

Особенности лечения сиаладеноза околоушных слюнных желез у пациентов, находящихся на эрадикационном лечении

Т.А. Коновалова¹, М.В. Козлова¹, С.А. Чорбинская¹, Б.М. Мануйлов², В.А. Алешкин³

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

²Научно-исследовательский институт детского питания – филиал Федерального исследовательского центра питания и биотехнологии, Истра, Российская Федерация

³Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Г. Н. Габричевского, Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Лечение пациентов с коморбидной патологией околоушных слюнных желез (ОУСЖ) и желудочно-кишечного тракта представляет актуальную проблему. Наиболее часто при кислотозависимых заболеваниях, ассоциированных с *H. pylori* (HP), развивается сиаладеноз, проявляющийся жалобами на сухость в полости рта. Создаются условия для понижения местной иммунологической защиты, за счет снижения содержания sIgA, основным источником которого считается паротидный секрет. Назначаемая врачами-гастроэнтерологами эрадикационная терапия включает ингибитор протонной помпы (ИПП), который согласно фармакодинамическим характеристикам, вызывает лекарственно-индуцированную ксеростомию.

Материалы и методы. Прошли обследование 115 человек с сиаладенозом ОУСЖ и HP-инфекцией, с положительным уреазным экспресс-тестом в паротидном секрете, в возрасте $46,42 \pm 6,21$ лет. Методом случайной выборки, в зависимости от назначения резорбируемых десневых фитопластин, на желатиновой основе и дозы комплексного иммуноглобулинового препарата (КИП) сформированы группы: I – 35 человек, без местной терапии; II – 40 пациентов, по 30 мг; III – 40 лиц, по 60 мг. В качестве контрольной группы дополнительно включены 20 практически здоровых человек в возрасте $44,46 \pm 4,12$ лет. Врачами-гастроэнтерологами была назначена стандартная тройная схема эрадикации (ИПП в удвоенной дозировке, амоксициллин 1000 мг и кларитромицин 500 мг, два раза в сутки, 14 дней). Всем проведено комплексное стоматологическое обследование в динамике (на этапе диагностики, 14 сутки эрадикации, 21 и 28 дни наблюдения).

Результаты. Получено достоверное увеличение показателей сиалометрии ОУСЖ и уровня sIgA в паротидном секрете у пациентов, применявших резорбируемые десневые фитопластины на желатиновой основе и КИП в дополнение к базовому лечению. При дозе КИП 60 мг уже к 14 суткам определялся отрицательный уреазный экспресс-тест в паротидном секрете, а при КИП 30 мг – к 21 суткам, что подтверждало эффективность проводимой терапии.

Заключение. В лечении пациентов с сиаладенозом ОУСЖ, находящихся на эрадикационной терапии, требуется комплексный междисциплинарный подход. Необходимо включение резорбируемых десневых фитопластин на желатиновой основе и КИП в дозировке 60 мг два раза в день в течение 21 дня.

Ключевые слова: сиаладеноз; гипосаливация; хеликобактер; фитопластины; комплексный иммуноглобулиновый препарат.

Для цитирования: Коновалова ТА, Козлова МВ, Чорбинская СА, Мануйлов БМ, Алешкин ВА. Особенности лечения сиаладеноза околоушных слюнных желез у пациентов, находящихся на эрадикационном лечении. *Пародонтология*. 2024;29(2):000-000. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2024-944>.

Treatment specifics for sialadenosis of the parotid glands in patients undergoing eradication therapy

T.A. Konovalova¹, M.V. Kozlova¹, S.A. Chorbinskaya¹, B.M. Manuilov², V.A. Aleshkin³

¹Central State Medical Academy of the Presidential Administration of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

²Research Institute of Baby Nutrition – Branch of the Federal Research Centre of Nutrition, Biotechnology and Food Safety, Istra, Russian Federation

³G. N. Gabrichevsky Moscow Research Institute for Epidemiology and Microbiology, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Relevance. Treating patients with comorbid pathologies of the parotid salivary glands (PSGs) and the gastrointestinal tract presents a significant clinical challenge. Sialadenosis commonly develops in acid-dependent diseases associated with *H. pylori* (HP) infection, often manifesting as complaints of dry mouth. This condition leads to a reduction in local immunological defense due to decreased levels of sIgA, which is predominantly sourced from parotid secretion. Gastroenterologists typically prescribe eradication therapy that includes a proton pump inhibitor (PPI), which, according to its pharmacodynamic properties, can cause drug-induced xerostomia.

Материалы и методы. A total of 115 individuals with sialadenosis of the PSGs and HP infection, confirmed by a positive urease rapid test in parotid secretion, aged 46.42 ± 6.21 years, were examined. The participants were randomly assigned into groups based on the prescription of absorbable gingival collagen membranes and the dose of a complex immunoglobulin preparation (CIP). The groups were as follows: Group I – 35 individuals without local therapy; Group II – 40 patients receiving 30 mg CIP; Group III – 40 patients receiving 60 mg CIP. Additionally, a control group consisting of 20 healthy individuals aged 44.46 ± 4.12 years was included. Gastroenterologists prescribed a standard triple eradication regimen, which included a proton pump inhibitor (PPI) at double dosage, 1000 mg amoxicillin, and 500 mg clarithromycin, taken twice daily for 14 days. All participants underwent comprehensive dental examinations at various stages: diagnosis, day 14 of eradication, and days 21 and 28 of observation.

