

А.А. Никитин ¹,

д.м.н., профессор, зав. кафедрой
челюстно-лицевой хирургии
и хирургической стоматологии факультета
совершенствования врачей

Т.Н. Модина ²,

д.м.н., профессор кафедры челюстно-
лицевой хирургии и стоматологии
института совершенствования врачей

А.М. Сипкин ¹,

д.м.н., профессор кафедры челюстно-
лицевой хирургии и хирургической
стоматологии, ведущий научный сотрудник
отделения челюстно-лицевой хирургии

В.К. Мисиков ¹,

к.м.н., ассистент кафедры неврологии

Н.И. Утишвили ¹,

очный аспирант кафедры челюстно-
лицевой хирургии и хирургической
стоматологии

¹ Московский областной научно-
исследовательский институт
им. М.Ф. Владимирского

² Национальный медико-хирургический
центр им. Н.И. Пирогова

Лечение посттравматического наружного слюнного свища внутрижелезистой инъекцией препарата ботулотоксина типа А

Резюме. Основная роль в этиологии свищей слюнных желез и ее протоков отводится травме огнестрельного и неогнестрельного происхождения. В клинической практике наиболее часто встречаются слюнные свищи околоушной железы. Выбор лечения свищей во многом определяется не только их расположением, но и степенью выраженности нарушения оттока слюны. В данной статье описан клинический случай лечения пациента с диагнозом: посттравматический неполный слюнный свищ в области наружного слухового прохода с использованием инъекции препарата ботулотоксина типа А Ксеомин непосредственно в паренхиму околоушной слюнной железы под ультразвуковым контролем.

Ключевые слова: слюнной свищ, слюнные железы, ботулотоксин типа А, Ксеомин

Summary. The main etiologies of salivary glands' fistulas are different injuries. Parotid glands' fistulas are the most frequent in clinical practice. The treatment options depend on fistula localization and the saliva outflow disturbance severity. This article describes a clinical case of post-traumatic salivary fistula in the external auditory canal treated by intraparotid injection of «Xeomin» (botulinum toxin type A) under ultrasound guidance.

Key words: salivary fistula, salivary glands, botulinum toxin type A, Xeomin

Среди заболеваний челюстно-лицевой области особое место отводится группе пациентов с патологией слюнных желез.

Известно, что в организме человека механизм запуска процесса пищеварения определяется в первую очередь количеством и составом вырабатываемой слюны [1, 2], которая включает в себя как минеральные компоненты (анионы хлоридов, бикарбонатов, сульфатов, фосфатов; катионы натрия, калия, кальция, магния, а также микроэлементы: железо, медь, никель и др.), так и органические соединения (амилаза и мальтаза, альбумины, глобулины, ферменты, лизоцим, муцин, аминокислоты, гормоны и гормоноподобные вещества, активаторы и ингибиторы фибринолиза, интерферон, кислая и щелочная фосфатазы и др.). Благодаря такому составу слюна представляет собой биологически активную жидкость (рН 6,8–7,4), обеспечивая надежное участие в процессах расщепления пищи и функционирования желудочно-кишечного тракта. У взрослого человека за сутки образуется 0,5–2,0 л слюны.

Патология слюнных желез составляет 5% от всех стоматологических заболеваний. Среди них определенная доля приходится на слюнные свищи различной этиологии [3, 4]. Слюнные свищи — узкие патологические ходы, соединяющие протоки или паренхиму больших слюнных желез с поверхностью кожи лица или полостью рта.

Основная роль в этиологии свищей слюнных желез и ее протоков отводится травме огнестрельного и неогнестрельного происхождения. Причинами возникновения свищей неогнестрельного происхождения могут быть хронические и острые воспалительные процессы, а также осложнения после оперативных вмешательств. Наиболее часто встречаются слюнные свищи околоушной железы, что объясняется ее анатомо-конституциональным положением на наружной поверхности ветви нижней челюсти, в то время как подчелюстные и подъязычные железы находятся под надежной защитой тела челюсти и располагаются с внутренней стороны.

