

**Epidemiological studies of the prevalence of chronic forms of sialoadenitis  
Shayahmetov D.<sup>1</sup>, Yuldashev I.<sup>2</sup>, Alzhanova A.<sup>3</sup>, Kasenova N.<sup>4</sup>**

**Эпидемиологические исследования распространенности хронических форм  
сиалоаденитов**

**Шаяхметов Д. Б.<sup>1</sup>, Юлдашев И. М.<sup>2</sup>, Альжанова А. М.<sup>3</sup>, Касенова Н. С.<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Шаяхметов Давлетшиа Белекович / Shayahmetov Davletsha – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Кыргызская государственная медицинская академия;

<sup>2</sup>Юлдашев Ильшат Мухитдинович / Yuldashev Ilshat – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой, кафедра стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии, Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б. Н. Ельцина;

<sup>3</sup>Альжанова Айнагуль Муратовна / Alzhanova Ainagul – аспирант, ассистент;

<sup>4</sup>Касенова Назгуль Сабыржановна / Kasenova Nazgul – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Кыргызская государственная медицинская академия, г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Аннотация:** проведенное эпидемиологическое исследование дало возможность составить портрет носителя скрыто-протекающей сиалопатологии. В статье указывается, что имеется значительная разница между официально зарегистрированной в лечебных учреждениях заболеваемостью слюнных желез и данными, полученными авторами.

**Abstract:** conducted epidemiological research has made it possible to develop a portrait of media hidden-flowing of sialopathology. The article indicates that there is significant difference between officially registered in medical institutions in the incidence of salivary glands and those obtained by the authors.

**Ключевые слова:** сиалопатология, распространенность, скрыто-протекающая заболеваемость слюнных желез.

**Keywords:** sialopathology, the prevalence of latent-occurring morbidity of salivary glands.

**Введение.** Для правильной оценки текущей ситуации и определения тактики лечения заболеваний слюнных желез (СЖ) необходимо ориентироваться на результаты эпидемиологических исследований, так как они дают не только оценку распространенности различных нозологических форм заболеваний, но и выявляют факторы, способствующие их возникновению [5]. Биологическая значимость СЖ в организме весьма широка, в связи с тем, что они не только вырабатывают слюну, но и содержат ряд биологических активных веществ, которые играют большую роль в жизнедеятельности организма. Они обеспечивают поддержание гомеостаза полости рта и верхних отделов желудочно-кишечного тракта, обеспечивают первичную ферментативную обработку пищи, давая возможность прохождения пищевого комка по пищеводу [6]. Но этим функции СЖ не ограничиваются, они выполняют также важные функции: защитную, трофическую, экскреторную, инкреторную [4] и другие. СЖ тесно связаны с другими органами и системами такими как: эндокринная (поджелудочной, щитовидной, половыми железами), нервная, а также активно реагируют на изменения, происходящие в них. Поэтому, пациентов с патологией и различными функциональными нарушениями СЖ, можно обнаружить не только в специализированных стоматологических отделениях, но и в других лечебных учреждениях (ревматологическом, эндокринологическом, гастроэнтерологическом и др.

Заболевания слюнных желез нередко встречаются в практической работе врачей-стоматологов. На их долю приходится от 2,3% до 5,2% больных госпитализированных в отделения хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии [1].

Необходимо отметить, что указанные данные касаются больных, направленных на прием и госпитализацию с явной клинической симптоматикой заболевания слюнных желез. На самом деле количество больных с патологией слюнных желез гораздо больше, но не всегда на это обращают внимание, так как проводят обследование и лечение других заболеваний. Например, по данным исследований В. В. Афанасьева с соавторами, при обследовании больных с сахарным диабетом, находившихся на лечении в отделении эндокринологии у 33,2% из них было обнаружено увеличение слюнных желез на которое врачи первичного звена не обратили должного внимания, и данные об этом заболевании не указаны в историях болезни [2].

На этом основании А. В. Щипский с соавторами описали диагностические признаки скрыто протекающего сиалоаденита [8]. При эпидемиологическом обследовании могут возникать такие ситуации, когда более подробную информацию можно получить при опросе различных групп населения.