Results. A significant increase in PSG sialometry and sIgA levels in parotid secretion was observed in patients using absorbable gingival collagen membranes and CIP in addition to standard treatment. At a CIP dose of 60 mg, a negative urease rapid test was determined in parotid secretion by day 14, while at 30 mg, this occurred by day 21, confirming the effectiveness of the therapy.

Conclusion. Treating patients with PSG sialadenosis undergoing eradication therapy requires a comprehensive interdisciplinary approach. It is necessary to include absorbable gingival collagen membranes and CIP at a dose of 60 mg twice daily for 21 days.

Keywords: sialadenosis; hyposalivation; Helicobacter; collagen membranes; complex immunoglobulin preparation

For citation: Konovalova TA, Kozlova MV, Chorbinskaya SA, Manuilov BM, Aleshkin AV. Treatment specifics for sialadenosis of the parotid glands in patients undergoing eradication therapy. *Parodontologiya*. 2024;29(2):000-000 (in Russ.). <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2024-944>.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Хроническая патология ЖКТ, ассоциированная с HP, является преобладающим этиопатогенетической причиной развития сиаденоза ОУСЖ [1, 2].

HP считается предиктором кислотозависимых заболеваний (КЗЗ) ЖКТ и, в условиях сниженной резистентности макроорганизма, способен персистировать в верхних отделах пищеварительного тракта, включая органы и слизистую рта (СОР) [1, 2]. Одним из факторов вирулентности микроорганизма выступает фермент уреазы, который расщепляет мочевины до углекислоты и аммиака [3]. На этой основе существует экспресс-диагностика выявления HP в биоптате при помощи специального индикаторного диска, окрашивание которого в синий цвет свидетельствует о положительном результате [3].

Стандартом лечения КЗЗ ЖКТ является эрадикационная терапия [4]. Базовым компонентом во всех существующих схемах служит ИПП, назначаемый в стандартной или двойной дозировке, вызывающий лекарственно-индуцированную ксеростомию [5].

Как известно, первично паротидный секрет образуется из плазмы крови и имеет единый электролитный состав [6]. Важно отметить, что секреторный иммуноглобулин А (sIgA) по большей степени синтезируется в протоковой системе ОУСЖ и является важным защитным агентом, инактивирующим микробную инвазию на СОР [7]. Стоит подчеркнуть, что

HP обладает способностью разрушать дисульфидные связи в молекуле sIgA, тем самым нарушая барьерную функцию СОР и создавая дополнительные входные ворота инфекции.

Согласно клиническим рекомендациям РФ, ведение пациентов с сиаденозом предполагает комплексное стоматологическое обследование и симптоматическую терапию, направленную на увеличение образования слюны [8]. Т. Б. Сульимова и соавторы (2022) предлагали включение местного комплексного фитопрепарата пролонгированного действия, для повышения эффективности лечения сиаденоза [9]. Входящие в его состав экстракты лекарственных растений, оказывают спазмолитическое действие в отношении сосудистой стенки, обеспечивая увеличение объема саливации [10]. В то же время, по данным А. Б. Михайловой и соавторов (2009), М. В. Козодаевой и соавторов (2011), применение местных резорбируемых десневых фитопластин на желатиновой основе длительного воздействия способствует восстановлению показателей локального иммунного статуса в полости рта [11, 12]. Кроме этого, согласно работе Б. М. Мануйлова и соавторов (2022), использование вышеуказанного препарата положительно влияет и на микрофлору ЖКТ [13].

В ходе исследований Л. И. Новиковой и соавторов (2016) доказано, что при пероральном приеме КИП, разработанном в МНИИЭМ имени Г. Н. Габричевского, увеличивается иммунный потенциал ротоглот-

ки [14]. При этом имеющийся в составе IgA способен накапливаться в смешанной слюне после применения КИП [14, 15]. Кроме того, имеются результаты эффективного лечения реактивно-дистрофических процессов ОУСЖ, путем инстилляций протоковой системы растворами иммуномодуляторов [16].

Таким образом, изучение влияния резорбируемых десневых фитопластин на желатиновой основе и КИП на слюноотделение у пациентов с сиаденозом ОУСЖ на фоне проведенной эрадикационной терапии представляет актуальную проблему.

Цель исследования – повысить эффективность лечения сиаденоза ОУСЖ с использованием резорбируемых десневых фитопластин на желатиновой основе и КИП у пациентов с КЗЗ ЖКТ, ассоциированными с *HP*-инфекцией, находящихся на эрадикационном лечении.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в 2021-2023 годах на клинической базе кафедры стоматологии совместно с отделением гастроэнтерологии и гепатологии. В нем приняли участие 115 человек, медиана возраста которых составила $46,42 \pm 6,21$ лет: женщин – 90 (78,3%), мужчин – 25 (21,7%).

Критерий включения – пациенты с сиаденозом ОУСЖ и КЗЗ ЖКТ, ассоциированными с *HP* (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка), с положительным уреазным экспресс-тестом в паротидной слюне.

Диагностика *HP* в ЖКТ осуществлялась посредством иммуноферментного анализа (ИФА) с определением антигена в кале, а также ХЕЛПИЛ-теста биоптата, полученного в ходе фиброэзофагогастродуоденоскопии.

