

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНУТРИОРГАННОГО ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И РЕАКТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Людчик Т. Б., Гурбанов Т. В.

*Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск,
кафедра челюстно-лицевой хирургии*

Реферат. Анатомическое внутривенное введение лекарственных препаратов группы глюкокортикоидов в сочетании с препаратами, обладающими антиагрегантной, антиоксидантной, ангиопротекторной активностью, позволяет эффективно снять обострение и уменьшить количество рецидивов хронических воспалительных и реактивно-дистрофических заболеваний околоушных слюнных желез.

Введение. Хронические воспалительные и реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез (хронические сиалоадениты и сиалозы) составляют около 45 % от всех заболеваний слюнных желез и характерны для различных возрастных групп. Мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой [1]. Эти заболевания начинаются незаметно, выделяются рецидивирующим и прогрессирующим характером течения и устойчивостью к консервативной терапии [2].

На сегодняшний день основным методом лечения хронических воспалительных и реактивно-дистрофических заболеваний слюнных желез является курс подкожных новокаин-фурациллиновых блокад и инстилляций основного выводного протока железы раствором антисептика в сочетании с физиотерапией и парентеральным введением антибиотика. При проведении подкожной блокады точка вкола иглы располагается в подчелюстной области, в проекции горизонтальной линии нижнего края нижней челюсти.

Анатомически это является проекцией нижнего отдела железы. Морфологическим исследованием [3] установлено, что в этой зоне, подверженной значительной деформации (растяжению) при жевательных движениях и артикуляции, капсула имеет максимальную толщину ($382,6 \pm 19,3$ мкм), состоит из трёх слоев соединительной ткани, средний из которых весьма плотный (объём коллагеновых волокон составляет $84,3 \pm 1,9$ %). Из этого следует, что подкожная инъекция раствора новокаина в количестве 20–50 мл над околоушной железой, которая заключена в плотную фасциальную капсулу, не создаёт новокаинового футляра вокруг железы, а капсула ограничивает диффузию лекарственных препаратов, что не позволяет создать в очаге воспаления эффективную терапевтическую концентрацию. Введение указанного объема препарата приводит к компрессии тканей и сосудов, угнетая региональное лимфо- и кровообращение, вызывает выраженную асимметрию лица с временной дисфункцией краевой верви лицевого нерва, что не позволяет проводить лечение амбулаторно.

Цель работы — улучшение результатов и сокращение сроков лечения хронических воспалительных и реактивно-дистрофических заболеваний околоушных слюнных желез в фазе обострения путем проведения не прямой лимфотропной терапии с помощью анатомического внутрижелезистого введения лекарственных препаратов в слюнную железу.

Материалы и методы. Поставленная задача решается проведением регионарной не прямой лимфотропной глюкокортикоидной терапии (раствор дексаметазона 4,0 мг 1 мл + раствор лидокаина гидрохлорида 1 % 4 мл) в сочетании с антиагрегантной, антиоксидантной, ангиопротекторной терапией и коррекцией микроциркуляции (раствор эмоксипина 3 % 5 мл + раствор лидокаина гидрохлорида 1 % 4 мл). Инъекции проводятся анатомически внутрижелезисто в свободные от прохождения ветвей лицевого нерва участки с низкой плотностью волокон ($35,7 \pm 2,4$ %) и относительно высоким объемом основного вещества и клеток $62,4 \pm 3,3$ % [3] общим количеством № 8–10 в зависимости от характера заболевания, числа пораженных желез.

Особенностью околоушной железы является то, что плоскостью сплетения лицевого нерва она условно делится на поверхностную и глубокую доли. Лицевой нерв, проходя через железу, может иметь как магистральный (35 %), так и сетевидный тип (65 %). При наложении этих типов имеются свободные участки железы, которые могут быть задействованы в лечебных целях.

В околоушно-жевательной области можно выделить несколько анатомических структур, которые могут быть использованы в качестве ориентиров для нахождения ветвей лицевого нерва. Наиболее часто в качестве ориентира используется расположение основного выводного протока, который при ретроградном доступе практически в 100 % случаев позволяет

найти щечную ветвь лицевого нерва. Проекция основного выводного протока на кожу лица определяется по линии, соединяющей козелок ушной раковины и угла рта. Толщина железы здесь доходит до 2 см. Проекция краевой ветви лицевого нерва определяется по нижнему краю тела нижней челюсти. В зачелюстной ямке эта ветвь проходит в толще железы, интраоперационно ее можно обнаружить в районе зачелюстной вены. В 90–83 % случаях краевая ветвь располагается латеральнее и в непосредственном контакте с веной [4, 5]. Зачелюстная вена проходит в непосредственной близости и параллельно заднему краю нижней челюсти на глубине около 1,5 см от поверхности кожи. Кзади имеется железистый массив, свободный от этих структур. Толщина железы здесь доходит до 3,14 см. Таким образом, участки околоушной железы между щечной и краевой ветвями, а также снаружи и кнутри от зачелюстной вены являются достаточными, чтобы при инъекции лекарственного препарата, задействовав ее центральную, нижнюю и заднюю части, покрыть практически всю площадь железы.

Исходя из приведенных морфологических аспектов, внутривенное введение препаратов, где относительный объем основного вещества и клеток составляет $62,4 \pm 3,3$ %, а волокон — $35,7 \pm 2,4$ % (на 30 % меньше, чем в подкапсульной зоне) [3] соответственно, с точки зрения непрямого эндолимфатической терапии более предпочтительно.

