

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

М.Р. Абдусаламов, В.В. Афанасьев, С.М. Курбанов

МГМСУ им. А.И. Евдокимова (Ректор - академик РАН, д.м.н., проф. О.О. Янушевич),
Кафедра челюстно-лицевой хирургии и травматологии, г. Москва, РФ

5061503@mail.ru

prof.afanasjev@yandex.ru

sadik_2014@mail.ru

Резюме. С 2003 г. по настоящее время авторы провели обследование и лечение 620 больных слюннокаменной болезнью. В комплексе лечебных мероприятий 144 из них провели сиалолитотрипсию. У 476 пациентов осуществили только хирургическое удаление камня из различных отделов околоушного или поднижнечелюстного протоков. Контрольное обследование больных провели в сроки до 16 лет после лечения. В результате у 90 больных (63 %) литотрипсия позволила добиться «выздоровления». У 45 больных (31%) отметили "улучшение". У 9 пациентов (6%) состояние после дробления расценили как "без перемен". Хирургическим путем слюнные камни из задних отделов поднижнечелюстного протока целиком удалили у 469 (из 476) больных.

Таким образом, результаты исследований показали, что наличие слюнно-каменной болезни с локализацией конкремента в дистальных отделах протоков желез не является показанием к удалению последней.

Ключевые слова: сиалолитотрипсия, слюнный камень, слюнная железа.

ORGAN-PRESERVING TREATMENT OF PATIENTS WITH SALIVARY STONE DISEASE

M.R. Abdusalamov, V. V. Afanasyev, S.M. Kurbanov

Moscow State Medical University named after A.I. Evdokimov

(Rector - Academician of the Russian Academy of Sciences, d.m.s., Prof. O.O. Yanushevich),
Department of Maxillofacial Surgery and Traumatology, Moscow, Russia

Resume. From 2003 to the present, the authors have examined and treated 620 patients with salivary stone disease. In the complex of therapeutic measures, 144 of them performed sialolithotripsy. In 476 patients, only surgical removal of a stone from various parts of the parotid or submandibular ducts was performed. The control examination of patients was carried out up to 16 years after treatment. As a result, lithotripsy made it possible to achieve "recovery" in 90 patients (63%). "Improvement" was noted in 45 patients (31%). In 9 patients (6%), the condition after crushing was regarded as "no change". Surgically, salivary stones from the posterior parts of the submandibular duct were completely removed from 469 (out of 476) patients.

Thus, the results of our studies have shown that the presence of salivary stone disease with the localization of concretion in the distal parts of the ducts of the glands is not an indication for the removal of the latter.

Key words: sialolithotripsy, salivary stone, salivary gland.

Введение. Среди всех воспалительных заболеваний слюнных желез до 78% приходится на долю слюннокаменной болезни. Лечение больных с данной патологией в случае расположения камня в задних отделах поднижнечелюстного протока сводится к удалению железы вместе с камнем. Удаление поднижнечелюстной

слюнной железы может вызвать осложнения, как местного, так и общего характера. Кроме того, слюноотделение в полости рта за счет оставшихся желез не восстанавливается, что может привести к развитию заболеваний пищеварительной системы [1-3].

Учитывая вышеизложенное и важность экзокринной и эндокринной функций

слюнных желез для организма человека, актуальной является работа по совершенствованию методов лечения больных слюннокаменной болезнью, позволяющих сохранить железу.

Материал и методы. С целью выработки показаний и противопоказаний к проведению того или иного метода лечения нами с 2003 года было обследовано и пролечено 620 больных слюннокаменной болезнью.

