

УДК 616.316-003.7-089

## ПЕРСПЕКТИВЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИАЛОЛИТИАЗА ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Ядченко В. Н., Иванов С. А.

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

### *Введение*

Слюннокаменная болезнь (СКБ) (сиалолитиаз, калькулезный сиалоаденит) – полиэтиологический патологический процесс, характеризующийся поражением больших слюнных желез (СЖ) с образованием конкрементов в интрапаренхиматозной части протоковой системы или в главных выводных протоках.

Актуальность проблемы лечения слюннокаменной болезни определяется уровнем заболеваемости этой патологии, низкой эффективностью консервативных методов лечения, травматичностью традиционных хирургических методов, частотой рецидивов до 15–30 %.

СКБ является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний, поражающих слюнные железы. По литературным данным оно встречается у 30,9–78,0 % пациентов с заболеваниями СЖ [1]. В возникновении заболевания играют роль как общесоматические причины (нарушение минерального процесса, гипо- и авитаминоз витамина А, сахарный диабет и др.), так и местные предрасполагающие факторы (сужение просвета протока СЖ, наличие в главном протоке или железе инородного тела, травмы СЖ и др.) [1]. Существует мнение, что хронический сиалоаденит является причиной образования геля, который в последующем, кристаллизуясь, превращается собственно в конкремент [2].

СКБ поражает преимущественно поднижнечелюстную СЖ — 95,4–97,6 % случаев [3]. Причины, обуславливающие преимущественную локализацию слюнных камней в поднижнечелюстной слюнной железе, точно не известны. В качестве способствующих факторов называют анатомические особенности поднижнечелюстных слюнных желез [3]. Слюнные камни образуются как во внутрижелезистой, так и во внежелезистой части протоковой системы слюнной железы [4]. Положение конкремента в органе играет важную роль в течении процесса и последующем лечении.

Современная тактика оперативных вмешательств при СКБ состоит в том, что при локализации конкремента в средней и дистальной трети главного (Вартонова) протока поднижнечелюстной слюнной железы его удаляют внтриротовым способом, после чего наступает выздоровление. При локализации же конкремента в проксимальной части Вартонова протока или при внутрижелезистом расположении оптимальным методом лечения до сих пор считается экстирпация пораженной слюнной железы. При определении показаний к операциям следует учитывать степень сохранности структуры и функции органа. Поднижнечелюстные железы, кроме слюнообразования, выполняют ряд функций, связанных с регуляцией минерального обмена и адаптивных реакций [5].

В доступной литературе не обнаружено данных сравнительного анализа оперативных способов лечения СКБ.

### *Цель*

Провести сравнительный анализ способов оперативного лечения СКБ в аспекте эффективности и травматичности.

### *Материал и методы*

Исследование проведено на базе отделения челюстно-лицевой хирургии Гомельской областной клинической больницы ЧЛХ ГОКБ. Среди 125 пациентов с воспалительными заболеваниями СЖ, получивших стационарный курс лечения в 2011 г., было 39 (31,2 %) пациентов с СКБ. Заболевание поражало пациентов в возрасте от 19 до 74 лет (средний возраст 45 лет). По нашим данным такая локализация конкремента отмечена у 38 (97,4 %) из 39 пациентов за 2011 г. Оперативное лечение проведено 27 (69,2 %) па-

циентам. Дооперационное обследование включало общеклинические анализы, рентгенограммы дна рта и нижней челюсти в боковой проекции, с заинтересованной стороны, УЗИ слюнной железы, по показаниям производилась МРТ слюнных желез. Показания к операции определялись в зависимости от локализации конкремента, степени сохранности структурных компонентов железы, с согласия пациента на оперативное лечение, достижения возможных функциональных результатов. Сопровождающее медикаментозное лечение у всех больных проводилось по стандартной схеме.

Использовались следующие способы оперативного вмешательства: экстирпация поднижнечелюстной слюнной железы (5), удаление конкремента внутриротовым доступом (7), органосохраняющая операция по предлагаемой нами методике (15).

Мы сопоставили возможности методов в отношении лечебного эффекта и травматичности.

### **Результаты и обсуждения**

Удаление конкремента из внутриротового доступа использовалось при локализации камня в наддиафрагмальной части главного протока. Операция ни разу не сопровождалась развитием локальных осложнений и всегда позволяла сохранить анатомическую и функциональную целостность органа. Однако данная техника вмешательства строго ограничена локализацией патологического очага и невыполнима при поддиафрагмальном положении камня.

Экстирпация поднижнечелюстной СЖ применялась при локализации конкремента во внутрижелезистых протоках ниже плоскости диафрагмы рта. Оперативный доступ связан с кожным разрезом в подчелюстной области. При мобилизации железы возможна травма краевой ветви лицевого нерва, ствола язычного нерва, стволов лицевых и язычных сосудов. Пациент навсегда лишается органа, причем функциональные последствия травмы в доступной литературе не описаны. При интраоперационной ревизии СЖ пальпаторным методом удалось прощупать конкремент только в 1 наблюдении (20 %). В остальных случаях обнаружение камня было затруднено явлениями перифокального сиалоаденита и потенциальное выполнение органосохраняющей операции не представлялось возможным. В нашем материале явления нейропатии *n. lingualis* или парез мимических мышц нижней зоны лица отмечены у 4 из 5 пациентов этой группы (80 %). У всех больных имели место последствия в виде характерной деформации подчелюстной области в виде западения и асимметрии. У лиц мужского пола это приводило к затруднению бритья. Время выполнения экстирпации поднижнечелюстной СЖ составило  $95 \pm 5$  минут. Заживление первичным натяжением во всех наблюдениях, эпителизация раны на 8–9 сутки. Положительных результатов — излечение СКБ, — во всех наблюдениях.

