

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ НЕЭПИДЕМИЧЕСКИХ ПАРОТИТОВ

А.В. Чумаченко, Д.В. Топчий

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,
г. Киев, Украина

E-mail: tpch03@gmail.com

Актуальность. Острые неэпидемические паротиты имеют различную этиологию и довольно разнообразную клиническую картину. Довольно часто их лечение заканчивается или неудачей, или непродолжительным успехом, что требует новых более эффективных методов лечения.

Цель: предложить и оценить клиническую эффективность применения препаратов класса эрбисол и траумель С при лечении острых неэпидемических паротитов.

Материалы и методы. У пациентов с острыми неэпидемическими паротитами использовались препараты экстра эрбисол, эрбисол и траумель С при местном (повязки и электрофорез) и соматическом введении длительными лечебными курсами для устранения воспалительных признаков и нормализации слюноотделения.

Результаты. Предложенный фрагмент лечебного протокола показал высокую эффективность траумеля С, экстра эрбисола и эрбисола. Методики их применения довольно простые и могут применяться больными самостоятельно.

Выводы. Считаю целесообразным предложить описанную схему лечения широкому профессиональному кругу и продолжить более глубокую научную разработку в этом направлении.

Ключевые слова: паротит, эрбисол, траумель С, электрофорез.

TREATMENT OF ACUTE NON-EPIDEMIC INFLAMMATION OF THE SALIVARY GLANDS

A.V. Chumachenko, D.V. Topchii

Bogomolets National Medical University,
Kyiv, Ukraine

Relevance. Acute non-epidemic inflammation of the parotid salivary gland have a different etiology and a rather diverse clinical picture. Quite often, their treatment ends with either failure or short success, which requires new, more effective treatment methods.

Objective. To suggest and appreciate the clinical effectiveness of Erbisol class and traumel C drugs in the treatment of acute non-epidemic inflammation of the parotid salivary gland.

Materials and methods. In patients with acute non-epidemic inflammation of the parotid salivary gland, extra erbisol, erbisol and traumel C preparations were used with local (dressings and electrophoresis) and somatic administration with long treatment courses to eliminate inflammatory signs and normalize salivation.

Results. The proposed fragment of the treatment protocol showed the high efficiency of traumel C, extra erbisol and erbisol. The methods of their use are quite simple and can be used by patients on their own.

Conclusion. We consider it appropriate to offer the described treatment regimen to a wide professional circle and to continue a deeper scientific development in this direction.

Key words: inflammation of the parotid salivary gland, erbisol, traumel C electrophoresis.

Введение. Воспалительные неэпидемиологические необструктивные процессы околоушных слюнных желез составляют 67,8%, а острые неинфекционные паротиты - 33,7% [1, С. 3] от всех паротитов. Основными путями проникновения инфекции в околоушные железы считаются дуктогенный и стоматогенный, однако, имеют место и лимфогенный, гематогенный и *per continuitatem*. Во всех случаях возникновения острого паротита обязательными компонентами патогенеза является подавление секреции и выделения слюны. Стратегический подход к лечению больных острым паротитом предполагает выявление и устранение причины, лечение самого очага и коррекцию общего состояния пациента. Лечебные средства и манипуляции, как правило, подбирают исходя из тяжести локального статуса и общего состояния. При серозной форме воспаления предпочтение отдается антибактериальной терапии [2, С. 2,4; 3, С. 12; 4, С. 6] и гормональным препаратам, назначается массаж для освобождения железы от слюны и физиотерапевтические процедуры, среди которых все еще популярны соллюкс, УФ-облучение, УВЧ, лазеро- и магнитотерапия. Многие специалисты рекомендуют на участок железы накладывать согревающие компрессы, мазевые повязки. В зависимости от конкретного состояния в локальном статусе, проводят промывание выводных протоков антибактериальными препаратами и протеолитическими ферментами, ва-

