

Клиническое течение сиаладеноза околоушных слюнных желез в зависимости от выбора схемы эрадикационного лечения *H. pylori*-инфекции

Т.А. Коновалова¹, М.В. Козлова¹, С.А. Чорбинская¹, К.В. Пюрвеева²

¹Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

²Поликлиника №1 Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Сиаладеноз околоушных слюнных желез (ОУСЖ) в 50,82% случаев является следствием патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Клинически проявляется гипосаливацией с развитием гипертрофии органа. В РФ широко распространены кислотозависимые заболевания ЖКТ, ассоциированные с *H. pylori*-инфекцией (НР). Лечение данной патологии направлено на достижение эрадикации НР при помощи различных схем терапии, в состав которых входит ингибитор протонной помпы (ИПП). Механизм его действия связан с влиянием на протонную помпу, которая расположена и в эндотелии сосудов гладкой мускулатуры, в том числе окружающих ацинусы ОУСЖ. Важной функцией паротидного секрета является защитная, реализуемая посредством синтеза в протоковой системе желез секреторного иммуноглобулина А (sIgA). Таким образом, изучение клинического течения сиаладеноза ОУСЖ под влиянием схем эрадикационной терапии является актуальной проблемой.

Материалы и методы. В 2021–2023 гг. обследовано 80 пациентов с сиаладенозом ОУСЖ и НР-инфекцией ЖКТ, которые в зависимости от применяемых схем эрадикации были разделены на группы: I – 25 человек (45,81 ± 6,39 лет), получавших квадротерапию (ИПП в стандартной дозировке, амоксициллин 1000 мг и кларитромицин 500 мг по 2 раза в сутки, висмута трикалия дицитрат 120 мг по 4 раза в день); II – 55 лиц (47,79 ± 7,15 лет), применяющих стандартную тройную терапию (ИПП в удвоенной дозе, амоксициллин 1000 мг и кларитромицин 500 мг по 2 раза в сутки). Группой контроля служили 20 практически здоровых человек в возрасте 26,46 ± 4,12 лет. Всем исследуемым проводили комплексное стоматологическое обследование ОУСЖ с использованием анкетирования, сиалометрии, а также определяли концентрацию sIgA в паротидном секрете.

Результаты. У пациентов I группы, получавших квадротерапию, после эрадикации секреторная функция ОУСЖ снизилась в 1,2 раза ($p = 0,0480$), концентрация sIgA – в 1,2 раза ($p = 0,0350$), по сравнению с исходными данными. У пациентов II группы, получавших тройную схему лечения, к 14 дню эрадикации показатели сиалометрии ОУСЖ были достоверно снижены в 3,6 раза ($p = 0,0020$), уровень sIgA – в 1,8 раз ($p = 0,0060$), в сравнении с результатами до эрадикации.

Заключение. Таким образом, пациентов с КЗЗ ЖКТ, сопряженными с НР, следует направлять на консультацию к врачу-стоматологу с целью диагностики сиаладеноза ОУСЖ. Наличие сиаладеноза ОУСЖ у лиц с НР-инфекцией ЖКТ следует учитывать при назначении схемы эрадикационной терапии.

Ключевые слова: сиаладеноз, гипосаливация, хеликобактер, секреторный иммуноглобулин А.

Для цитирования: Клиническое течение сиаладеноза околоушных слюнных желез в зависимости от выбора схемы эрадикационного лечения *H. pylori*-инфекции. *Пародонтология*. 2024;29(1):77-83. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2024-892>.

Clinical progression of parotid salivary gland sialadenosis based on the selected *H. pylori* eradication therapy

T.A. Konovalova¹, M.V. Kozlova¹, S.A. Chorbinskaya¹, K.V. Purveeva²

¹Central State Medical Academy of the Administrative Directorate of the President of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

²Polyclinic No. 1 of the Administrative Directorate of the President of the Russian Federation

ABSTRACT

Relevance. In approximately 50.82% of instances, sialadenosis of the parotid salivary gland (PSG) emerges as a sequel to gastrointestinal (GI) disorders. This condition is characterized by diminished saliva production (hyposalivation) and enlargement (hypertrophy) of the gland. In Russia, the prevalence of GI diseases linked to acid-related issues and *H. pylori* infection (*HP*) is notably high. The therapeutic approach to this pathology focuses on the eradication of *HP*, employing various treatment strategies that incorporate the use of a proton pump inhibitor (PPI). The efficacy of PPIs hinges on their ability to inhibit the proton pump, which is situated in the endothelial lining of the smooth muscle vessels, including those that encase the acinar cells of the PSG. An essential aspect of parotid secretion is its protective role, which is executed through the production of secretory immunoglobulin A (sIgA) within the gland's ductal system. Therefore, exploring the clinical progression of PSG sialadenosis under eradication therapy regimens holds substantial significance.

