

## НЕПРЯМАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СИАЛОАДЕНИТАХ И СИАЛОЗАХ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Людчик Т. Б., Гурбанов Т. В.

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь

**Реферат.** Хронические воспалительные и реактивно-дистрофические заболевания (сиалоадениты и сиалозы) околоушных слюнных желез протекают длительно, с частыми обострениями, постоянно ухудшающими процессы образования слюны и ее выведения, тем самым создавая условия для развития склеротических процессов в железе с исходом в цирроз. Поэтому патогенетическое лечение должно быть направлено не только на купирование воспалительных процессов слюнной железы, но и уменьшение процессов склерозирования железы и реваскуляризацию железистой структуры [1].

**Введение.** Разработанные методики для лечения сиалоаденитов и сиалозов околоушных слюнных желез в основном указывают на предпочтение антимикробной терапии, даже в стадии ремиссии заболевания. Вопросам межрецидивного лечения придается меньшее значения, хотя в этом периоде после завершения обострения воспалительного процесса начинаются процессы склерозирования в железе, ведущие к дальнейшему прогрессированию заболевания с падением или прекращением функции железы в условиях тканевой гипоксии. Становится очевидным, что патогенетическое лечение должно быть направлено на улучшение процессов микроциркуляции, реваскуляризацию железистой структуры, способствующих уменьшению процессов склерозирования железы [1].

Широко применяются для лечения данной патологии новокаин-фурацилиновые подкожные блокады, инстилляции основного выводного протока железы раствором антисептика в сочетании с физиотерапией и парентеральным введением антибиотика [2]. Недостатком подкожной блокады является то, что при стандартном введении точка вкола иглы (в проекции угла нижней челюсти) попадает на зону, где капсула имеет максимальную толщину ( $382,6 \pm 19,3$  мкм), состоит из трех слоев соединительной ткани, средний из которых весьма плотный (объем коллагеновых волокон составляет  $84,3 \pm 1,9$  %) [2]. Таким образом, подкожная инъекция раствора новокаина в количестве 20,0–50,0 мл над околоушной железой ограничивает диффузию лекарственных средств, что не позволяет создать в очаге воспаления эффективную терапевтическую концентрацию. Введение указанного объема препарата приводит к дополнительной компрессии тканей и сосудов уже отечной железы, угнетая региональное лимфо- и кровообращение. Не действуя на этиологические факторы и патогенетические механизмы сиалоаденитов вирусной этиологии, а также сиалозов аллергического, аутоиммунного генеза, новокаиновые блокады в виде подкожной инъекции и антибиотика не оказывают видимого эффекта [3, 4].

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

**Материалы и методы.** Поставленная задача решается путем регионарной не прямой лимфотропной глюкокортикоидной терапии в сочетании с антиагрегантной, антиоксидантной, ангиопротекторной терапией и коррекцией микроциркуляции. 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  $62,4 \pm 3,3$  % [2]. Общим количеством № 8–10 в зависимости от характера заболевания, числа пораженных желез. Для этого используется 2 раствора, которые чередуются каждый день (на курс — 4–6 инъекций). При поражении двух слюнных желез доза приготовленного раствора делится поровну на обе железы:

- раствор № 1: дексаметазон 4,0 мг 1 мл + лидокаин 1 % 4 мл;
- раствор № 2: эмоксипин 3 % 5 мл + лидокаин 1 % 2 мл.

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 ретро-

градном 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 83–90 % случаях краевая ветвь располагается латеральнее и в непосредственном контакте с веной [5, 6]. 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 внутри от зачелюстной вены являются достаточными, чтобы при инъекции лекарственного средства, задействовав ее центральную, нижнюю, и заднюю части, покрыть практически всю площадь железы.

Исходя из приведенных морфологических аспектов, внутрижелезистое введение средств, где носительный 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) соответственно, с точки зрения непрямо́й эндолимфатической терапии более предпочтителен [2].

Метод выполняется следующим образом: после антисептической обработки кожи (стандарт EN 1500) со стороны пораженной околоушной слюнной железы, в точку, которую определяют, отступив вниз от вершины сосцевидного отростка по проекции переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы до пересечения с линией нижнего края нижней челюсти (расстояние отступа от вершины сосцевидного отростка у мужчин составляет 2,5 см, у женщин — 1,7–2,0 см), производится вкол инъекционной иглы на глубину 3,5 см, попадая в глубокую долю железы. Толщина железы в этой области составляет около 3,14 см, а вместе с кожей и подкожно-жировой клетчаткой у взрослого человека — не менее 4 см. Здесь по мере продвижения иглы назад водится  $\frac{1}{3}$  объема раствора. Дойдя до глубины около 2 см, повернув иглу кнаружи от ветви челюсти и пройдя до 3,5 см, мы попадем в зону поверхностной доли железы, свободную от сосудов и нервных стволов (немного выше проекции краевой ветви лицевого нерва), где вводим еще  $\frac{1}{3}$  часть раствора. Таким образом мы задействуем нижний и задний участки околоушной железы.