куумную экстракцию слюны. Для улучшения реологических свойств слюны и уменьшения воспалительных симптомов назначают раствор йодистого калия в нарастающей концентрации - 2-3-5% по 1 десертной (столовой) ложке 3 раза в день внутрь. Эффективными считаются компрессы с 30% раствором димексида на участок околоушной железы по 20 минут ежедневно как самостоятельно, так и в комплексной терапии с гелевым раствором кверцетина [5, С. 46]. Важным звеном в лечении больных острым паротитом является повышение иммунологической реактивности, поскольку многочисленные клинические наблюдения подтверждают нарушения иммунного статуса у таких пациентов. У них наблюдаются чрезмерные накопления в организме продуктов окисления липидов - это приводит к изменениям функционирования биологических мембран, снижает их резистентность и повышает проницаемость [6, С. 18].

Считается, что прогноз при лечении острых неэпидемиологических паротитов зависит от тяжести течения и эффективности лечебных мероприятий. На стадии катарального (серозного) воспаления при адекватном лечении больного процесс становится обратимым и, как правило, быстро исчезает, причем в паренхиме железы не обнаруживаются какие-либо структурные изменения. В отличие от других паренхиматозных органов слюнные железы не способны к регенерации и на местах разрушен-

ных гнойным процессом в паренхиме остаются полости, а при агрессивном гнойном течении паротита ткань железы может полностью заместиться рубцовой тканью. Большинство специалистов все еще считают, что несмотря на то, что рассасывание инфильтрата может занять несколько недель и даже месяцев, как правило, наступает полное восстановление функции желез. Несмотря на достигнутые на современном этапе успехи в консервативном лечении различных форм хронических сиалоаденитов, полного излечения не наступает [7, С. 62]. По нашему собственному мнению (оглядываясь на многолетний опыт лечения больных паротитом), наиболее важным является ранний период и именно в этот период лечение должно быть эффективным, причем, к традиционным направлениям терапии должны быть добавлены иммунологические и репаративные меры как соматические так и локальные. Если стратегия лечения острого неэпидемического паротита, как и любого другого воспалительного процесса, предполагает доставку лекарственных препаратов в очаг, то электрофорез и лечебные повязки приобретают приоритетное значение. Лекарственный электрофорез динамически развивающийся физиотерапевтический метод, пополняющийся не только новыми подходами, но и принципиально новыми и оригинальными технологиями. Действие вводимых электрофорезом лекарств развивается несколькими путями (рефлекторное, местное и гуморальное) и, варьируя технику и методику проведения процедуры, ими можно управлять. Преимущества лекарствен-

ного электрофореза: влияние самого электрического поля на очаг воспаления и его потенцирование действия лекарственных препаратов, длительно сохраняющееся депо высокой концентрации препаратов без насыщения всего организма (невысокая концентрация в крови), электрофорез позволяет доставить лекарства к патологическому очагу, в котором имеются нарушения микроциркуляции и регионарного кровообращения в виде капиллярного стаза, тромбоза сосудов, инфильтрации и некроза (поступление лекарственных веществ другими путями в них затруднено), вводятся только те лекарственные ионы или ингредиенты лекарств, на терапевтическое действие которых рассчитывают (противоионы и различные примеси, которые могут тормозить действие основного лекарственного иона, в организм при этом не попадают, а остаются на прокладке), в ионной форме лекарства значительно активнее, чем в молекулярной, в которой они вводятся при обычных способах их применения, безболезненность процедуры и др. [8, С. 109].

При электрофорезе лекарственные вещества в организм проникают через выводные протоки потовых и сальных желез, межклеточные промежутки, волосяные фолликулы и в меньшей степени – чрезклеточно. Проникновение и депонирование лекарственных препаратов улучшает димексид - он сам прекрасно проникает через защитный барьер кожи и «провозит на себе» остальные растворы, улучшает тканевую микроциркуляцию, оказывает анальгезирующее, бактериостатическое действие.