Materials and methods. Between 2021 and 2023, 80 patients with parotid salivary gland (PSG) sialadenosis and *Helicobacter pylori* stomach infection were studied. They were divided into treatment groups: Group I (25 patients, aged 45.81 ± 6.39 years) received quadruple therapy (standard-dose PPI, amoxicillin 1,000 mg, clarithromycin 500 mg twice daily, and bismuthate tripotassium dicitrate 120 mg four times daily); Group II (55 patients, aged 47.79 ± 7.15 years) underwent standard triple therapy (double-dose PPI, amoxicillin 1,000 mg, and clarithromycin 500 mg twice daily). A control group consisted of 20 nearly healthy individuals (average age 26.46 ± 4.12 years). All subjects underwent comprehensive dental and PSG assessments, including questionnaires, sialometry, and measurement of (sIgA) levels in parotid secretion.

Results. After eradication therapy, Group I patients treated with quadruple therapy exhibited a 1.2-fold reduction in PSG secretory function ($p = 0.048$) and a 1.2-fold decrease in sIgA concentration ($p = 0.035$) compared to initial levels. Group II patients receiving triple therapy demonstrated a significant 3.6-fold decline in PSG sialometry parameters ($p = 0.002$) and a 1.8-fold reduction in sIgA levels ($p = 0.006$) by the 14th day post-eradication, relative to pre-treatment figures.

Conclusion. Therefore, patients with GI acid-related conditions linked to *HP* infection should be evaluated by a dentist for potential PSG sialadenosis. The presence of PSG sialadenosis in individuals with *HP* stomach infection warrants consideration in the selection and administration of eradication therapy.

Keywords: sialadenosis, hyposalivation, helicobacter, secretory immunoglobulin A

For citation: Konovalova TA, Kozlova MV, Chorbinskaya SA, Purveeva KV. Clinical progression of parotid salivary gland sialadenosis based on the selected *H. pylori* eradication therapy. *Parodontologiya*. 2024;29(1):77-83 (in Russ.). <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2024-892>.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Сиаладеноз ОУСЖ клинически проявляется гипосаливацией с развитием гипертрофии органа [1, 2]. При этом паротидный секрет продуцируется в большем количестве при стимулировании слюноотделения [3].

Стоит отметить, что реактивно-дистрофический процесс ОУСЖ в 50,82% является следствием хронической патологии ЖКТ, так как данные железы составляют часть пищеварительной системы и имеют общую симпатическую и парасимпатическую нервную регуляцию, ввиду наличия общего этапа эмбриологического развития [1, 4]. Секрет СЖ выполняет ряд важных функций, включая пищеварительную, коммуникативную, защитную [5, 6]. Последняя реализуется посредством продукции sIgA, который до 90% синтезируется в протоковой системе ОУСЖ [7].

Кислотозависимые заболевания (КЗЗ) ЖКТ, вызываемые *HP*, в 78,5% встречаются в популяции среди жителей Российской Федерации [8-10]. *HP* составляет условно-патогенную микрофлору и при снижении резистентности организма проявляет свои патогенные свойства, с развитием локальной воспалительной реакции [8].

В лечении *HP*-инфекции, согласно «Маастрихт VI», предлагаются различные схемы эрадикации, включающие ИПП в стандартной и удвоенной дозировке [9, 10]. Основным механизмом действия данного лекарственного препарата заключается в подавлении секреции желудочного сока, а одно из его побочных действий – сухость слизистой оболочки рта (СОР) [11, 12]. Стоит отметить, что в тройной терапии, для повышения ее эффективности, используют увеличенную дозу ИПП [9, 12]. При неэффективности тройной схемы эрадикации в настоящее время используют квадротерапию с препаратами висмута трикалия дидитрата (ВТД), которые обладают цитопротективным и бактерицидным действием и назначаются с целью преодоления резистентности *HP* к кларитромицину [9].