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

Всем исследуемым врачами-гастроэнтерологами была назначена стандартная тройная схема эрадикации, включающая ИПП в удвоенной дозировке, амоксициллин 1000 мг и кларитромицин 500 мг. Частота приема лекарственных средств – два раза в сутки, в течение 14 дней.

Пациенты дополнительно использовали резорбируемые десневые фитопластины на желатиновой основе, состоящие из экстрактов лекарственных растений – зверобоя, тысячелистника, шалфея, и витамина С. Пластины были обогащены лиофилизированным белковым раствором иммуноглобулинов класса А, М, G (КИП) в дозировках 30 или 60 мг.

Десневые пластины помещали на слизистую оболочку десны и пришеечную часть коронок зубов с вестибулярной поверхности, которые самостоятельно рассасывались в течение 2-3 часов. Регулярность использования – два раза в день, в течение 21 дня.

Методом случайной выборки была произведена рандомизация на группы, в зависимости от использования резорбируемых десневых фитопластин на желатиновой основе и дозы КИП:

I – 35 человек: женщин – 28 (80,0%), мужчин – 7 (20,0%), без местной терапии;

II – 40 пациентов: женщин – 31 (77,5%), мужчин – 9 (22,5%), по 30 мг;

III – 40 лиц: женщин – 31 (77,5%), мужчин – 9 (22,5%), по 60 мг.

В качестве контрольной группы дополнительно включены 20 практически здоровых человек в возрасте $44,46 \pm 4,12$ лет: 13 женщин (65,0%) и 7 мужчин (35,0%).

Анализ данных проводили в динамике: на этапе диагностики (до лечения), на 14 сутки эрадикации, 21 и 49 (через 5 недель по окончании эрадикации) дни наблюдения. Согласно «Маастрихт VI», контроль эффективности эрадикационного лечения необходимо проводить через 5-6 недель после его окончания [4].

Выполняли комплексное стоматологическое обследование при помощи методов: основных – сбор жалоб, анамнеза, внешний и местный осмотр, частных – сиалометрия, и специальных – определение *HP* и sIgA (мкг/мл) в паротидном секрете.

При внешнем осмотре оценивали размеры ОУСЖ, их консистенцию и болезненность при пальпации; определяли степень увлажненности СОР, наличие свободной слюны.

Секреторную активность ОУСЖ устанавливали при помощи капсулы Лешли – Ющенко – Красногорского. Сиалометрия осуществлялась с 9 до 11 часов, на голодный желудок. Для стимулирования слюноотделения использовали 3% раствор аскорбиновой кислоты каждые 30 секунд в течение 20 минут. Полученный секрет ОУСЖ в градуированной пробирке, согласно классификации М. В. Симоновой (1982), расценивали как степень гипосаливации: I – 2,0-2,4 мл; II – 0,9-1,9 мл; III – 0-0,8 мл.

В полученной паротидной слюне выявляли:

1. *HP* при помощи уреазного экспресс-теста: каплю секрета помещали на индикаторный диск диаметром 6 мм. Окрашивание в течение 3 минут таблетки в синий цвет свидетельствовало о высокой уреазной активности и оценивалось как положительный результат на *HP*.

2. Уровень sIgA (мкг/мл) в иммунологической лаборатории ООО «ЭФиС» (набор «Вектор Бест», Россия) методом ИФА.

Параметрический анализ между группами проводили при помощи t-критерия Стьюдента и программного обеспечения Microsoft Excel. Статистически значимыми считали результаты с достоверностью при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На этапе диагностики, до эрадикации, у всех исследуемых ведущей жалобой являлось чувство постоянной сухости на протяжении дня. В 71,3% отмечалось

двустороннее увеличение ОУСЖ, при пальпации мягкие и безболезненны. СОР умеренно увлажнена, свободная слюна не определялась. Показатели сиалометрии ОУСЖ и уровня sIgA были снижены в 2,5-3 раза по сравнению с группой контроля (табл. 1). Уреазный экспресс-тест на *HP* положительный (табл. 1).

Пациенты I группы, не использовавшие местную терапию, на 14 сутки проведения эрадикационного лечения отмечали ухудшение состояния, дополнительно появлялись жалобы на першение в горле, затрудненное речеобразование. ОУСЖ были увеличены в размерах в 85,7%, пальпировались как мягко-эластические, безболезненные. По данным внутриротового осмотра, СОР сухая, гиперемированная, свободная слюна не определялась. В сравнении с исходными цифрами показатели сиалометрии ОУСЖ достоверно снижались в 7,8 ($p = 0,001$) раза (рис. 1). Положительный результат экспресс-теста на *HP* сохранялся в 77,1% случаев (табл. 1). Уровень sIgA уменьшился в 4,1 ($p = 0,018$) раза в сопоставлении с исходными данными (рис. 2).

Представители I группы, в связи с отсутствием положительной клинической динамики, были исключены из дальнейшего исследования.

У лиц II группы, применявших резорбируемые десневые фитопластины на желатиновой основе и КИП в дозировке 30 мг, на 14 сутки эрадикации субъективные жалобы на сухость уменьшились и преобладали в утреннее время. ОУСЖ оставались увеличенными у 67,5% пацкетов, однако СОР была увлажнена и визуально определялась свободная пенящаяся слюна. Количество секрета, полученного в результате сиалометрии ОУСЖ, увеличилось в 1,2 ($p = 0,005$) раза, по сравнению с исходными результатами (рис. 1). Уреазный экспресс-тест на *HP* слабоположительный в 60% случаев (табл. 1). Уровень sIgA возрос в 1,5 ($p = 0,041$) раза в сравнении с исходными данными (рис. 2).