Основными критериями классификации свищей слюнных желез является их расположение и происхождение, а также степень выраженности нарушения оттока слюны. Так, по расположению свищи делятся на наружные, при котором слюна вытекает через отверстие на кожу лица или наружный слуховой проход, и внутренние, устье которого открывается на поверхности слизистой оболочки рта. Наличие наружного свища создает постоянное раздражение кожных покровов лица и шеи из-за постоянного вытекания слюны, а действие протеолитических ферментов способствует возникновению дерматита. В отличие от наружных, наличие внутренних свищей не вызывает расстройств и не требует лечения. Более того, иногда при слюнно-каменной болезни создаются искусственные соустья в области расширенной части поднижнечелюстного или околоушного протока по типу внутреннего свища для обеспечения лучшего оттока секрета.

Свищи могут располагаться вовне железистой части околоушного протока (свищи протока) или в паренхиме (свищи паренхимы), которые находятся в протоках отдельных долек железы. По степени выраженности нарушения оттока слюны свищи могут быть полными, образующиеся в результате разрыва протока, при котором слюна выделяется только через свищ, и неполные, где помимо выделения слюны через свищ частично сохраняется отток слюны через устье протока [5].

Для лечения данной патологии применяются консервативные и хирургические методы [6]. К консервативным методам при лечении неполных свищей следует отнести: прижигание свищевого хода 5% раствором йода, 70% спиртовым раствором, рентгенотерапию вместе с электрокоагуляцией свищевого хода, системное назначение антихолинергических средств (0,1% раствор атропина сульфата), тугое бинтование [6]. Основными хирургическими методами лечения являются иссечение свищевого хода и паротидэктомия. Однако недостатками при применении данных методов могут являться: большие сроки лечения, длительное ношение тугих повязок, болезненность при введении склерозантов, а также снижение слюноотделения в связи с потерей органа.

В последнее десятилетие в литературе публикуются данные об успешном лечении слюнных свищей инъекциями ботулотоксина А в ткань железы для снижения саливации [7, 8]. Терапевтический эффект данного препарата основан на подавляющем действии токсина на холинергические рецепторы клеток желез, стимулирующих секрецию слюны. Эффективность применения ботулотоксина подтверждена результатами экспериментальных и клинических исследований [7–10]. Поэтому на основании вышеизложенного, в отделении челюстно-лицевой хирургии МОНКИ им. М.Ф. Владимирского для лечения пациента с диагнозом «посттравматический неполный слюнной свищ в области наружного слухового прохода» были использованы инъекции препарата Ксеомин на основе ботулотоксина А непосредственно в паренхиму околоушной слюнной железы под ультразвуковым контролем.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В отделение челюстно-лицевой хирургии МОНКИ поступил 42-летний мужчина с диагнозом «неполный слюнной свищ в области левого наружного слухового прохода» (рис. 1). Из анамнеза заболевания известно, что в новогоднюю ночь пациент получил травму в результате взрыва пиротехнической ракеты. В травмпункте по месту жительства была проведена первичная хирургическая обработка минно-взрывной раны щеки слева, а на следующий день — бимаксиллярное шинирование челюстей с одновременной фиксацией резиновыми тягами по поводу перелома мыщелкового отростка слева. Со 2 по 13 января 2016 г. пациент находился на стационарном лечении в офтальмологическом отделении с диагнозом «травматический мидриаз, травматический разрыв хориоидеи, травматическая имбибиция конъюнктивы, роговицы и век пороховыми частицами». Через 3 дня после госпитализации (05.01.2016) появились жалобы на выделение слюны из наружного слухового прохода во время приема пищи. После выписки из стационара (15.01.2016) обратился по месту жительства к врачу с жалобами на боли в левой половине лица, выделение слюны из наружного слухового прохода, снижение слуха слева. Был направлен на консультацию к челюстно-лицевому хирургу и госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом «неполный слюнной свищ в области левого наружного слухового прохода».