У 144 больных в комплексе лечебных мероприятий провели дробление слюнных камней (сиалолитотрипсию). Из них у 15 пациентов камень локализовался в околоушной железе и у 129 – в поднижнечелюстной. Из 144 больных у 74 диаметр основного протока был в 3-4 раза больше диаметра устья, в связи с чем этим больным в процессе лечения или до начала курса сиалолитотрипсии произвели операцию по созданию нового устья по методу Афанасьева-Стародубцева (1993) с целью удаления осколков раздробленного камня и последующего улучшения оттока слюны. У 476 (из 620) пациентов осуществили только хирургическое удаление камня из различных отделов околоушного или поднижнечелюстного протоков. Трём больным, после безуспешного лечения с применением сиалолитотрипсии, удалили поднижнечелюстные слюнные железы. Таким образом, всего оперативное лечение по поводу слюннокаменной болезни мы провели у 479 больных. Пластику нового устья поднижнечелюстного протока провели 309 больному.

Контрольное обследование больных провели в сроки до 16 лет после лечения.

Результаты и обсуждение. У 90 больных (62%) литотрипсия позволила добиться «выздоровления»: отметили полный выход осколков конкремента после дробления, отсутствие клинической симптоматики заболевания в динамике наблюдения и восстановление функции слюнной железы. У 45 больных (31%) констатировали "улучшение": конкремент раздробился и отошел частично, в дальнейшем обнаружили в динамике длительную ремиссию. У 9 пациентов (6%) состояние после дробления расценили как "без перемен": при этом

камень не раздробился или не выделился. Результаты лечения больных с частичным или полным выходом фрагментов слюнного камня после дробления расценили, как положительные (135 больных - 94%), так как после этого восстанавливался отток секрета, и не было рецидива обострения хронического сиаладенита на фоне обострения слюннокаменной болезни.

В отдаленные сроки до 16 лет после сиалолитотрипсии функция слюнных желез восстанавливалась, но оставалась ниже, чем в здоровой парной железе: результаты сиалометрии показали в среднем наличие $2,3 \pm 0,3$ мл секрета, выделявшегося из околоушного протока и $2,9 \pm 0,3$ мл - из поднижнечелюстного.

Рецидив камнеобразования в динамике процесса обнаружили в 4 наблюдениях (3%) после дробления.

Хирургическим путем слюнные камни из задних отделов поднижнечелюстного протока удалили у 469 (из 476) больных. У 4 пациентов во время операции камни раскрошились, и незначительная их часть осталась в железе. У 3-х больных (1 – ОУСЖ и 2 - ПЧСЖ) попытка удаления камня была неудачной.

При расположении слюнного камня в переднем и среднем отделах протока его удалили во всех случаях.

У 225 из 309 больных новое устье функционировало хорошо и его средний диаметр составил $2,3 \pm 0,1$ мм, у 84 - произошло сужение нового устья протока до $0,2 \pm 0,01$ мм. У 187 больных (из 225), у которых новое устье хорошо функционировало, выделение секрета происходило как через новое, так и через старое (естественное) устья. У 15 больных слюноотток осуществлялся только через новое устье в связи с полным заращением просвета естественного (7 больных) или слишком малого его диаметра (8 больных).

Результаты сиалометрии в динамике до 16 лет после оперативного лечения показали, что функциональная активность пораженных слюнных желез была в пределах нормы, хотя и несколько снижена по сравнению с одноименными противоположными железами.

Сиалографическая картина паренхимы

желез у всех больных после удаления камня визуализировалась хорошо, что указывало на снижение воспалительных процессов в ней.

Таким образом, наши исследования показали, что наличие слюннокаменной болезни с локализацией конкремента в

дистальных отделах околоушного или поднижнечелюстного протоков, или в железистых его отделах не является показанием к удалению слюнной железы. После удаления конкремента функция слюнной железы восстанавливается.

Литература

1. Al-Abri, R. and Marchal, F. *New Era of Endoscopic Approach for Sialolithiasis: Sialendoscopy*. Sultan Qaboos University Medical Journal. 2010;10:382-7.

2. Iro H., Nitsche N., Schneider H. Th. *Ell Ch. Extracorporeal shockwave lithotripsy of salivary gland stones*. Lancet. 1989;11:115.

3. Iro, H., Zenk, J. and Koch, M. *Modern Concepts for the Diagnosis and Therapy of Sialolithiasis*. HNO. 2010; 58: 211-7.