Таким образом, изучение клинического течения сиаладеноза ОУСЖ у пациентов с КЗЗ ЖКТ, ассоциированными с *HP*, находящихся на эрадикационном лечении, является актуальной проблемой.

Цель исследования: оценить влияние на клиническое течение сиаладеноза ОУСЖ и иммунологический статус паротидного секрета различных схем эрадикационной терапии у пациентов с *HP*-инфекцией ЖКТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование осуществлялось в 2021-2023 гг. на клинической базе кафедры стоматологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» и отделения гастроэнтерологии и гепатологии ФГБУ «Поликлиника №1».

На обследовании находились 80 человек, средний возраст которых был равен $45,35 \pm 10,26$ лет: из них женщин – 57 (71,25%), мужчин – 23 (28,75%).

Критерий включения – пациенты с установленным диагнозом «сиаладеноз ОУСЖ и КЗЗ ЖКТ», ассоциированными с *НР*. *НР*-инфекция была диагностирована в результате иммуноферментного анализа (ИФА), посредством определения антигена к хеликобактеру в кале, а также – фиброэзофагогастроудоденоскопии с забором биоптата и последующим проведением ХЕЛПИЛ-теста.

Критерий исключения – наличие в анамнезе хронической патологии нервной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, онкологических процессов, недавно перенесенных инфекционных и вирусных заболеваний.

Всем пациентам было назначено эрадикационное лечение, в зависимости от применяемой схемы лечения, сформированы следующие группы:

I – 25 пациентов, получавших квадротерапию (ИПП в стандартной дозировке, амоксициллин 1000 мг и кларитромицин 500 мг по 2 раза в сутки, ВТД 120 мг 4 раза в сутки): женщин – 15 (60%), мужчин – 10 (40%). Медиана возраста составила $45,81 \pm 6,39$ лет.

II – 55 людей, применявших стандартную тройную схему эрадикации (ИПП в удвоенной дозе, амоксициллин 1000 мг и кларитромицин 500 мг по 2 раза в сутки): женщин – 42 (76,4%), мужчин – 13 (23,6%). Средний показатель возраста равнялся $47,79 \pm 7,15$ лет.

В качестве контрольной группы в исследование дополнительно включены 20 практически здоровых человек в возрасте $26,46 \pm 4,12$ лет.

На этапе диагностики сиаладеноза ОУСЖ у пациентов с КЗЗ и после эрадикации *НР*-инфекции (на 14 день) всем было осуществлено комплексное стоматологическое обследование при помощи методов: основных – сбор жалоб (анкетирование), осмотр (внешний и полости рта), частных – сиалометрия, и специальных – определение уровня sIgA в паротидной слюне (мкг/мл).

АНКЕТА

«Оценка местного статуса полости рта»

Местные проявления (жалобы)	Выраженность проявлений в баллах
Увеличение в размерах околоушных слюнных желез	
Чувство сухости в полости рта:	
• в утреннее время после пробуждения	
• в дневное время	
• в вечернее и ночное время	
• во время приема пищи	
Шкала выраженности жалобы от 0 до 3 баллов: 0 баллов – отсутствует; 1 балл – слабая выраженность; 2 балла – умеренная выраженность; 3 балла – сильная выраженность.	
Интерпретация результатов по сумме баллов: от 1 до 3 – «хорошее состояние»; от 4 до 9 – «удовлетворительное состояние»; более 9 – «неудовлетворительное состояние»	

Рис. 1. Анкета оценки местного статуса пациентов, включенных в исследование

Fig. 1. Questionnaire for assessing patient status localis in the study

Мониторинг изменений местного статуса проводили при помощи анкетирования, результаты интерпретировали в баллах (рис. 1).

При внешнем осмотре выполняли пальпацию ОУСЖ, определяли размеры, консистенцию и их болезненность. В полости рта оценивали степень увлажненности СОР, наличие свободной слюны.