Препараты экстра эрбисол и эрбисол содержат маркеры физиологического состояния клеток (за счет низкомолекулярных фрагментов мембранных протеинов), которые при патологических нарушениях гомеостаза активируют естественные эволюционно сформированные контролирующие системы организма, ответственные за поиск и устранение патологических изменений в организме. Эрбисолы: активируют клетки макрофагального ряда; активирует клетки киллерного ряда (N- и T – киллеры и цитотоксические T-лимфоциты CD8+ ответственные за уничтожение поврежденных клеток, неспособных к регенерации, или аномальных клеток (мутантных, вирусоносителей, и т.п.) и тканей; нормализует активность Th1- и Th2-лимфоцитов и восстанавливает баланс цитокинов, тем самым гармонизируют состояние клеточного и гуморального иммунитета, а также ингибирует протекание аутоиммунных и аллергических процессов.

Препараты эрбисол и экстра эрбисол воздействуют только на разбалансированные системы, пораженные органы и ткани и остаются практически индифферентными для здорового организма, не вызывая побочных эффектов [9, С. 5]. Оба препарата выпускаются на изотоническом растворе натрия хлорида.

Траумель С оказывает обезболивающее, противовоспалительное (но не подавление воспаления, а его оптимизация), антиэкссудативное, репаративное, иммунокорректирующее действие. Он повышает тонус сосудов, снижает их проницаемость, устраняет венозную застой и улучшает процессы клеточно-

го дыхания и окислительно-восстановительные процессы в тканях.

Широкий спектр терапевтического действия препарату обеспечивают 14 компонентов растительного и минерального происхождения в сверхмалых (гомеопатических) дозах. Для него характерно отсутствие фармакокинетики, а значит фармакологической нагрузки на организм пациента [10, С. 4]. Раствор для инъекций содержит изотонический раствор натрия хлорида.

Цель исследования заключалась в изучении эффективности использования экстра эрбисола, эрбисола и траумеля С на начальном раннем этапе лечения острых неэпидемических паротитов.

В связи с этим мы поставили перед собой следующие **задачи**:

1. Проследить эффективность локального и соматического использования комбинации препаратов: экстра эрбисола, эрбисола и траумеля С при лечении больных острым неэпидемическим паротитом.

2. Отработать и предложить широкому профессиональному кругу лечебную схему с использованием этих препаратов.

3. Провести клиническую оценку проведенного лечения.

Материал и методы

С технологической точки зрения мы руководствовались следующими постулатами:

1. препараты использовались путем введения их в очаг воспаления локальным и транскорпоральным (соматическим) путем;

2. при проведении электрофореза и наложении повязок из смеси эрбисола

и траумеля С учитывалась их физическая, химическая и электролитическая совместимость и их совместимость с растворами диметилсульфоксида (далее ДМСО), линкомицина, дексаметазона и но-шпы;

3. действующие вещества должны быть в очаге воспаления постоянно и в достаточной концентрации, не вызывать раздражения тканей;

4. соблюдение режима проведения лечебного процесса поддерживалось за счет обучения пациентов самостоятельно готовить смеси для повязок и электрофореза, накладывать их на участок воспаления и проводить процедуры самостоятельно (в домашних условиях). Предварительно пациентам демонстрировали необходимые манипуляции в первые два посещения клиники и оценивались возможные осложнения.

В наших лечебных методиках предполагается использование раствора но-шпы (в качестве спазмолитика) и дексаметазона (в качестве противовоспалительного, десенсебилизирующего и препарата фармакологического прикрытия). Рецепт смеси для компрессов выглядел следующим образом: 150 мл воды + 20 мл димексида аптечного + 4 ампулы дексаметазона (4 мл) + 1 ампула но-шпы (2 мл) + 2 ампулы эрбисола (4,4 мл) + 2 ампулы траумеля С (4,4 мл). Почти 200 мл готовой смеси рассчитаны на курс лечения повязками в течение нескольких дней. При необходимости смесь готовится повторно. Хранится в холодном месте. Процедура наложения повязок: 32 слоя марли (для удобства пациентов - многократно удвоенный бинт) размерами 4 x 5,5 x 6 см, смоченные в раствор и слегка отжа-

тые прикладываются на кожу в проекции околоушных желез, покрываются пластиной из целофана или другого изолятора несколько большей площади (для меньшей потери жидкости), покрываются материалом для утепления и накладывается круговая повязка на голову. Рекомендуется повязки носить круглосуточно (по возможности) и менять раствор не более 1 раза в сутки.