У пациентов II группы на 21 день наблюдения сохранялась жалоба на сухость в полости рта в утренние часы. Данные внешнего осмотра и осмотра полости рта оставались без изменений. Показатель сиалометрии ОУСЖ, в сравнении с исходными цифрами, возрос в 1,6 раза ($p = 0,004$) (рис. 1). Следует отметить, что экспресс-тест на *HP* был отрицательным в 100% случаев (табл. 1). Концентрация sIgA увеличивалась в 2 раза ($p = 0,021$), сравнительно с начальными показателями (рис. 2).

Таблица 1. Сводная таблица объективных данных обследования во всех группах (сиалометрия ОУСЖ, sIgA, уреазный экспресс-тест)

Table 1. Summary table of objective data from all groups (PSG sialometry, sIgA, urease rapid test)

Группы Groups	Методы исследования Research methods	На этапе диагностики Diagnosis stage	14 день Day 14	21 день Day 21	49 день Day 49
Контроль Control n = 20	1. Сиалометрия, мл Sialometry, ml	4,76 ± 1,25	–	–	–
	2. sIgA, мкг/мл sIgA, µg/ml	365,74 ± 34,15	–	–	–
	3. Уреазный экспресс-тест на <i>HP</i> Urease rapid test for <i>HP</i>	Отр. 100% Negative 100%	–	–	–
I n = 35	1. Сиалометрия, мл Sialometry, ml	1,86 ± 0,06	0,61 ± 0,24	–	–
	2. sIgA, мкг/мл sIgA, µg/ml	161,87 ± 21,41	89,57 ± 7,32	–	–
	3. Уреазный экспресс-тест на <i>HP</i> Urease rapid test for <i>HP</i>	Полож. 100% Positive 100%	Полож. 77,1% Positive 77,1%	–	–
II n = 40	1. Сиалометрия, мл Sialometry, ml	1,51 ± 0,07	1,81 ± 0,09	2,35 ± 0,03	2,41 ± 0,27
	2. sIgA, мкг/мл sIgA, µg/ml	160,99 ± 35,85	225,39 ± 8,32	320,85 ± 5,34	301,74 ± 7,20
	3. Уреазный экспресс-тест на <i>HP</i> Urease rapid test for <i>HP</i>	Полож. 100% Positive 100%	Полож. 60% Positive 60%	Отр. 100% Negative 100%	Отр. 100% Negative 100%
III n = 40	1. Сиалометрия, мл Sialometry, ml	1,52 ± 0,09	3,25 ± 0,11	4,21 ± 0,07	4,11 ± 0,09
	2. sIgA, мкг/мл sIgA, µg/ml	162,16 ± 32,93	340,51 ± 6,17	363,59 ± 11,27	359,61 ± 13,15
	3. Уреазный экспресс-тест на <i>HP</i> Urease rapid test for <i>HP</i>	Полож. 100% Positive 100%	Отр. 100% Negative 100%	Отр. 100% Negative 100%	Отр. 100% Negative 100%

Исследуемые из II группы через 5 недель по окончании эрадикационной терапии, на 49 день наблюдения, отмечали симптомы сухости только в 23,3% случаев. ОУСЖ при пальпации были незначительно увеличены в 37,5%. СОР бледно-розового цвета, умеренно увлажнена прозрачной слюной. Результаты сиалометрии ОУСЖ и концентрации sIgA, по сравнению с контрольной группой, не доходили до контрольных значений (рис. 1, 2). Экспресс-тест на *НР* паротидного секрета – отрицательный в 100% случаев (табл. 1).

У пациентов III группы, использовавших резорбируемые десневые фитопластины на желатиновой основе и КИП в дозировке 60 мг два раза в день, уже на 14 сутки эрадикационного лечения отмечалось резкое улучшение состояния, но все еще сохранялась сухость СОР, преимущественно в утреннее время. ОУСЖ оставались увеличенными в 62,5% случаев, при этом СОР была увлажнена и визуализировалась свободная слюна в виде пенящегося секрета. Количество слюны, полученной в ходе сиалометрии ОУСЖ, возросло в 2,1

раза ($p = 0,006$), по сравнению с исходными данными (рис. 1). Уреазный экспресс-тест на *НР* показывал отрицательный результат в 100% случаев (табл. 1). Уровень sIgA был повышен в 2 раза ($p = 0,002$), по отношению к исходным цифрам (рис. 2).

У лиц III группы на 21 и 49 дни наблюдения жалобы выявлены не были. ОУСЖ при пальпации не определялись, СОР умеренно увлажнена прозрачной слюной. Количество паротидного секрета, полученного при сиалометрии ОУСЖ, и концентрация sIgA соответствовали контрольным значениям и не имели статистически значимой разницы (рис. 1, 2). Сохранялся отрицательный уреазный экспресс-тест на *НР* (табл. 1).

ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе проведенного исследования установлено, у пациентов с КЗЗ ЖКТ, ассоциированными с *НР*, развивался сиаладеноз ОУСЖ. Сопровождался симптомами гипосаливации в 100% и 71,3% гипертрофией органа.