Исследование функциональной активности ОУСЖ производили при помощи сиалометрии с использованием капсулы Лешли – Ющенко – Красногорского. Паротидный секрет собирался в градуированную пробирку, после появления первой капли которого производили стимуляцию слюноотделения 0,5 мл Sol. Acidi ascorbinici 3% – 10,0 в течение 20 минут каждые 30 сек. Полученный объем, согласно классификации М. В. Си-

Таблица 1. Результаты анкетирования оценки местного статуса пациентов (в баллах)

Table 1. Results of the status localis assessment questionnaire

Группа Group	На этапе диагностики сиаладеноза ОУСЖ At the stage of diagnosis of the PSG sialadenosis	Интерпретация состояния Condition interpretation	После эрадикации Post-eradication phase	Интерпретация состояния Condition interpretation
Контроль Control	0	хорошее good	0	хорошее good
I	$4,17 \pm 0,09$	удовлетворительное satisfactory	$4,44 \pm 1,49$	удовлетворительное satisfactory
II	$4,41 \pm 0,17$	удовлетворительное satisfactory	$10,94 \pm 0,51$	неудовлетворительное unsatisfactory

моновой (1982), расценивали как степень гипосаливации: I – 2,0–2,4 мл; II – 0,9–1,9 мл; III – 0–0,8 мл.

Клиническую стадию гипосаливации оценивали согласно классификации И. Ф. Ромачевой (1987).

Концентрацию sIgA (мкг/мл) в паротидной слюне устанавливали следующим образом: 0,5 мл секрета ОУСЖ без предварительной заморозки, в пробирках, передавался в транспортировочном холодильнике в иммунологическую лабораторию ООО «ЭФиС» (набор «Вектор Бест», Россия).

Полученные в процессе работы данные обрабатывали при помощи программного обеспечения Statistica 12.6. Достоверными считали результаты с показателем $p < 0,05$, недостоверными – $p > 0,05$; $p = 0,05$ – данные имели тенденцию к снижению.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Практически здоровые люди из контрольной группы жалоб не предъявляли и оценивали свой местный статус как «хорошее состояние» (табл. 1).

При внешнем осмотре ОУСЖ не пальпировались. Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажненная.

По данным сиалометрии ОУСЖ получено $4,76 \pm 0,65$ мл чистого прозрачного секрета (рис. 2).

Содержание sIgA в паротидной слюне у лиц группы контроля, по данным ИФА, составило $365,74 \pm 44,21$ мкг/мл (рис. 3).

Исходно у лиц I и II групп основными жалобами являлись увеличение ОУСЖ и постоянное чувство сухости СОР в утренние часы. Обследуемые, при прохождении анкетирования, определяли свое состояние как «удовлетворительное» (табл. 1). При пальпации ОУСЖ были увеличены в размерах, мягкие и безболезненные, СОР умеренно увлажнена, свободная слюна в виде пенящегося секрета (рис. 4 а, б).

У пациентов I и II групп с сиаладенозом ОУСЖ и НР-инфекцией ЖКТ данные сиалометрии были снижены более чем в 2 раза по сравнению с контрольными значениями и соответствовали I степени гипосаливации ($p = 0,0003$, $p = 0,0006$) (рис. 2). Стоит отметить, что концентрация sIgA в паротидном секрете сократилась в 2,2 раза ($p = 0,0001$), в сравнении с группой контроля (рис. 3).

Исследуемые из I группы после проведенного курса квадратотерапии (на 14 день) отмечали, что субъективные ощущения и интенсивность их проявления остались прежними, и оценивали свой местный статус как «удовлетворительное состояние» (табл. 1). Изменения, выявляемые при внешнем осмотре и в полости рта, оставались без изменений и соответствовали данным на этапе диагностики. Секреторная активность ОУСЖ имела тенденцию к снижению, получено $1,87 \pm 0,16$ мл ($p = 0,0480$) чистого паротидного секрета, что расценивалось как II степень гипосаливации (рис. 2) и соответствовало начальной стадии ксеростомии. Однако было установлено уменьшение кон-