Смесь для электрофореза предполагает смешивание следующих компонентов: 50 мл дистиллированной воды + 50 мл изотонического раствора хлорида натрия + 5 мл димексида аптечного + 2 ампулы дексаметазона (2 мл) + 1 ампула эрбисола (2,2 мл) + 1 ампула траумеля С (2,2 мл). В случае необходимости смесь готовится повторно, хранится в прохладном месте. В эту смесь добавляется буферный раствор натрия хлорида, а концентрация димексида уменьшается. Сама процедура предполагала введение смеси с положительного электрода (+) в течение 20-25 минут при 1-1,5 миллиамперах 1 раз в сутки, всего от 10 до 15 сеансов.

Соматическая терапия начиналась с внутримышечного введения экстра эрбисола по 2,2 мл утром и вечером (5 дней, всего 10 инъекций). После этого водился внутримышечно эрбисол по 2,2 мл каждый вечер (всего 10 дней). Третий курс предполагал внутримышечное введение эрбисола каждый второй вечер (всего 10 инъекций). Траумель С принимался пациентами с первого дня лечения в течение месяца и более по 1 таблетке 2 раза в день.

Выводы:

Предложенный нами фрагмент протокола лечения острого неэпидемиче-

ского паротита дал следующие клинические результаты:

1. Возвращение объема околоушных слюнных желез к нормальным параметрам и восстановление количественных и качественных характеристик слюны.

2. Лечебные манипуляции достаточно просты и легко осваиваются пациентами для самостоятельного выполнения.

Мы считаем данное направление лечебной тактики весьма перспективным для разработки новых рецептур для электрофореза и его технологических вариантов. Планируем в дальнейшем более глубоко исследовать изменения биохимических показателей слюны (доказательная база эффективности препаратов и их проникновения в ткани железы) в процессе лечения и изучить электрохимические показатели более широкого спектра лекарственных препаратов.

Литература

1. Філіпський А.В. Синдромна ультразвукова діагностика захворювань великих слинних залоз. Дис.канд.мед.наук. Київ – 2019.146 с.

2. Гурбанов Т.В. Современный взгляд на хронические воспалительные и реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез. Современная стоматология. – 2017. – №4. – С. 2–7.

3. Дайронас, С.К. Лимфотропная антибактериальная терапия в лечении воспалительных заболеваний слюнных желез. Автореф. дисс.канд.мед.наук. М. 2007. 26 с.

4. Зорян Е.В. Очерки по гомеопатии для стоматологов. М: Арнебия 2005;48 с.

5. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев В.В., Морозов А.Н. Заболевания и повреждение слюнных желез. М., Медицина, 1987. 240 с.

6. Корсак, А. К. Воспалительные заболевания слюнных желез у детей: учеб. -метод. пособие / А. К. Корсак; 2-е изд., перераб. и доп. – Минск: БГМУ, 2006. – 42 с.

7. Орехов С.Н., Матвеев С.В., Карамян А.Э., Ибрагимов Э.З. Причины нарушения секреции слюнных желез и способы лечения // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2017. – № 4. – С. 58-64.

8. Улащик В.С. Электрофорез лекарственных веществ. Минск. 2010. 404 с.

9. Дземак М.И. Пятилетний опыт применения препарата Эрбисол в гастроэнтерологической практике. Интернет ресурс: <https://erbisol.com.ua/wp-content/uploads/2018/03/publication-dzeman.pdf>. 9 с.

10. Пашиковская А. Э., Иконникова И. Б., Янушевич О. О. Антигомотоксичный препарат Траумель С и его применение в медицине. Российская стоматология. 2011; 4 (2): 4-7.