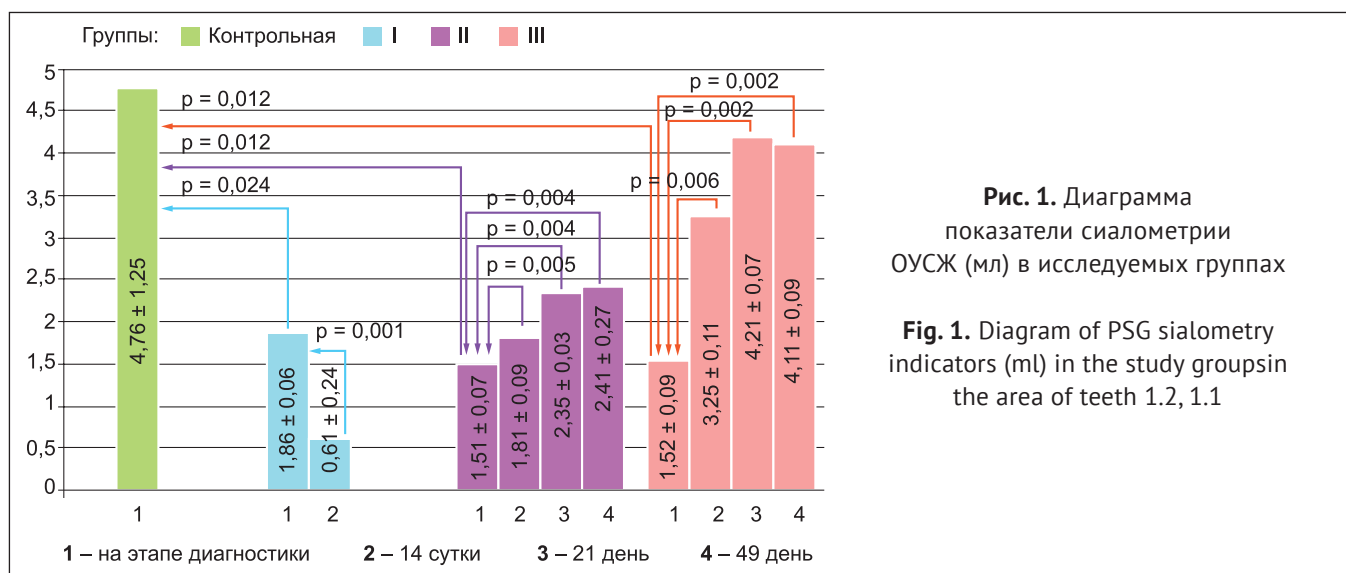


Рис. 1. Диаграмма показатели сиалометрии ОУСЖ (мл) в исследуемых группах

Fig. 1. Diagram of PSG sialometry indicators (ml) in the study groups in the area of teeth 1.2, 1.1

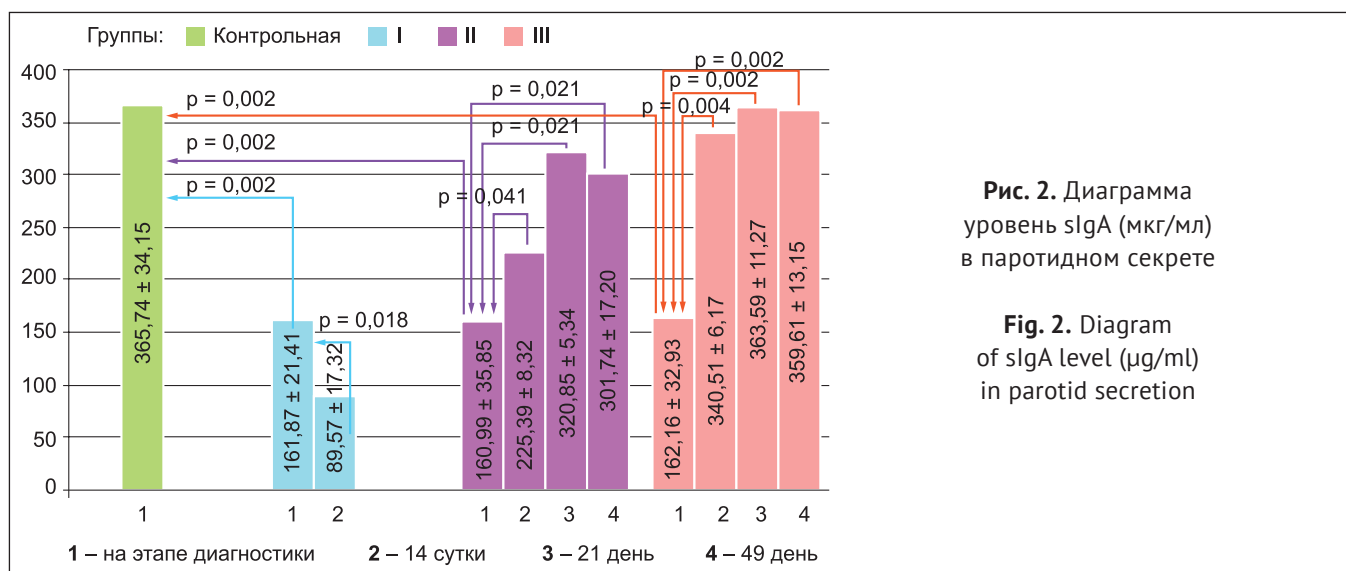


Рис. 2. Диаграмма уровень sIgA (мкг/мл) в паротидном секрете

Fig. 2. Diagram of sIgA level (µg/ml) in parotid secretion

Уровень сиалометрии был значительно снижен и соответствовал II-III степени ксеростомии, согласно классификации М. В. Симоновой (1982). Содержание sIgA в паротидном секрете также было значительно сокращено и не соответствовало значениям контрольной группы, что свидетельствовало о понижении реактивности организма, создании благоприятных условий для размножения и проявления патогенных свойств микроорганизма в полости рта [1, 7].