**Цель исследования:** выявить наличие и изучить распространенность не диагностированных и скрытых форм хронических сиалоаденитов среди жителей Кыргызской Республики (КР).

Дать характеристику потенциальному носителю скрытой патологии слюнных желез.

**Задачи исследования:** изучить этиопатогенетические факторы развития воспалительных заболеваний слюнных желез. Изучить действительную распространенность воспалительных заболеваний слюнных желез среди жителей КР.

**Материалы исследования:**

Нами проведено эпидемиологическое исследование среди жителей КР. Сбор данных проводился по результатам обобщения информации, полученной из разработанных нами анкет – опросников. Чтобы, как можно более точно, охарактеризовать потенциального носителя сиалопатологии, респонденты должны были ответить на следующие вопросы:

- возраст;
- появление припуханий в области СЖ (их частота, причины возникновения);
- изменение вкуса слюны;
- сухость в полости рта (частота и причины возникновения);
- сопутствующие заболевания;
- характер питания;
- количество выпиваемой жидкости в сутки;
- профессиональные и бытовые вредности, с которыми сталкиваются респонденты (частые вынужденные переохлаждения, интоксикации, стрессы).

**Результаты и обсуждение.**

По данным архивного материала частота заболеваний слюнных желез у пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделениях ЧЛХ КР в среднем составила 1,8% [7], причем с неравномерным распределением по регионам (НГ МЗ КР - 2,3%; ООКБ - 1,41%; ЖАОБ - 1,42%) в то время как в других странах они колеблются от 3 до 24% [3].

Предполагается, что некоторое количество воспалительных заболеваний СЖ могут быть ошибочно пройдены как воспалительные заболевания лимфатических узлов.

Окружающая среда прямо и косвенно влияет на здоровье человека. Нормальное функционирование организма и отдельных его систем и органов возможно лишь в определенном диапазоне значений различных параметров внешней и внутренней среды. Чем ближе значение параметров к оптимальным, тем меньше энергии затрачивает организм для поддержания жизненных процессов и тем больше энергии может выделить для внешней деятельности или внутренней работы, направленной на самосовершенствование. Исходя из этого положения, мы включили в анкету — опросник вопрос о вредностях (внешних и внутренних), с которыми сталкиваются жители КР в условиях профессиональной деятельности и в быту.

На эти вопросы ответили 1197 респондентов из них: 302 (25,2%) респондента в своих анкетах отметили частые (вынужденные) переохлаждения; 154 (12,9%) - интоксикации; 616 (51,5%) - стрессы; 125 (10,4%) - другие вредности.

В термин «интоксикация» - включались все виды токсических воздействий на организм, включая курение.

Все опрошенные находились в трудоспособном возрасте от 18 до 65 лет. Среди них женщин 644 (51,9%), мужчин 597 (48,1%). По характеру трудовой деятельности респонденты распределялись следующим образом: служащие – 396 (31,9%), рабочие – 307 (24,7%), студенты и учащиеся – 210 (16,9%), индивидуальные предприниматели – 203 (16,4%), домохозяйки и безработные - 108 (8,7%), пенсионеры – 17 (1,4%).

В процессе дальнейшего изучения анкет, мы обращали внимание на частоту наиболее характерных проявлений воспалительных заболеваний СЖ.

452 опрошенных (36,4%) отметили более или менее частые припухания в области слюнных желез. Из них в области околоушной железы 201 (44,5%); в области поднижнечелюстной железы -160 (35,4%); в области подъязычной железы-91 (20,1%). Отмечено, что только 145 (32,1%) из 452 человека отмечавших припухания в области слюнных желез обращались за помощью в лечебные учреждения.

Появление припуханий СЖ они связывали со следующими факторами:

- переохлаждение — 253 (56%) от всех припуханий;
- алиментарный фактор - 73 (16,1%);
- травмы СЖ - 70 (15,5%);
- 56 опрошенных появления припуханий ни с чем смогли связать (12,4%).

По частоте проявлений припуханий и их связи с сезоном:

- однократно и не связано с сезоном - 126 (27,9%);
- в холодный период года - 181 (40,0%);
- часто и не связано с сезоном - 46 (10,2%);

- редко и не связано с сезоном - 69 (15,3%);
- не смогли ответить - 30 (6,6%).

