

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Шаяхметов Д.Б.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в статье систематизированы принципы лечения воспалительных заболеваний слюнных желез – сialoadenитов.

Ключевые слова: слюнные железы, сialoadенит, принципы лечения.

ШИЛЕКЕЙ БЕЗИНИН СЕЗГЕНУУ ООРУСУН ДАРЫЛОО АЛГОРИТМИ

Шаяхметов Д.Б.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
хирургиялык стоматология жана бет-жаак хирургия кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутундуу: макалада шилекей бездеринин сезгенүү ооруларынын дарылоо принциптери чагылдырылган.

Негизги сөздөр: шилекей бездери, сialoadениттерди дарылоо принциптери.

ALGORITHM FOR THE TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE SALIVARY GLANDS

Shayahmetov D.B.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Department dental surgery and maxillofacial surgery
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: the article systematizes the treatment principles of inflammatory diseases of the salivary glands - sialoadenitis.

Keywords: salivary glands, sialoadenitis, principles of treatment.

Заболевания слюнных желез, по данным литературы, составляют от 2,3% до 5,2% от всех больных, находящихся на стационарном лечении в отделениях челюстно-лицевой хирургии [2]. Среди всех заболеваний слюнных желез, доля острых и хронических сialoadенитов составляет 42%-54,4% [2].

В последние годы появились работы, направленные на совершенствование методов лечения воспалительных заболеваний слюнных желез [1, 3, 6, 11], но, несмотря на это, по-прежнему отмечаются частые обострения хронического сialoadенита, переход его в поздние стадии и запущенные формы, когда происходит замещение железистой ткани фиброзной. Согласно данным А.В. Щипского [12], необходимо не менее трех недель после исчезновения клинических признаков обострения хронического воспаления, чтобы наступила регенерация железистой ткани. Исходя из этого, рекомендуется лечение

проводить до полного выздоровления. Таким образом, проблема реабилитации таких больных остается актуальной.

Цель работы: составить алгоритм лечения заболеваний слюнных желез для практических врачей.

Разработка новых методов лечения сialoadенита в наши непосредственные задачи не входила. Наше исследование направлено на систематизацию существующих методик лечения, а так же определения принципов их оптимального применения.

Лечение сialoadенита, в зависимости от тяжести течения заболевания, можно проводить как в поликлинике, так и в стационаре. В период обострения сialoadенита проводится комплекс лечебных мероприятий, в который входят антибиотикотерапия, противовоспалительное, десенсибилизирующее, общеукрепляющее, симптоматическое лечение и физиопроцедуры.

При наличии гнойных выделений необходимо проводить инстилляцию протоков слюнных желез растворами антибиотиков, а также промывание их растворами антисептиков.

В комплекс лечения хронического сиалоаденита в стадии ремиссии входят мероприятия, направленные на решение следующих задач:

1. повышение неспецифической резистентности организма;
2. устранение микроциркуляторных расстройств в слюнных железах;
3. улучшение трофики слюнных желез и стимуляция их функции;
4. усиление эвакуаторной функции слюнных желез;
5. приостановление скорости склерозирования стромы и дегенерации паренхимы;
6. снижение токсического воздействия на организм системных заболеваний (консультация и лечение у профильных специалистов – ревматолога, гастроэнтеролога, эндокринолога и др.);
7. ликвидация хронических очагов воспаления (санация полости рта, ЛОР-органов).

Для решения этих задач необходимо проводить комплекс следующих мероприятий:

1. С целью повышения иммунитета и неспецифической резистентности организма применять поливитамины, витамины групп С, В, натрия нуклеинат по схеме Н.М. Оглазовой (внутри по 0,2 г. три раза в день в течение 14 дней), а также десенсибилизирующие препараты [5]. Эффективность лечения хронического сиалоаденита существенно повышается на фоне иммуномодулирующей терапии с применением полиоксидония (внутримышечно по 6 мг, через день, 10 инъекций). [7, 11]

2. С целью устранения нарушения микроциркуляции слюнных желез проводить новокаиновые блокады слюнных желез по А.В.Вишневному (0,5% раствор новокаина, блокада 1 раз в 3 дня). Отмечено, что блокады с 0,5% раствором лидокаина оказывают более выраженный эффект изменения микроциркуляции [6]. Всего на курс лечения назначают от 5 до 10 блокад, чередуя стороны при двухстороннем процессе.

3. Улучшение трофики слюнных желез более выражено при сочетании новокаиновых блокад с компрессами диметилсульфоксидом

(ДМСО) и гепарина натрия. Применяется 30% раствор ДМСО, компрессы утром и вечером по 30 минут в течение 7 дней. С целью улучшения трофики и функции слюнных желез применяют пирогенал внутримышечно через 2-3 дня, 25 инъекций на курс. Первая инъекция 25 МПД (малых пирогенных доз), далее постепенное повышение дозы в зависимости от выраженности температурной кривой. Пирогенал также приостанавливает развитие рубцов и спаек [12].

Для улучшения секреции слюны следует применять галантамин (0,5%-1% раствор), подкожно 10 инъекций, затем галантамин можно вводить с помощью электрофореза до 30 процедур. Показан больным с интерстициальным сиалоаденитом [2, 8].