После проведения эрадикационной терапии без местного лечения резорбируемыми десневыми фитопластинами на желатиновой основе и КИП у обследуемых из I группы происходило снижение функциональной активности ОУСЖ. Это обусловлено фармакокинетическими свойствами используемого в схеме ИПП. Данный препарат воздействовал на париентальные клетки организма и оказывал на него антисекреторный эффект [17]. При этом также происходило сокращение продукции sIgA, который в условиях хронического асептического воспаления и гипосаливации, не образовывался в необходимом количестве в протоковой системе ОУСЖ [7]. Это объясняется и сохраняющимся положительным урезанным экспресс-тестом на *НР* в паротидном секрете, несмотря на успешно проведенную эрадикацию в ЖКТ.

У пациентов II и III групп с применением резорбируемых десневых фитопластин на желатиновой основе и КИП уже к 14 суткам отмечается значительное улучшение состояния и увеличение секреции ОУСЖ (I-II степень) и sIgA, несмотря на проведенную эрадикацию, по сравнению с I группой. Однако у обследуемых из II группы в паротидной слюне все еще сохранялся положительный уреазный экспресс-тест в 60% случаев, в отличие от пациентов III группы, что объяснялось применяемой дозой в 30 мг КИП. При этом, несмотря на улучшение, исследуемые показатели на 14 сутки у II и III групп все еще не достигали контрольных цифр, в связи с чем было принято решение продолжить прием

резорбируемых десневых фитопластин на желатиновой основе и КИП до 21 дня (рис. 1, 2). Данные пластины, благодаря своему составу, обладают спазмолитическим действием в отношении сосудистой стенки, что играет важную роль в механизме образования первичного секрета [1, 6]. В то же время использование КИП позволяло увеличить содержание IgA в смешанной слюне, создавая условия для образования sIgA в протоковой системе ОУСЖ. Таким образом обеспечивалась иммунологическая защита и резистентность СОР к микробной инвазии [14, 15].

На 21 и 49 день у обследуемых из III группы жалобы на сухость не отмечались, в сравнении со II группой, у которой только к 49 дню симптом гипосаливации наблюдался лишь в 23,3% случаев. Аналогичная тенденция прослеживалась в результатах проведенных исследований уровня саливации и sIgA. Исключительно представители III группы, использовавшие резорбируемые десневые фитопластины на желатиновой основе и КИП в дозировке 60 мг, достигали значений контрольной группы уже к 21 дню и сохраняли свой эффект на 49 день (рис. 1, 2). Лечебное действие резорбируемых десневых фитопластин на желатиновой основе и КИП также подтверждалось отрицательным уреазным экспресс-тестом в паротидном секрете на *НР*.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Нарушение функциональной активности ОУСЖ при КЗЗ ЖКТ, ассоциированных с *НР*, имеет общесоматический характер и требует комплексного мультидисциплинарного взаимодействия между врачом-стоматологом и врачом-гастроэнтерологом.

2. В базовую терапию сиаденноза ОУСЖ у пациентов, находящихся на эрадикационном лечении, считаем необходимым включение резорбируемых десневых фитопластин на желатиновой основе и КИП в дозировке 60 мг два раза в день в течение 21 дня.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мирзакулова УР, Менчишева ЮА, Менжанова ДД, Рысбеков ИБ, Гогаладзе КЛ. Диагностика хронических неопухолевых поражений околоушных слюнных желез. *Medicus*. 2021;(3):63–67. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=45718190>
2. Орлова ЕС. Ротовая полость как внегастральный резервуар реинфицирования *Helicobacter pylori*. *Академический журнал западной Сибири*. 2021;17(4):3–4. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=47326211>
3. Леонтьева НИ, Грачева НМ, Щербаков ИТ, Хренников БН. Результаты применения некоторых уреазных экспресс-методов в лабораторной диагностике хеликобактериоза. *Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы*. 2012;(4):10–12. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=18194061>

4. 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
5. Григорьев СС, Кудинов ПН, Бурлак АВ. Синдром сухого рта (обзор литературы). *Уральский медицинский журнал*. 2019;12(180):18–25. doi: 10.25694/URMJ.2019.12.07
6. Карпук ИЮ. Роль белков слюны в мукозальном иммунитете. *Иммунопатология, аллергология, инфектология*. 2014;(4):79–93. doi: 10.14427/jipai.2014.4.79
7. Новицкая ИК, Терешина ТП. Роль слюны в обеспечении процессов минерализации зубов (Обзор). *Инно-*

вации в стоматологии. 2013;(2):37-41. Режим доступа:

<https://cyberleninka.ru/article/n/rol-slyuny-v-obespechenii-protsesov-mineralizatsii-zubov-obzor>

8. Асиятилов АХ, Ордашев ХА, Асиятилов ГА, Шахбанов А. К., Минкаилова С Р. Комплексное лечение больных метаболическими сиаденозами. Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. 2013;(4):40-42. Режим доступа:

<https://elibrary.ru/item.asp?id=22612236>

9. Сультимова ТБ, Козлова МВ, Коновалова ТА. Применение фитопрепарата местного пролонгированного действия в комплексном лечении пациентов с сиаденозами околоушных слюнных желез. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2022;(3):74-78.

doi: 10.26269/ngzt-tx53

10. Тимченко ВН, Павлова ЕБ. Использование комбинированного препарата на основе лекарственных трав с кодеином в лечении острых респираторных заболеваний у детей. Вопросы современной педиатрии. 2007;6(5):96-99. Режим доступа:

<https://cyberleninka.ru/article/n/ispolzovanie-kombinirovannogo-preparata-na-osnove-lekarstvennyh-trav-s-kodeinom-v-lechenii-ostryh-respiratornyh-zabolevaniy-u-detey>

11. Михайлова АБ, Вавилова ТП, Горбатова ЕА. Применение препаратов растительного происхождения в комплексном лечении катарального гингивита. Российская стоматология. 2009;2(3):37-40. Режим доступа:

<https://elibrary.ru/item.asp?id=23339952>

12. Козодаева МВ, Мануйлов БМ, Иванов ВС, Иванова ЕВ. Динамика показателей местного иммунитета полости рта при лечении пародонтита современными фитопрепаратами у больных сахарным диабетом. Пародонтология. 2011;(3):22-26.

Режим доступа:

<https://elibrary.ru/item.asp?id=16752399>

13. Мануйлов БМ, Афанасьев СС, Мануйлова ЕБ, Затевалов АМ, Симоненко СВ, Борисова ОЮ и др. Возможности коррекции микробиоты ротоглотки и кишечника у детей природными средствами на основе экстрактов растений. Microbiology Independent Research journal. 2022;9(1):1-8.

doi: 10.18527/2500-2236-2022-9-1-1-8

14. Новикова ЛИ, Алешкин ВА, Волков АВ, Лютов АГ, Матвеевская НС, Панурина РЛ, и др. Комплексные иммуноглобулиновые препараты местного применения как средства терапии бактериальных и вирусных инфекций. Фундаментальные и прикладные аспекты медицинской приматологии. 2016;(1):205-211. Режим доступа:

<https://elibrary.ru/item.asp?id=28349026>

15. Новикова ЛИ, Зуева ММ, Алешкин ВА, Борисова ИВ, Панурина РЛ. Изучение фармакокинетики комплексного иммуноглобулинового препарата при пероральном введении. International Journal on Immunorehabilitation. 2010;12(2):236b-237. Режим доступа:

<https://elibrary.ru/item.asp?id=13862620>

16. Лобейко ВВ, Рыжак ГА, Дьяконов ММ, Иорданишвили АК. Лечение реактивно-дистрофических заболеваний слюнных желез у людей пожилого и старческого возраста. Кубанский научный медицинский вестник. 2015;(1):69-74. Режим доступа:

<https://cyberleninka.ru/article/n/lechenie-reaktivno-distroficheskikh-zabolevaniy-slyunnykh-zhelez-u-lyudey-pozhilogo-i-starcheskogo-vozrasta>

17. Костина АА, Кулакова ДА, Аксенова ТА. Препараты ингибиторов протонной помпы: проблема выбора. Международный студенческий научный вестник. 2021;(2):172-172.

doi: 10.17513/msnv.20654

REFERENCES

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

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

2. Orlova ES. The oral cavity as an extragastric reservoir of Helicobacter pylori reinfection. Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri. 2021;17(4):3-4 (In Russ.). Available from:

<https://elibrary.ru/item.asp?id=47326211>

3. Leontyeva NI, Gracheva NM, Shcherbakov IT, Khrennikov BN. The results of using some rapid urease tests in the laboratory diagnosis of helicobacter pylori infection. Epidemiology and infectious diseases. Actual questions. 2012;(4):10-12 (In Russ.). Available from:

<https://elibrary.ru/item.asp?id=18194061>

4. Sheptulin AA. The Main Statements of the Con-

sensus “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

5. Grigoriev SS, Kudinov PN, Burlak AV. Dry mouth syndrome (literature review). Ural Medical Journal. 2019;12(180):18-25 (In Russ.).

doi: 10.25694/URMJ.2019.12.07

6. Karpuk IYu. Role of proteins of the saliva for the mucosal immunity. Immunopathology, Allergology, Infectology. 2014;(4):79-93 (In Russ.).

doi: 10.14427/jipai.2014.4.79

7. Novitskaya IR, Tereshina TP. Saliva role in ensuring the processes of mineralisation of teeth (Review). Innovations in Dentistry. 2013;(2):37-41 (In Russ.). Available from:

<https://cyberleninka.ru/article/n/rol-slyuny-v-obespechenii-protsesov-mineralizatsii-zubov-obzor>