Для введения средства в центральную часть железы вкол иглы делается в точке, расположенной между проекциями краевой и щечной ветвей, отступив от мочки уха кпереди на 1,5 см и на глубину 1,0–1,5 см в зависимости от выраженности подкожно-жировой клетчатки. В эту точку вводится оставшаяся часть ( $\frac{1}{3}$ ) приготовленного раствора.

**Результаты и их обсуждение.** *Пример.* Пациент Р., 45 лет, история болезни № 5794, находился на лечении с диагнозом «обострившийся хронический паренхиматозный сиалоаденит околоушной железы справа». Из анамнеза: болеет около 5 лет (ежегодные обострения — 1–2 раза). Почувствовал ухудшения состояния после переохлаждения. Жалобы на болезненную припухлость в области пораженной слюнной железы. Температура тела —  $38,2$  °С. Местно: лицо асимметрично за счет припухлости околоушной железы справа, при пальпации в области околоушной железы справа определяется болезненное уплотнение железы. В полости рта секрет железы скудный, с примесью гноя. Данные УЗИ: околоушная железа справа увеличена в объеме, неоднородная, эхогенность снижена, при ЦДК кровотоков усилен. Околоушная железа слева не увеличена в размерах, контуры ровные четкие, изоэхогенная, при ЦДК кровотоков не усилен. В связи с недостаточной эффективностью базисной терапии, включающей новокаиновые блокады, инстилляцией околоушной железы с антибиотиками и электрическое поле УВЧ, частые рецидивы в анамнезе, проведена регионарная лимфотропная глюкокортикоидная терапия и стимуляция микроциркуляции. Через 1 сут 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 уменьшились: железа стала обычного размера, мягко-эластичной консистенции, из протока слегка мутноватая слюна без примеси гнойного экссудата. Через 8–10 сут секреция околоушной восстановилась до физиологической нормы, пациент выписан с улучшением, с рекомендациями курса противорецидивной терапии через 2 мес. После противорецидивного курса пациент более 7 мес. находится в стадии ремиссии заболевания.

В результате исследований установлено, что регионарная непрямо́я лимфотропная глюкокортикоидная терапия в сочетании с антиагрегантной, антиоксидантной, ангиопротекторной терапией и коррекцией микроциркуляции благоприятно воздействует на купирование хронических воспалительных и рективно-дистрофических процессов в слюнной железе.

**Заключение.** Разработанная анатомическая методика позволяет безопасно инфильтрировать весь объем железы, тем самым увеличить эффективность лимфотропной терапии. Использование препаратов

группы глюкокортикоидов в сочетании с препаратами, обладающими антиагрегантной, антиоксидантной, ангиопротекторной активности, значительно улучшает прогнозы заболевания, влияет на увеличение межрецидивного периода.

### Литература

1. Рибачук, А. В. Клинико-морфологические особенности хронического сиалоаденита околоушных слюнных желез в разных возрастных группах / А. В. Рибачук, Ю. В. Диброва // Украин. науч.-мед. молодеж. журн. — 2009. — № 3, — С. 37–40.

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

3. Способ лечения лимфоденита, сиаладенита и сиалоза : пат. 2106886 РФ / В. В. Неустроев ; заяв. В. В. Неустроев ; заявл. 20.04.1994 ; опубл. 20.03.1998.

4. Лекарственная терапия воспалительного процесса : экспериментальная и клиническая фармакология противовоспалительных препаратов / Я. А. Сигидин [и др.]. — М. : Медицина, 1988. — С. 166–168.

5. Isacson, G. Chronic sialadenitis of the submandibular gland. A retrospective study of 108 cases / G. Isacson, B. Ahlner, P. Lundquist // Arch. Otorhinolaryngol. — 1981. — Vol. 232, № 1. — P. 91–100.

6. Bhattacharyya, N. Anomalous relationship of the facial nerve and the retromandibular vein: a case report / N. Bhattacharyya, M. A. Varuare // J. Oral Maxillofac. Surg. — 1999. — Vol. 57. — P. 75–76.

## MORPHOLOGICAL ASPECTS OF THE APPLICATION OF INDIRECT LYMPHOTROPIC THERAPY FOR CHRONIC INFLAMMATORY AND DISTROPHIC DISEASES OF SALIVARY GLANDS

*Ludchik T. B., Gurbanov T. V*

*State Educational Establishment “Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education”, Minsk, Republic of Belarus*

Pathogenetic treatment of chronic inflammatory and reactive-dystrophic diseases of the salivary glands should be complex, and aimed at stopping the inflammatory processes of the salivary gland, reducing the processes of sclerosing the gland and revascularization of the glandular structure.

Indirect lymphotropic glucocorticosteroid therapy in combination with antiplatelet, antioxidant, angioprotective therapy and microcirculation correction allows complex treatment of the pathological focus, increasing the inter-recessive period.

**Keywords:** sialosys, sialoadenit, salivary glands.