Кроме вышеперечисленных данных одним из характерных признаков хронического сиалоаденита является выделение слюны с кислым или солоноватым привкусом. Это объясняется застойными явлениями в СЖ, когда, вследствие длительного нарушения слюнооттока и ее застоя, меняются ее вкусовые свойства. 294 опрошенных периодически отмечали появление слюны с кислым солоноватым привкусом (23,7% от всех опрошенных по КР).

Несмотря на такие большие цифровые показатели только 10,1% из 294 опрошенных обращались за медицинской помощью к специалистам. Приведенные данные указывают на слабую осведомленность как со стороны населения, так и со стороны медицинских работников по вопросам заболеваний СЖ.

Следующий характерный признак поражения СЖ— это периодически отмечающаяся сухость полости рта, она возникает как проявление нарушения функции СЖ вследствие воспалительных или дистрофических заболеваний, или как ответная реакция со стороны СЖ на воздействие внешних или внутренних факторов.

786 (63,4%) респондентов отмечали периодически возникающую сухость полости рта. Из них у 625 (50,4%) ощущение сухости в полости рта отмечалось изредка, а 161 (13%) отмечали частую и даже ежедневную сухость полости рта, что говорит о развивающихся дистрофических процессах СЖ.

Ощущение сухости полости рта 13,9% отмечали с детства, а 15,7% с начала профессиональной деятельности.

При изучении патогенеза, диагностики, дифференциальной диагностики воспалительных и дистрофических заболеваний СЖ большое значение имеет состояние лимфатической системы и, в частности лимфатических узлов. Поэтому в анкету-опросник мы также включили вопросы о состоянии лимфоузлов, расположенных в области СЖ. При этом у 382 (30,8%) опрошенных отмечались периодическое припухание лимфоузлов, расположенных в области околоушных и поднижнечелюстных СЖ. Высокий процент заболеваний лимфатических узлов (30,8%) говорит о нарушении и снижении компенсаторных процессов со стороны иммунной системы.

Сопутствующие общие заболевания и хронический сиалоаденит имеют один этиологический фактор - слабое звено в целостном организме[1]. Исследуя вероятность влияния сопутствующих заболеваний на развитие воспалительных и дистрофических заболеваний СЖ, мы выяснили их наличие у наших респондентов. Со слов опрошенных нами жителей заболевания сердечнососудистой системы отмечены у 183 человек (14,7%), желудочно-кишечного тракта - 358 (28,8%), болезнь Боткина - 234 (18,9%), заболевания щитовидной железы - 114 (9,2%), поджелудочной железы, в том числе сахарный диабет - 119 (9,6%), эпидемический паротит - 75 (6%).

Можно предположить, что сопутствующие заболевания, ослабляя защитные силы организма, создают предпосылки возникновения заболеваний различных органов и систем, в том числе и СЖ.

В этиологии хронического калькулезного сиалоаденита (слюннно-каменной болезни) большое значение имеет нарушение минерального обмена в организме. Этот же фактор является одним из основных в этиопатогенезе и других «каменных» болезней (желчнокаменная, почечнокаменная, мочекаменная), поэтому в анкету - опросник были включены вопросы о наличии этих болезней в анамнезе респондентов. Желчнокаменная болезнь упоминалась нашими респондентами в 111 случаях (8,9%); почечнокаменная у 82 (6,6%); мочекаменная у 70 респондентов (5,6%); слюнннокаменную болезнь отметили 26 респондентов (2,1%).

Характер питания и количество выпиваемой жидкости имеет большое значение в возникновении и развитии воспалительных и дистрофических заболеваний СЖ вследствие того, что они влияют на показатели вязкости слюны и кислотно-щелочного равновесия в полости рта.

**При заполнении анкет респондентами о своих гастрономических предпочтениях, мы получили следующие результаты:**

- мясная, жирная пища - (44,4%);
- растительная пища - (29,6%);
- острая пища - (26%).

**Количество выпиваемой жидкости:**

- до 1 литра - опрошенных (15,5%)
- до 2 литров - (59,7%)
- выше 2 литров - (24,8%).