Результаты и обсуждение. *Пример 1.* Пациент С., 52 года, история болезни № 2980, находился на лечении с диагнозом «обострившийся хронический паренхиматозный сиалоаденит околоушной железы справа». Из анамнеза: болеет около 5 лет (ежегодные обострения — 1–2 раза). Почувствовал ухудшение состояния после переохлаждения. Жалобы на болезненную припухлость в области пораженной слюнной железы. Температура $38,2$ °С. Местно: лицо асимметрично за счет припухлости околоушной железы справа, при пальпации в области околоушной железы справа определяется уплотнение железы, болезненное при пальпации. В полости рта секрет железы скудный, с примесью гноя. Данные УЗИ: околоушная железа справа увеличена в объёме, неоднородная, эхогенность снижена, при ЦДК кровоток усилен. Околоушная железа слева не увеличена в размерах, контуры ровные, четкие, изоэхогенная, при ЦДК кровоток не усилен. В связи с недостаточной эффективностью базисной терапии, включающей новокаиновые блокады, инстилляций околоушной железы с антибиотиками и электрическое поле УВЧ, частые рецидивы в анамнезе, проведена регионарная лимфотропная глюкокортикоидная терапия путем анатомических блокад с препаратами «Дексаметазон» и «Эмосипин». Через сутки от начала лечения началось улучшение общего состояния пациента, температура тела нормализовалась. Местно: прекратились боли, уменьшился коллатеральный отек правой околоушной железы, ее секрет очистился от гнойного экссудата и сгустков слизи. Спустя трое суток симптомы

обострения воспалительного процесса исчезли. Через 10 суток секреция околоушной восстановилась до физиологической нормы, пациент выписан с улучшением, с рекомендациями проведения курса противорецидивной терапии через 2 месяца.

Пример 2. Пациентка Н., 51 год, история болезни № 2531, находилась на лечении с диагнозом «сиалоз околоушных желез гормональной этиологии (сахарный диабет 2 типа) в стадии обострения». Жалобы на припухлость в области околоушных слюнных желез с обеих сторон, сухость в полости рта. Уровень глюкозы — 5,0 ммоль/л. Местно: лицо асимметрично за счет припухлости в области околоушных желез с обеих сторон. При пальпации желез определяются увеличение их в объеме, в полости рта секрет из обеих желез выделяется скудно. Из анамнеза: болеет более 4 лет (ежегодные обострения — 2 раза), ранее неоднократно получала курс новокаин-фурациллиновых блокад с курсом физиотерапии. В связи с недостаточной эффективностью базисной терапии, включающей новокаиновые блокады, инстилляций околоушной железы антисептиками и электрическое поле УВЧ, частые рецидивы в анамнезе, проведена регионарная лимфотропная терапия путем анатомических блокад с препаратами «Дексаметазон» и «Эмосипин». Через 3 дня лечения пациентка отметила улучшение состояния. Сухость во рту уменьшилась. Местно: получен секрет слюны околоушных желез с обеих сторон. Через 7 суток припухлость в области желез уменьшилась, динамика положительная. На 10-е сутки пациентка выписана с улучшением, с рекомендациями проведения курса противорецидивной терапии через 2 месяца.

В результате исследований установлено, что проведение регионарной непрямой лимфотропной глюкокортикоидной терапии путем анатомических блокад с препаратами «Дексаметазон» и «Эмосипин» благоприятно воздействует на течение хронических воспалительных и реактивно-дистрофических процессов в слюнной железе.

Заключение. Разработанная анатомическая методика позволяет безопасно инфильтрировать весь объём железы, тем самым увеличить эффективность лимфотропной терапии. Использование препаратов группы глюкокортикоидов в сочетании с препаратом, обладающими антиагрегантной, антиоксидантной, ангиопротекторной активностью, таким как эмосипин, значительно улучшает прогнозы заболевания, влияет на увеличение межрецидивного периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рунова, Н. Б. Современные принципы диагностики слюнных желез и лечения заболеваний слюнных желез / Н. Б. Рунова // Современные технологии в медицине. 2011. № 3. С. 152–156.

2. Isacsson, G. Chronic sialadenitis of the submandibular gland. A retrospective study of 108 cases / G. Isacsson, B. Ahlner, P. Lundquist // Arch. Otorhinolaryngol. 1981. Vol. 232. P. 91–100.

3. Газаль, А. С. Морфологические основы совершенствования пункции околоушной слюнной железы (экспериментально-клиническое исследование) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27 / А. С. Газаль. Иркутск, 2007. 22 с.

4. *Bhattacharyya, N.* Anomalous relationship of the facial nerve and the retromandibular vein : a case report / N. Bhattacharyya, M. A. Varuares // J. of Oral Maxillofac. Surg. 1999. № 57. P. 75–76.

5. *Touré, G.* Relations of the facial nerve with the retromandibular vein : anatomic study of 132 parotid glands / G. Touré, C. Varuares // Surgical and Radiologic Anatomy. 2010. Vol. 32, № 10. P. 957–961.

Morphological aspects of intraorganic drugs delivery in treatment of chronic inflammatory and reactive-dystrophic diseases of salivary glands

Ludchik T. B., Gurbanov T. V.

Indirect lymphotropic therapy by intra-iron blockades allows to create a high concentration of drugs in the lymphatic system drainage pathological focus. And also to regulate transport, metabolic, immune, barrier and other functions of the lymphatic system.