Для усиления эвакуаторной функции слюнных желез при паренхиматозном сиалоадените рекомендуют слюногонную диету, самомассаж слюнных желез. Для разжижения секрета проводят инстилляцию протоков растворами трипсина, хисотрипсина, в некоторых случаях проводят электрофорез этих ферментов в сочетании с компрессами ДМСО. Димексид улучшает тканевую микроциркуляцию, оказывает анальгезирующее, бактериостатическое действие, особенно при внутривнутрипротоковом введении 30% раствора [10]. Внутри или в виде электрофореза назначается раствор иодида калия от 2% до 10 %, начиная с 2% по 1 столовой ложке 3 раза в день, постепенно повышая концентрацию до 10%, курс лечения – 2 месяца [2, 8].

При обострении хронического паренхиматозного сиалоаденита применяют ингибитор протеаз – контрикал, который быстро купирует острый воспалительный процесс [9].

Физиотерапевтические методы лечения широко используются при лечении больных сиалоаденитами, обладая выраженным противовоспалительным, анальгезирующим, рассасывающим и стимулирующим слюноотделение действием [4].

При хронических сиалоаденитах длительностью до пяти лет применяется ультразвуковая терапия слюнных желез с интенсивностью 0,2 Вт/см² в импульсном режиме. Сеанс выполняется в течение 8-10 минут в количестве 8-10 процедур на курс лечения. Эти мероприятия улучшают сосудисто-тканевую проницаемость и способствуют размягчению инфильтратов.

Для купирования острого воспалитель-

ного процесса показана УВЧ-терапия выходной мощностью до 40 Вт в нетепловой дозе. Сеанс проводится в течение 10 минут, курс лечения 8-10 процедур.

Ультрафиолетовое облучение слюнных желез (на 2-3 см) проводят в интегральном спектре в эритемных дозах, начиная с 1-2 биодоз и увеличивая каждое последующее облучение на 1-2 биодозы. Курс лечения 3-4 процедуры.

Воздействие гелий-ионного лазера на область воспаленной железы позволяет нормализовать вязкость и рН слюны вследствие нарушения микроциркуляции, а также купировать воспалительный процесс в более короткие сроки.

При наличии стойких инфильтратов в железе показан электрофорез лидазы. Время воздействия 20 минут, на курс 10-12 процедур.

Несмотря на достигнутые успехи в лечении различных форм сиалоаденитов, полного излечения хронических сиалоаденитов не наступает, сохраняется вероятность рецидивов. Поэтому важно, при лечении хронических сиалоаденитов, придерживаться профилактической направленности.

Необходимо обеспечить четкую взаимосвязь и преемственность между поликлиникой и стационаром. На уровне поликлиники необходимо организовать кабинет реабилитации больных с хроническими сиалоаденитами и осуществлять диспансеризацию таких больных.

Литература:

1. Авдиенко О.И. Клиника, диагностика и комплексное лечение больных различными формами сиаладеноза: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 2008.

2. Афанасьев В.В. Сиаладенит. (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Экспериментально-клиническое исследование): дис. ... д-ра мед.наук. – М., 1993.

3. Дерябин Е.И., Шумихина Л.А. Комплексная терапия острых и обострившихся хронических неспецифических паротитов с применением мексидола и некогерентной инфракрасной терапии // *Стоматология.* – 2006. - № 3. – С.21-23.

4. Кац А.Г., Белостоцкая И.М., Золотарева Ю.Б. и др. Применение излучения лазеров в комплексном лечении больных сиалоаденитом // *Стоматология.* – 1986. - № 2. – С. 66-68.

5. Оглазова Н.М. Хронический паротит (клиника, лечение, состояние факторов неспецифической защиты): Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 1982.

6. Панин А.М., Надточий А.Г., Фахрисламова Л.Р., Митриков В.В. Сравнительная оценка микроциркуляции в зоне проведения блокад 0,5% растворами новокаина и лидокаина при лечении заболеваний слюнных желез с помощью метода ультразвуковой доплерографии // *Заболевания и повреждения слюнных желез: матер. юбилейн. Науч.-практ. Конф. с международным участием посвящ. 60-летию проф. В.В. Афанасьева.* – М., 2006. – С. 58-59.

7. Пинелис И.С., Скурлатов А.Г. Иммунокоррекция в комплексном лечении больных сиалоаденитами. // *Стоматология.* – 1997. - № 1. – С. 32-33.

8. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев В.В., Морозов А.Н. Заболевания и повреждения слюнных желез. – М., 1987.

9. Сакович А.А. – *Материалы к лечению неэпидемических паротитов (экспериментальное и клиническое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – Л, 1975.*

10. Сутиев Т.К., Нурмаганов С.Б., Есимов А.Ж. // *Здравоохранение Казахстана – 1990.* - № 1. – С. 38-41.

11. Фасхутдинов Д.К. Клинико-лабораторное обоснование применения полиоксидония в комплексном лечении хронических неспецифических сиаладенитов: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 2008.

12. Щипский А.В. Сиаладеноз (сиалоз). Классификация, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и выбор схем лечения. (Клинико-экспериментальное исследование). Автореф. дис. ... док. мед.наук. – М., 2002.