При внешнем осмотре конфигурация лица изменена за счет отека и рубцовой деформации левой половины лица (щечная, околоушно-жевательная и подглазничная области). По всей поверхности кожи



Рис. 1. Внешний вид пациента на момент проведенной первичной хирургической обработки



Рис. 2. Внешний вид пациента на момент поступления в отделение челюстно-лицевой хирургии МОНИКИ (фас)



Рис. 3. Внешний вид пациента на момент поступления в отделение челюстно-лицевой хирургии МОНИКИ (профиль)

лица визуализируются точечные пороховые включения (рис. 2). У пациента отмечена статическая асимметрия лица и потеря чувствительности в подглазничной области за счет пареза мимической мускулатуры левой стороны. Пальпация щечной, околоушно-жевательной областей слева слабо болезненна. При внешнем осмотре наружный слуховой проход частично не проходим, отверстие свищевого хода не визуализируется (рис. 3). При проведении пробы со вкусовым раздражителем отмечается выделение жидкой прозрачной слюны в количестве 2 мл из отверстия наружного слухового прохода. В полости рта при массаже левой околоушной слюнной железы по стеноновому протоку получено скудное количество прозрачной слюны, при бужировании проток полностью проходим.

После консультации отоларинголога и результатов компьютерной томографии (рис. 4) поставлен диагноз — смешанная тугоухость

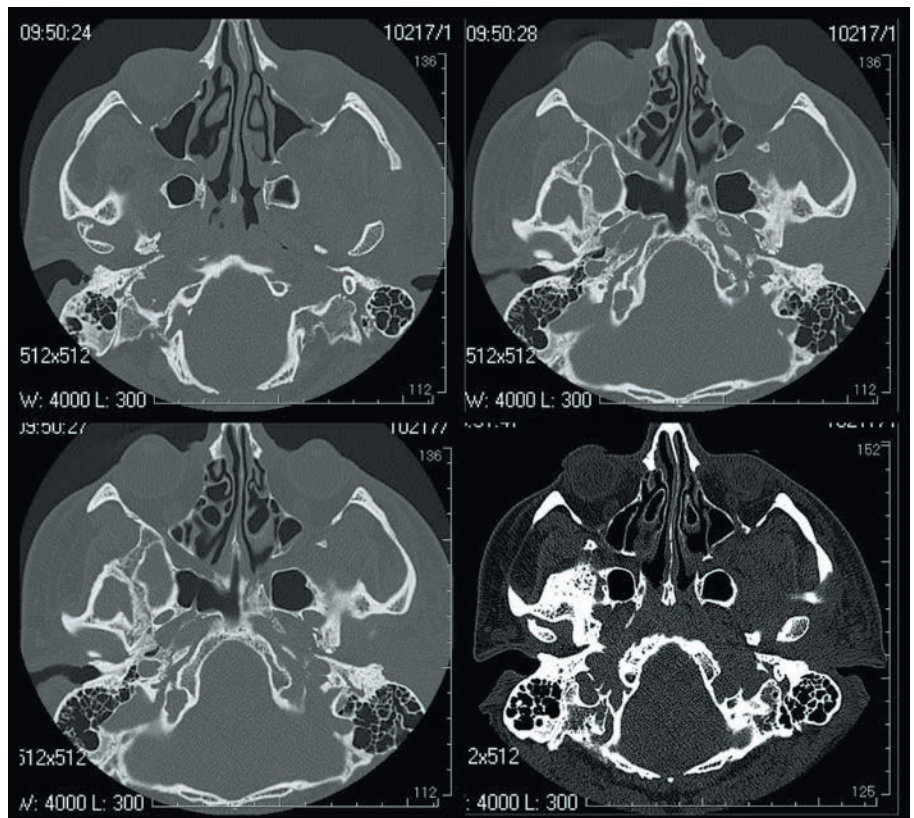


Рис. 4. Срезы компьютерной томографии, на которых видна обтурация левого наружного слухового прохода мягкотканым компонентом

IV степени на фоне обтурации наружного слухового прохода мягкотканым компонентом слева.