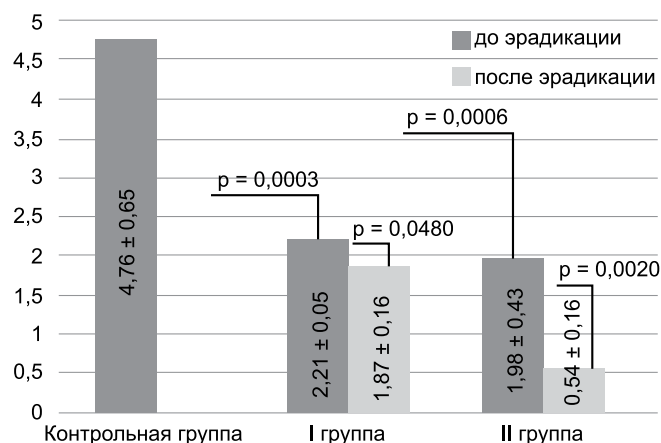


Рис. 2. Данные сиалометрии в исследуемых группах (мл)
Fig. 2. Sialometry measurements across study groups (ml)

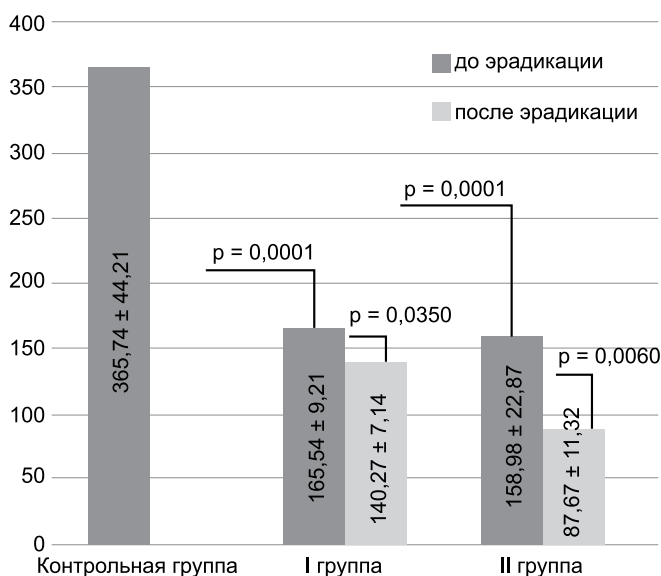


Рис. 3. Диаграмма концентрация sIgA в паротидном секрете (мкг/мл)
Fig. 3. sIgA levels in parotid secretion among study groups (μg/mL)

центрации sIgA в 1,2 раза ($p = 0,0350$), по сравнению с показателями до эрадикации (рис. 3).

Следует отметить, что пациенты II группы после выполнения курса тройной схемы лечения отмечали ухудшение состояния, выражающееся в виде выраженной сухости СОР, затрудненного речеобразования и употребления сухой пищи. Также появлялась осиплость голоса и першение в горле, локальный статус был оценен как «неудовлетворительное состояние» (табл. 1). При внешнем осмотре – ОУСЖ увеличены в размерах, пальпировались как плотные, безболезненные. По данным внутривидеоскопического осмотра, СОР сухая, гиперемизированная, свободной слюны отсутствовала (рис. 5).

В результате проведенной сиалометрии ОУСЖ уровень саливации был достоверно снижен в 3,6 раза ($p = 0,0020$), в сравнении с цифрами, полученными на этапе диагностики ОУСЖ, и соответствовал III степени ксеростомии (рис. 2). Данное состояние

расценивалось как клинически выраженная стадия гипосаливации. На 14 сутки, после эрадикации, ИФА содержания sIgA в паротидном секрете показал падение его концентрации в 1,8 раз ($p = 0,0060$) (рис. 3).

ОБСУЖДЕНИЕ

У пациентов I группы с сиаденозом ОУСЖ и *НР*-инфекцией ЖКТ на 14 день квадротерапии со стандартной дозой ИПП оценка местного статуса полости рта «удовлетворительное состояние» и клиническая картина соответствовали исходным данным. Однако по завершении курса эрадикационного лечения отмечалась тенденция к снижению секреторной функции ОУСЖ ($p = 0,048$), и происходило достоверное, в 1,2 раза ($p = 0,0350$), уменьшение уровня sIgA. Это объясняется фармакодинамикой препарата ИПП, который воздействует на париентальные (глангулярные) клетки, а также на эндотелий сосудов гладких мышц, блокируя синтез H^+/K^+ -АТФазы (протонная помпа) [13, 14]. Согласно И. А. Селезневой и соавт. (2022), ацинусы ОУСЖ окутаны густой сетью кровеносных сосудов миеоэпителиального типа [15]. Таким образом, мы объясняем влияние, оказываемое ИПП на секрецию ОУСЖ.