8. Asiyatillov AKh Ordashev KhA, Asiyatillov GA, Shakhbanov AK, Minkailova S R. Complex treatment of patients with metabolic sialadenosis. *Vestnik Dagestanskoy gosudarstvennoy medicinskoj akademii*. 2013;(4):40-42 (In Russ.). Available from:

<https://elibrary.ru/item.asp?id=22612236>

9. Sultimova TB, Kozlova MV, Konovalova TA. Application of herbal drugs of local prolonged action in the complex treatment of patients with sialadenosis of parotid salivary glands. *Kremlin Medicine Journal*. 2022;(3):74-78 (In Russ.).

doi: 10.26269/ngzt-tx53

10. Timchenko VN, Pavlova EB. Application of the combined medication based on the medical herbs with codeine in treatment against the acute respiratory diseases among children. *Current Pediatrics*. 2007;6(5):96-99 (In Russ.). Available from:

<https://cyberleninka.ru/article/n/ispolzovanie-kombinirovannogo-preparata-na-osnove-lekarstvennyh-trav-s-kodeinom-v-lechenii-ostryh-respiratornyh-zabolevaniy-u-detey>

11. Mikhailova AB, Vavilova TP, Gorbatoeva EA. The use of herbal medicines in the combined treatment of catarrhal gingivitis. *Rossiyskaya stomatologiya*. 2009;2(3):37-40 (In Russ.). Available from:

<https://elibrary.ru/item.asp?id=23339952>

12. Kozodaeva MV, Manulov BM, Ivanov VS, Ivanova EV. The dynamics of oral local immunity indicators in the treatment of periodontitis with modern herbal remedies for diabetes mellitus patients. *Parodontologiya*. 2011;(3):22-26 (In Russ.). Available from:

<https://elibrary.ru/item.asp?id=16752399>

13. Manuylov BM, Afanasiev SS, Manuylova EB, Zatevalov AM, Simonenko SV, Borisova OY, et al. Correction of the oropharyngeal and gut microbiota in children by plant extracts containing natural products. *Microbiology Independent Research journal*. 2022;9(1):1-8 (In Russ.). Available from:

doi: 10.18527/2500-2236-2022-9-1-1-8

14. Novikova LI, Alyoshkin VA, Volkov AV, Lyutov AG, Matveevskaya NS, Panurina RL, et al. Complex immunoglobulin preparations for topical application as a mean of therapy of bacterial and viral infections. *Fundamental and applied aspects of medical primatology*. 2016;(1):205-211 (In Russ.). Available from:

<https://elibrary.ru/item.asp?id=28349026>

15. Novikova LI, Zueva MM, Alyoshkin VA, Borisova IV, Panurina RL. Study of pharmacokinetics of complex immunoglobulin preparation at oral administration. *International Journal on Immunorehabilitation*. 2010;12(2):236b-237 (In Russ.). Available from:

<https://elibrary.ru/item.asp?id=13862620>

16. Lobeyko BB, Ryzhak GA, Dyakonov MM, Iordanishvili AK. Treatment of reactive and dystrophic diseases of sialadens at people of advances and senile age. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2015;(1):69-74 (In Russ.). Available from:

<https://cyberleninka.ru/article/n/lechenie-reaktivno-distroficheskikh-zabolevaniy-slyunnykh-zhelez-u-lyudey-pozhilogo-i-starcheskogo-vozrasta>

17. Kostina AA, Kulakova DA, Aksenova TA. Proton pump inhibitor preparations: problem of choice. *Mezhdunarodnyj studencheskij nauchnyj vestnik*. 2021;(2):172-172 (In Russ.).

doi: 10.17513/msnv.20654

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>

Мануйлов Борис Михайлович, доктор биологических наук, заведующий лабораторией медико-биологических исследований научно исследовательского института детского питания – филиала Федерального исследовательского Центра питания и биотехнологии, Московская область, Истра, Российская Федерация

Для переписки: bmanuilov@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6167-1017>

Алешкин Владимир Андрианович, доктор биологических наук, профессор, заслуженный деятель науки, руководитель лаборатории клинической микробиологии и биотехнологии бактериофагов Московского научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии имени Г. Н. Габричевского, Москва, Российская Федерация

Для переписки: info@gabrich.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6163-6342>

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Corresponding author:

Tatyana A. Konovalova, DMD, Assistant Professor, Department of Dentistry, Central State Medical Academy at the Department of Presidential Affairs 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 at the Department of Presidential Affairs 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 at the Department of Presidential Affairs of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

For correspondence: s.chorbinskaya@mail.ru

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

Boris M. Manuilov, PhD, DSc, Professor, Head of the Laboratory of Biomedical Research, Research Institute of Baby Nutrition – Branch of the Federal Research Centre of Nutrition, Biotechnology and Food Safety, Istra, Russian Federation

For correspondence: bmanuilov@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6167-1017>

Vladimir A. Aleshkin, PhD, DSc, Professor, Honored Scientist, Head of the Laboratory of Clinical Microbiology and Biotechnology of Bacteriophages G. N. Gabrichevsky Moscow Research Institute for Epidemiology and Microbiology, Moscow, Russian Federation

For correspondence: info@gabrich.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6163-6342>

Конфликт интересов:

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов / Conflict of interests:

The authors declare no conflict of interests

Поступила / Article received 27.04.2024

Поступила после рецензирования / Revised 07.05.2024

Принята к публикации / Accepted 29.05.2024