Пациенту было предложено лечение по закрытию слюнного свища, а также оперативное вмешательство по восстановлению проходимости наружного левого слухового прохода.

Учитывая трудный доступ расположения свища, был впервые использован консервативный метод, который включал внутривенные инъекции препарата Ксеомин (ботулотоксин типа А; Merz Pharma & Co. KGaA, Германия) в паренхиму околоушной слюнной железы под ультразвуковым контролем.

Так, по данным ультразвукового исследования от 03.02.2016 левая околоушная слюнная железа фрагментирована, в ее толще определялись небольшие полости (1–2 мм в диаметре), заполненные жидкостным содержимым. Вероятно поврежденные дольки железы продуцировали слюну, которая скапливалась непосредственно в мягких тканях. Было выбрано пять точек для инъекции: две из них максимально близко к наружному слуховому проходу, остальные три — в проекции обнаруженных полостей с жидкостным содержимым. В суммарной дозе было использовано 50 ед. препарата ксеомина, разведенного в 1,0 мл физраствора.

После инъекции в 1-е и 3-и сутки отмечалось однократное выделение жидкой прозрачной слюны из наружного слухового прохода на утро и после приема пищи. На 5-е сутки после инъекции — последний эпизод слюнотечения из наружного слухового прохода в виде однократного выделения густой слюны в незначительном количестве. Через 2 недели при осмотре наружного слухового прохода отделяемого и мацерации кожи не наблюдалось. По данным УЗИ жидкостные полости в ткани железы не визуализировались (рис. 5).

На контрольном осмотре через месяц отмечалось уменьшение отека левой околоушно-жевательной, щечной областей за счет атрофии железистой ткани. Из наружного слухового прохода слева слюнотечения не наблюдалось (рис. 6).

ОБСУЖДЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Лечение пациентов с огнестрельными ранениями челюстно-лицевой области является комплексным и сопровождается длительной реабилитацией до полного выздоровления. Это прежде всего объясняется не только сочетанной травмой, но и возникающими побочными осложнениями, которые могут проявляться в процессе лечения. В данном клиническом

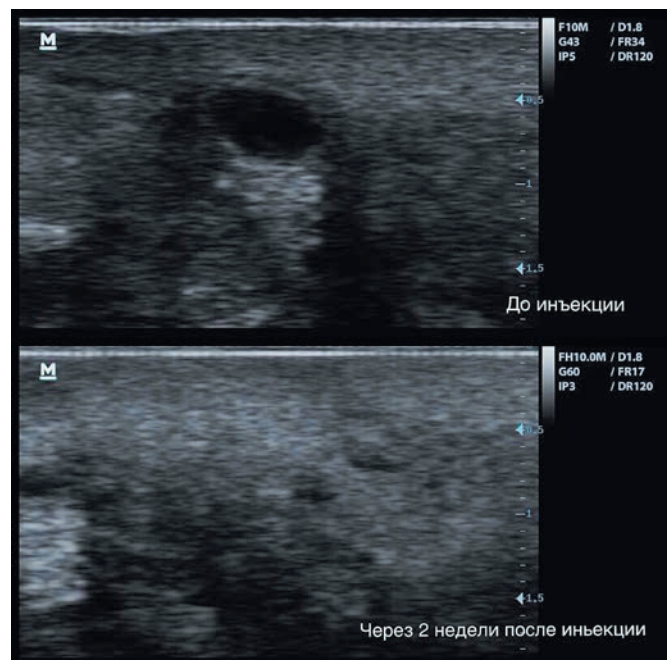


Рис. 5. Ультразвуковое исследование левой околоушной слюнной железы до и после инъекции препарата Ксеомин. В верхней картинке в центре визуализируется кистозная полость. На нижней картинке (фото через 2 недели после инъекции) кистозная полость полностью регрессировала

случае у пациента в результате взрыва пиротехнической ракеты помимо разрыва мягких тканей лица был выявлен перелом мышцелкового отростка слева, травматическое поражение глаза и ушной раковины слева.