Это подтверждается результатами обследования пациентов II группы. После применения тройной схемы эрадикации, включавшей удвоенную дозу ИПП, исследуемые отметили ухудшение своего местного статуса и оценивали его как «неудовлетворительное состояние». В условиях снижения секреции ОУСЖ в 3,6 раза ($p = 0,0020$) также происходило сокращение продукции sIgA, что снижало локально иммунологическую резистентность СОР и усугубляло клинические проявления сиаденоза [7].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, пациентов с КЗЗ ЖКТ, сопряженными с *НР*, следует направлять на консультацию к врачу-стоматологу с целью диагностики сиаденоза ОУСЖ. При этом наличие сиаденоза ОУСЖ у лиц с *НР*-инфекцией ЖКТ следует учитывать при назначении схемы эрадикационной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мирзакулова УР, Менчишева ЮА, Менжанова ДД, Рысбеков ИБ, Гогаладзе КЛ. Диагностика хронических неопухолевых поражений околоушных слюнных желез. *Medicus*. 2021;3(39):63–67. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=45718190>
2. Сульtimiова ТБ, Козлова МВ, Гапонов АМ, Савлевич ЕЛ, Козлов ИГ. Динамика локального цитокинового статуса у пациентов с сиаденозом околоушных слюнных желез в зависимости от алгоритма лечения. *Медицинская иммунология*. 2022;24(3):527–538. doi: 10.15789/1563-0625-DOL-2473



Рис. 4. Пациент Н., 51 год, клинические проявления сиаденоза околоушных слюнных желез до проведения эрадикации *H. pylori*-инфекции
а – увеличенная околоушная слюнная железа слева;
б – свободная слюна в виде пенящегося секрета

Fig. 4. Pre-eradication clinical signs in a 51-year-old patient with PSG sialadenosis due to *H. pylori* infection
a – left PSG enlargement; b – frothy saliva secretion



Рис. 5. Пациент К., 53 г., клинические проявления сиаденоза околоушных слюнных желез на 14 день тройной эрадикационной терапии *H. pylori* с удвоенной дозировкой ИПП
а – увеличение околоушной слюнной железы в размерах;
б – сухая, гиперемизованная слизистая рта, свободная слюна отсутствует

Fig. 5. Clinical presentation of PSG sialadenosis in a 53-year-old patient on the 14th day after beginning triple eradication therapy for *H. pylori* infection, involving a double dosage of PPI
a – PSG enlargement;
b – dry, hyperemic oral mucosa, absence of free saliva

3. Клочкова ОА, Куренков АЛ, Каримова ХМ, Бурсагова БИ, Намазова-Баранова ЛС, Кузенкова ЛМ, и др. Сиалорея у пациентов с детским церебральным параличом: эффективность применения ботулинотерапии. *Педиатрическая фармакология*. 2015;12(4):398–406. doi: 10.15690/pf.v12i4.1420
4. Лукина Г, Ахмедханов И, Стрюк Р. Взаимосвязь уровня саливации с функциональным состоянием симпатико-адреналовой системы у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта. *Cathedra-Кафедра. Стоматологическое образование*.

2013;(44):34-36. Режим доступа:

http://cathedra-mag.ru/wp-content/uploads/Cathedra_44.pdf

5. Абдурашитова АС, Смирнова СН. Слюна как показатель стоматологического здоровья. Современная наука: актуальные вопросы, достижения и инновации. 2019;(1):224-227. Режим доступа:

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41466169>

6. Мадумарова ММ, Алимов НИ. Изучение защитных факторов ротовой полости. *Analytical Journal of Education and Development*. 2023;3(10):151-155. Режим доступа:

<https://sciencebox.uz/index.php/ajed/article/view/8158/7474>

7. Малышев МЕ, Лобейко ВВ, Иорданишвили АК. Показатели секреторного иммунитета слюны у пациентов с различными заболеваниями слюнных желез. *Человек и его здоровье*. 2015;(1):40-47. Режим доступа:

<https://cyberleninka.ru/article/n/pokazateli-sekretornogo-immuniteta-slyuny-u-patsientov-s-razlichny-mi-zabolevaniyami-slyunnyh-zhelez>