Влияние алиментарного фактора и количество выпиваемой жидкости снижает вязкость смешанной слюны, таким образом улучшая проходимость слюнных протоков. Достаточное количество (в пределах 2 литров) выпиваемой жидкости также снижает вязкость слюны. Рекомендуемое нами количество выпиваемой воды в сутки 25-30 мл на 1 кг веса тела. При этом необходимо учитывать наличие сопутствующих сердечно - сосудистых заболеваний, заболеваний почек. Большое значение имеет время

года. В жаркий сезон, особенно в условиях сухого, жаркого лета количество выпиваемой жидкости следует увеличить до 50 мл на 1 кг веса тела.

Таким образом, прослеживается зависимость вязкости смешанной слюны от характера принимаемой пищи и количества выпиваемой жидкости. В то время как чрезмерная вязкость слюны снижает ее защитную реакцию.

Медицинский портрет жителя КР потенциального носителя заболеваний слюнных желез был бы не завершен, без изучения состояния полости рта респондентов. Наличие хронической травмы слизистой оболочки полости рта (СОПР) отметили (9,3%) респондентов; наличие острых травм- (8,8%); травмы СОПР связанные с профессиональной деятельностью - (3%).

#### **Заболевания тканей пародонта и СОПР:**

- пародонтит - (18,8%);
- гингивит - (61,2%);
- стоматит - (28,4%);

Таким образом, проведенные нами исследования позволили составить относительно правдоподобный медицинский портрет жителя КР, потенциального носителя сиалопатологии. Так потенциальный носитель сиалопатологии - это человек трудоспособного возраста мужского и женского пола, с наличием хронических заболеваний внутренних органов (ССС, ЖКТ, мочевыделительной системы, эндокринной системы и др.), при этом очень часто отмечающий сухость во рту и изменения вкуса выделяемой смешанной слюны (солонватая или кисловатая), в питании у него преобладает мясная, жирная пища относительно небольшое количество выпиваемой жидкости в сутки (от 1 до 2 литров) и часто отмечаются воспалительные заболевания органов ротовой полости (гингивит, пародонтит, стоматит и др.).

Также в холодное время года или при переохлаждении, отмечающих припухлость слюнных желез и лимфатических узлов (околоушных и поднижнечелюстных).

Потенциальный носитель заболеваний слюнных желез подвержен хроническому воздействию каких-либо токсинов (алкоголь, курение, внешние токсины - химические и др.).

#### *Литература*

1. Афанасьев В. В. Сиалоаденит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Экспериментально - клиническое исследование) [Текст]: дисс. д-ра мед. наук.:14.00.21. / В. В. Афанасьев. М., 1993.
2. Афанасьев В. В. Опыт работы центра заболеваний слюнных желез. Заболевания и повреждения слюнных желез [Текст] / В. В. Афанасьев, Б. Н. Хубутия, А. В. Щипский, В. А. Хрипунков // Матер. юб. науч. – практ. конф. с международным участием, посвящ. 60-летию д.м.н. проф. В.В. Афанасьева. Москва, 2006. С. 9-11.
3. Афанасьев В. В. Слюнные железы. Болезни и травмы: Руководство для врачей. [Текст] / В. В. Афанасьев. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2012. с.212.
4. Денисов А. Б. Слюна и слюнные железы [Текст] /А.Б. Денисов //-М: РАМН, 2006. - 372с.
5. Соловьева А. М. Эпидемиологическое исследование распространённости периодонтогенной микрофлоры полости рта у населения России [Текст] / А. М. Соловьева, С. К. Матело, А. А.Тотоян с соавт. // Стоматология, 2005. № 5. с. 14-20.
6. Степаненко Р. С.Роль слюнных желез в гомеостазе организма [Текст] /Р.С. Степаненко,В.В. Афанасьев, М.А.Полякова //Российский стоматологический журнал. - 2010. -№5. - с. 26-27.
7. Шаяхметов Д. Б. Заболеваемость слюнных желез по данным лечебных учреждений регионов Кыргызской Республики (ретроспективный анализ) [Текст] / Д. Б. Шаяхметов // - Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева, 2014. № 2.-с. 113-116.
8. Щипский А. В. Диагностические признаки скрыто протекающего сиалоаденита [Текст] / А. В. Щипский, В. В. Афанасьев // Российский стоматологический журнал, 2000. №5.-с. 40-41.