Рис. 6. Внешний вид пациента на момент поступления (слева) и через 1 месяц после инъекции ксеомина

Только на 10-е сутки активного лечения командой специалистов и заживления тканей был диагностирован неполный слюнной свищ в области левого наружного слухового прохода, когда появились жалобы на выделение слюны из наружного слухового прохода слева, сопровождающееся снижением слуха. При этом отверстие не визуализировалось, и челюстно-лицевому хирургу предстояло найти оптимальный метод лечения по закрытию свищевого хода.

Применение таких консервативных методов, как прижигание, склерозирование не представлялось возможным, в связи с трудным доступом и опасностью химического ожога наружного слухового прохода. Хирургическое иссечение околоушной железы также не рассматривалось, поскольку функция железы была не нарушена, а наличие свищевого хода было недолгим. Поэтому было принято решение после получения

информированного согласия от пациента использовать инъекции препарата ботулотоксина типа А непосредственно в ткань железы под ультразвуковым контролем. На 5-е сутки после введения 50 ед. препарата Ксеомин в ткань железы было отмечено изменение консистенции слюны, а на 6-е — отсутствие отделяемого. Учитывая относительную свежесть свищевого хода и длительность действия препаратов ботулотоксина типа А, рецидива слюнотечения из наружного слухового прохода не наблюдалось в связи с самостоятельным закрытием свища в условиях отсутствия слюны.

Таким образом, применение инъекций препарата ботулинического токсина типа А Ксеомин непосредственно в ткань железы под ультразвуковым контролем может являться эффективным методом в лечении слюнных свищей, а также является предметом выбора с точки зрения органосохранности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Афанасьев В.В., Зорян Е.В., Красникова Т.В.** Использование антигомотоксической терапии при лечении больных с воспалительными и дистрофическими заболеваниями слюнных желез. — *Клиническая стоматология*. — 2012; 1 (61): 16—8.
2. **Иорданишвили А.К. и др.** Частота и причины функциональных нарушений слюноотделения у людей разного возраста. — *Успехи геронтологии*. — 2012; 3 (25): 531—4.
3. **Иорданишвили А.К., Лобейко В.В.** Распространенность заболеваний слюнных желез у взрослого человека в разные возрастные периоды. — *Геронтология*. — 2014; 11: 14.
4. **Лобейко В.В., Иорданишвили А.К.** Характеристика диагностических и лечебных мероприятий среди взрослых людей разного возраста, страдающих заболеваниями слюнных желез. — *Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье»*. — 2014; 1: 81—4.
5. **Панин А.М. (ред.).** Хирургическая стоматология. Воспалительные и дистрофические заболевания слюнных желез: учеб. пособие. — М.: Литтерра, 2011. — 208 с.
6. **Афанасьев В.В.** Слюнные железы. Болезни и травмы. Руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 296 с.
7. **Ellies M. et al.** Reduction of salivary flow with botulinum toxin: extended report on 33 patients with drooling, salivary fistulas, and sialadenitis. — *The Laryngoscope*. — 2004; 114 (10): 1856—60.
8. **Guntinas-Lichius O., Sittel C.** Treatment of postparotidectomy salivary fistula with botulinum toxin. — *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*. — 2001; 110 (12): 1162—4.
9. **Lim Y.C., Choi E.C.** Treatment of an acute salivary fistula after parotid surgery: botulinum toxin type A injection as primary treatment. — *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. — 2008; 265 (2): 243—5.
10. **Laskawi R., Drobik C., Schönebeck C.** Up-to-date report of botulinum toxin type A treatment in patients with gustatory sweating (Frey's syndrome). — *The Laryngoscope*. — 1998; 108 (3): 381—4.