отражает клинические результаты эффективности лечения с использованием **5% раствора мексидола** у больных ксеростомией на фоне различных заболеваний СЖ (1 группа пациентов, n=62, 100%).

Группа заболеваний	Улучшение		Без перемен	
	Количество больных	%	Количество больных	%
<i>ХПП</i>	4	57	3	43
<i>СШ</i>	-	-	3	100
<i>ОК</i>	1	17	5	83
<i>СХТ</i>	2	50	2	50
<i>ИС</i>	9	69	4	31
<i>ПГ</i>	4	100	-	-
<i>СЗ</i>	22	88	3	12
<i>Всего:</i>	42	68	20	32

Таблица 2. Результаты лечения больных ксеростомией на фоне различных заболеваний СЖ **без использования раствора мексидола** (2 группа пациентов, n=25, 100%).

Группа заболеваний	Улучшение		Без перемен	
	Количество больных	%	Количество больных	%
<i>ХПП</i>	-	-	4	
<i>СХТ</i>	-	-	2	
<i>ИС</i>	1	10	9	90
<i>СЗ</i>	3	33	6	67
<i>Всего:</i>	4	16	21	84

Список сокращений:

ХПП - хронический паренхиматозный паротит

СШ – синдром Шегрена

СХТ – сиалодохит

ОК – «воспалительная опухоль» Кюттнера

ИС – интерстициальный сиаладенит

СЗ – сиаладеноз

ПГ – паротит Герценберга

ПОЛ – перекисное окисление липидов

АОЗ – антиоксидантная защита

МДА – малоновый диальдегид

КТ – каталаза

ГТП – глутатионпероксидаза

СОД – супероксиддисмутаза

ЦП - церулоплазмин

Список литературы

1. Андреева Т.Б. Опыт изучения функции больших слюнных желез человека//Стоматология. – 1965. - №2. – С. 39-43.
2. Афанасьев В.В. Сиаладенит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Экспериментально-клиническое исследование). Автореф. дисс...д.м.н., М. – 1993. – 49
3. Афанасьев В.В., Ромачева И.Ф. Роль сопутствующих заболеваний в этиологии сиаладенита // Стоматология. – 1989. - №1. – С. 46-48.
4. Афанасьев В.В., Ирмияев А.А., Яснецов В.В. Применение мексидола при лечении больных с ксеростомией.// Российский стоматологический журнал. – М., 2004 - №3. – С. 38-40.
5. Васильев В.И. Клинико-иммунологические нарушения при болезни Шегрена. // дисс... к.м.н., М.1980.
6. Воронина Т.А., Смирнов Л.Д., Горяйнова И.И. Механизм действия и обоснование применения препарата мексидол в неврологии. М., 2000. – С. 14-18.
7. Дюмаев К.М., Воронина Т.А., Смирнов Л.Д. Антиоксиданты в профилактике и терапии патологий ЦНС. М., 1995. – С. 271.
8. Кучеренко А.О. Свободнорадикальные процессы в крови и слюне людей при эмоциональном напряжении: Автореф. дис... к.м.н. // Ростов-на-Дону. – 1998. – 23с.
9. Незнамов Г.Г., Бочкарев В.К., Лыгалов С.И. Клинико-фармакологический анализ транквилизирующего действия мексидола. Медико-биологические аспекты применения антиоксидантов эмоксипина и мексидола. М., 1992. – С.47-54.
10. Пожарицкая М.М., Макарова О.В., Копьева Т.Н., Морозова., Кондратьева Т.С. Клиника, диагностика и лечение стоматологических проявлений болезни Шегрена. // Стоматология. - №3. – 1994. – С.25-30.
11. Ромачева И.Ф. Воспалительные заболевания слюнных желез. // дисс... д.м.н. М. 1973, 23 с.
12. Ронь Г.И., Шмелева Л.Т. Перекисное окисление липидов и состояние базальной мембраны ацинарных клеток малых слюнных желез у больных синдромом Шегрена // Стоматология. – 1992. - №2. – С. 23-26.
13. Рыбакова М.Г. Функциональная морфология больших слюнных желез в норме и при патологии эндокринной системы. // Дис... к.м.н., 1984.
14. Саидкаримова У.А. Сиалозы (этиология, патогенез, диагностика, клиника и лечение). Автореф. дис... д.м.н. М. – 1991. – 28 с.
15. Симонова М.В. Болезнь и синдром Шегрена: клиника, диагностика, лечение поражения слюнных желез и полости рта. // Дис... к.м.н., М. 1982.
16. Хахалкина Л.К. Клиника и лечение ксеростомии. // Дисс...к.м.н., М., 1966.
17. Ericson S. The Prevalence of Hiposalivation in Rheumatoid Arthritis and its Relation to the Sialographic Appearance of the Parotid Glands/ // Oral. Surg., 1974. – p. 315-331.
18. George A. Hermann, Frederic B. Vivino, Darryl Shnier, Robert P. Krumm, Valery Mayrin. Diagnostic accuracy of salivary scintigraphic indices in xerostomic Population // Clinical nuclear medicine. – 1999. – № 3. – pp. 167-172.

В.В.Афанасьев, А.А.Ирмияев

«Использование мексидола при лечении ксеростомии»

Реферат

Авторы использовали 5% раствор мексидола для лечения больных с различными заболеваниями слюнных желез, основной жалобой которых была сухость полости рта (ксеростомия). Анализ результатов лечения осуществляли на основании сиалометрических данных больших и малых слюнных желез. Авторы установили, что у пациентов с воспалительными и дистрофическими заболеваниями СЖ отмечаются выраженные изменения в системе ПОЛ и АОЗ, выявляемые при биохимическом исследовании смешанной слюны. Наибольшие отклонения отмечаются со стороны каталазы, супероксиддисмутазы, глутатионпероксидазы и общего белка. Использование 5% раствора мексидола в виде наружных новокаиновых или лидокаиновых блокад для лечения ксеростомии позволяет у 68% больных достигнуть положительных клинических результатов. Наиболее эффективно действие препарата у пациентов с паротитом Герценберга, сиаладенозом, хроническим интерстициальным и паренхиматозным паротитами. Включение мексидола в комплекс лечения больных с ксеростомией или в качестве самостоятельного метода терапии приводит к нормализации показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты, определяемых после лечения в смешанной слюне.

Опубликовано в «Российском стоматологическом журнале», № 2 2006 г.