8. Плавник РГ, Бакулина НВ, Мареева ДВ, Бордин ДС. Эпидемиология *Helicobacter pylori*: клинико-лабораторные параллели. *Эффективная фармакотерапия*. 2019;15(36):16-21.

doi: 10.33978/2307-3586-2019-15-36-16-20

9. Шептулин АА. Основные положения согласительного совещания «Маастрихт-VI» (2022) по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori*. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2023;32(5):70-74.

doi: 10.22416/1382-4376-2022-32-5-70-74

10. Бордин ДС, Ливзан МА, Осипенко МФ, Мозговой СИ, Андреев ДН, Маев ИВ. Ключевые положения консенсуса Маастрихт VI. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2022;9(205):5-21.

doi: 10.31146/1682-8658-ecg-205-9-5-21

11. Метелица КИ, Манак ТН. Ксеростомия и ее осложнения в полости рта. *Современная стоматология*. 2021;(2):6-10. Режим доступа:

<https://cyberleninka.ru/article/n/kserostomiya-i-ee-oslozhneniya-v-polosti-rta>

12. Моторова НЮ, Смирнова ЕЮ, Дзицкоева ФЕ, Рябцун ИВ. Изменения в полости рта при некоторых соматических заболеваниях в практике стоматолога. *Военно-медицинский журнал*. 2019;340(11):62-64.

doi: 10.17816/RMMJ81674

13. Цуканов ВВ. Рабепразол в лечении кислотозависимых заболеваний. *РМЖ. Медицинское обозрение*. 2023;7(5):264-273.

doi: 10.32364/2587-6821-2023-7-5-4

14. Топчий НВ. Применение ингибиторов протонной помпы при симптоматических язвах. *РМЖ*. 2011;19(12):730-736.

doi: 10.32364/2587-6821-2023-7-5-4

15. Селезнева ИА, Гильмиярова ФН, Тлустенко ВС, Доменюк ДА, Гусякова ОА, Колотьева НА, и др. Гематосаливарный барьер: строение, функции, методы (обзор литературы). *Клиническая лабораторная диагностика*. 2022;67(6):334-338.

doi: 10.51620/0869-2084-2022-67-6-334-338

REFERENCES

1. Mirzakulova UR, Menchisheva YuA, Menzhanova DD, Rysbekov IB, Gogaladze KL. Diagnosis of chronic non-neoplastic tumor lesions of the parotid salivary glands. *Medicus*. 2021;3(39):63-67 (In Russ.). Available from:

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=45718190>

2. Sultimova TB, Kozlova MV, Gaponov AM, Savlevich EL, Kozlov IG. Dynamics of local cytokine status in patients with parotid salivary gland sialadenosis depending on treatment algorithm. *Meditsinskaya immunologiya*. 2022;24(3):527-538 (In Russ.).

doi: 10.15789/1563-0625-DOL-2473

3. Klochkova OA, Kurenkov AL, Karimova HM, Bursagova BI, Namazova-Baranova LS, Kuzenkova LM, et al. Drooling in Patients with Cerebral Palsy: The Effectiveness of Botulinum Toxin A Treatment. *Pediatric pharmacology*. 2015;12(4):398-406 (In Russ.).

doi: 10.15690/pf.v12i4.1420

4. Lukina G, Akhmedkhanov I, Stryuk R. Relationship level salivation to the functional state of sympathetic-adrenal system in patients with abnormal gastrointestinal. *Cathedra-Department. Dental education*. 2013;(44):34-36 (In Russ.). Available from:

http://cathedra-mag.ru/wp-content/uploads/Cathedra_44.pdf

5. Abdurashitova AS, Smirnova SN. Saliva as an indicator of dental health. *Modern science: current issues, achievements and innovations*. 2019;(1):224-227. (In Russ.). Available from:

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41466169>

6. Madumarova MM, Alimov NI. Study of protective factors of the oral cavity. *Analytical Journal of Education and Development*. 2023;3(10):151-155 (In Russ.). Available from:

<https://sciencebox.uz/index.php/ajed/article/view/8158/7474>

7. Malyshev ME, Lobeyko VV, Iordanishvili AK. Indicators of saliva secretory immunity of saliva in patients with various diseases of salivary glands. *Humans and their health*. 2015;(1):40-47 (In Russ.). Available from:

<https://cyberleninka.ru/article/n/pokazateli-sekretornogo-immuniteta-slyuny-u-patsientov-s-razlichny-mi-zabolevaniyami-slyunnyh-zhelez>

8. Plavnik RG, Bakulina NV, Mareeva DV, Bordin DS. *Helicobacter pylori* Epidemiology: clinical and laboratory parallels. *Effective pharmacotherapy*. 2019;15(36):16-21 (In Russ.).

doi: 10.33978/2307-3586-2019-15-36-16-20

9. Sheptulin AA. The Main Statements of the Consensus "Maastricht-VI" (2022) on the Diagnostics and

Treatment of *Helicobacter pylori* Infection. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2023;32(5):70-74 (In Russ.).

doi: 10.22416/1382-4376-2022-32-5-70-74

10. Bordin DS, Livzan MA, Osipenko MF, Mozgovoy SI, Andreyev DN, Maev IV. The key statements of the Maastricht VI consensus. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2022;205(9):5-21 (In Russ.).

doi: 10.31146/1682-8658-ecg-205-9-5-21

11. Metelitsa KI, Manak TN. Xerostomia and its complications in the oral cavity. *Sovremennaya stomatologiya*. 2021;(2):6-10 (In Russ.). Available from:

<https://cyberleninka.ru/article/n/kserostomiya-i-ee-oslozhneniya-v-polosti-rta>

12. Motorova NY, Smirnova EY, Dzitsoeva FE, Ryabtsun IV. Changes in the oral cavity in some somatic diseases in dental practice. *Voенно-медицинский журнал*.

2019;340(11):62-64 (In Russ.).

doi: 10.17816/RMMJ81674

13. Tsukanov VV. Rabeprazole in the treatment of acid-related disorders. *Russian Medical Inquiry*. 2023;7(5):264-273 (In Russ.).

doi: 10.32364/2587-6821-2023-7-5-4

14. Topchiy NV. The use of proton pump inhibitors for symptomatic ulcers/ Breast cancer. 2011;19(12):730-736 (In Russ.).

doi: 10.32364/2587-6821-2023-7-5-4.

15. Selezneva IA, Gilmiyarova FN, Tlustenko VS, Domenyuk DA, Gusyakova OA, et al. Hematosalivarian barrier: structure, functions, study methods (review of literature). *Klinicheskaya Laboratornaya Diagnostika (Russian Clinical Laboratory Diagnostics)*. 2022;67(6):334-338.

doi: 10.51620/0869-2084-2022-67-6-334-338

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Автор, ответственный за связь с редакцией:

Коновалова Татьяна Андреевна, ассистент кафедры стоматологии Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

Для переписки: konovalovatanya1@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4318-3511>

Козлова Марина Владленовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой стоматологии Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

Для переписки: profkoz@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3066-206X>

Чорбинская Светлана Алексеевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой семейной медицины и терапии Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента Российской Федерации Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

Для переписки: s.chorbinskaya@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8471-629X>

Пурвеева Кермен Валериевна, кандидат медицинских наук, заведующий отделением гастроэнтерологии и гепатологии Поликлиники №1 Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

Для переписки: gladki.purveeva@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7799-1207>

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Corresponding author:

Tatyana A. Konovalova, DMD, Assistant Professor, Department of Dentistry, Central State Medical Academy of the Administrative Directorate of the President of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

For correspondence: konovalovatanya1@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4318-3511>

Marina V. Kozlova, DMD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Dentistry, Central State Medical Academy of the Administrative Directorate of the President of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

For correspondence: profkoz@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3066-206X>

Svetlana A. Chorbinskaya, MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Family Medicine and Therapy, Central State Medical Academy of the Administrative Directorate of the President of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

tion, Moscow, Russian Federation

For correspondence: s.chorbinskaya@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8471-629X>

Kermen V. Purveeva, MD, PhD, Head of the Department of Gastroenterology and Hepatology, Polyclinic №1 of the Administrative Directorate of the President of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

For correspondence: gladki.purveeva@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7799-1207>

Конфликт интересов:

Авторы декларируют отсутствие

конфликта интересов / Conflict of interests:

The authors declare no conflict of interests

Поступила / Article received 24.01.2024

Поступила после рецензирования / Revised 11.02.2024

Принята к публикации / Accepted 11.03.2024