Хирургическое лечение по предлагаемой методике состояло в удалении конкремента из наружного доступа под интраоперационным контролем эхоскопического датчика. У 10 из 15 человек таким образом удалось обнаружить и удалить солитарный конкремент. Непосредственный положительный результат получен в 66,6 % наблюдений. У 5 пациентов камень локализовать не удалось. Им была выполнена сиалодохотомия, что привело к отхождению конкремента еще у 2 человек в течение 2–3 дней после операции. Общий положительный эффект составил 80 %. Явления нейропатии *n. lingualis* имели место у двух пациентов (13,3 %). Время оперативного лечения при выполнении данной методики —  $67,5 \pm 12,5$  минут. Заживление первичным натяжением во всех наблюдениях, эпителизация раны на 6–7 день. Создание условий для оттока слюны после операции позволяет достаточно надежно предупредить рецидив камнеобразования при сохраненной анатомической структуре и функции железы.

### **Вывод**

Перспективное направление совершенствования хирургического лечения СКБ состоит в разработке органосохраняющих вмешательств на основе интраоперационной топической диагностики конкремента и создания условий для оттока слюны. Сохранение поднижнечелюстной слюнной железы позволяет сократить патологию послеоперационного периода и улучшить послелечебное качество жизни. Изучение степени функциональных изменений при удалении поднижнечелюстных желез имеет перспективу в обосновании органосохраняющего подхода при хирургическом лечении.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Заболевания и повреждения слюнных желез / И. Ф. Ромачева [и др.]. — М.: Медицина, 1987. — С. 176.
2. Солнцев, А. М. Заболевания слюнных желез / А. М. Солнцев, В. С. Колесов, Н. А. Колесова. — Киев: Здоровья, 1991. — С. 68.
3. Солнцев, А. М. Заболевания слюнных желез / А. М. Солнцев, В. С. Колесов, Н. А. Колесова. — Киев: Здоровья, 1991. — С. 73.
4. Заболевания и повреждения слюнных желез / И. Ф. Ромачева [и др.]. — М.: Медицина, 1987. — С. 177.
5. Сукманский, О. И. Биологически активные вещества слюнных желез. — К.: Здоровья, 1991. — С. 3–5.

УДК 616-078:[616-001-036.12-08:615.837.3]

## БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РАН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ОБРАБОТКИ

Ярец Ю. И., Рубанов Л. Н., Шевченко Н. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Государственное учреждение образования

«Гомельская городская клиническая больница № 1»

«Гомельский областной центр термической травмы, ран, раневой инфекции и реконструктивной хирургии»,

Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический Центр радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель, Республика Беларусь

### *Введение*

Хронические раны (ХР), существующие по различным данным более 4–8 недель, являются широко распространенной патологией, представляя собой серьезную медико-социальную проблему. Отличительной особенностью ХР является бактериальная обсемененность. Показано, что бактерии ХР характеризуются высокой резистентностью к местному и общему применению антимикробных препаратов [1]. Важнейшими направлениями местного лечения ХР, оптимизирующими ее состояние необходимое для заживления, является дебридмент и контроль за инфекцией [2]. Основной целью дебридмента является удаление нежизнеспособных, контаминированных тканей и детрита, которые способствуют поддержанию воспаления и служат хорошей питательной средой для размножения бактерий. Дебридмент контаминированных ран является важным компонентом неосложненного раневого заживления. Одним из методов такого лечения является воздействие низкочастотным ультразвуком, который осуществляет удаление девитализированных тканей, способствует созданию условий для заживления раны, оказывает бактерицидные эффекты [2, 3].

### *Цель*

Проанализировать изменения состава микрофлоры хронической раны в процессе лечения с использованием ультразвуковой обработки.

### *Методы*

Объектом исследования были пациенты (n = 25, 10 мужчин, 15 женщин, в возрасте от 25 до 70 лет) с ХР (срок существования более 4-х недель), находившихся на стационарном лечении в Гомельском областном центре термической травмы, ран, раневой инфекции и реконструктивной хирургии. Хронические раны пациентов были представлены трофическими язвами голени, посттравматическими (вызванные термической и механической травмой), постнекротическими (после вскрытия флегмон), а также декубитальными язвами. На момент поступления в стационар раны всех пациентов имели клинические признаки воспаления. В план предоперационного лечения ран включались традиционные методы с использованием перевязок с антисептическими препаратами (*Chlorhexidine*, *Povidone Iodine*), мазями на полиэтиленгликолевой основе. Также в местное лечение ран включали применение метода ультразвукового дебридмента с использованием ультразвукового диссектора «Sonoca-185» (25 кГц) производства фирмы «Söring» (Германия). В качестве акустической среды использован 0,9 % раствор хлори-