

## АЛГОРИТМ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ СИАЛОАДЕНИТОМ

Шаяхметов Д.Б.

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

**Резюме:** в статье представлен алгоритм реабилитационных мероприятий у больных калькулезным сиалоаденитом. При тщательном соблюдении всех этапов реабилитации удается избежать осложнений, сохранить слюнную железу и ее функцию.

**Ключевые слова:** слюнные железы, калькулезный сиалоаденит, лечение, реабилитация.

## КАЛЬКУЛЕЗДУУ СИАЛОАДЕНИТ МЕНЕН ООРУГАН ООРУУЛАРДЫ РЕАБИЛИТАЦИЯЛОО АЛГОРИТМИ

Шаяхметов Д.Б.

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

**Корутунду:** макалада калькулездуу сиалоаденит менен ооруган оорууларды реабилитациялоо алгоритми көрсөтүлдү. Реабилитациянын бардык этаптарын туура кармаса, шилекей безин жана анын функциясын сактап калса болот.

**Негизги сөздөр:** шилекей бездери, калькулездуу сиалоаденит, дарылоо, реабилитациялоо.

## AN ALGORITHM OF REHABILITATION IN PATIENTS WITH CALCULOUS SIALOADENITIS

Shayahmetov D.B.

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

**Resume:** The article presents an algorithm of rehabilitation in patients with calculous sialoadenitis. Possibility to safe salivary gland and its function and avoid complications if of all stages of rehabilitation carefully observe.

**Keywords:** salivary glands, calculous sialoadenitis, treatment, rehabilitation.

### Введение

Калькулезный сиалоаденит (слюнно-каменная болезнь) – один из наиболее часто встречающихся среди всех воспалительных процессов слюнных желез, доходя до 78% [3; 5]. Большую часть больных составляют лица трудоспособного возраста [3; 4; 7]. До сих пор высок уровень осложнений при этом заболевании и, как результат большое количество слюнных желез удаляется [5]. Последние годы опубликованы работы в которых указывается на важную роль слюнных желез для организма, так как они являются важной составной частью пищеварительной системы, играют большую роль в гомеостазе желудочно-кишечного тракта и всего организма [6, 8] исходя из этого становится понятным значение органосохраняющих

операций при лечении калькулезного сиалоаденита. По данным Магадова И.А. [2, 6] удаление слюнных желез в 95% случаев нецелесообразно. Следовательно, большое значение приобретают вопросы реабилитации больных калькулезным сиалоаденитом.

**Цель** данного исследования – определение объема реабилитационных мероприятий на различных этапах клинического течения калькулезного сиалоаденита.

### Материал и методы.

При проведении клинических исследований с нашим участием проведено обследование и лечение 83 больных калькулезным сиалоаденитом.

Всех наблюдавшихся нами больных мы разделили на 3 клинические группы: [7]

1. Без клинических проявлений воспалительного процесса; в эту группу внесен 21 больной (25,3%) в возрасте от 19 до 72 лет, среди них мужчины – 12, женщин – 9; правая железа была поражена у 10 больных, левая – у 11.

2. С единичными обострениями воспалительного процесса; в эту группу включено 38 больных 45,8% в возрасте от 10 до 67 лет, мужчин – 24, женщин – 14. Правая железа повреждена у 18 больных, левая – у 20.

3. С выраженными признаками хронического воспаления и периодически возникающими обострениями. В эту группу вошли 24 больных (28,9%) от 21 до 68 лет. Мужчин – 13, женщин – 11. Правая железа поражена у 14 больных, левая – у 10.

При разделении больных на группу использовались следующие методы диагностики: рентгенологическое исследование, (включая сиалографию) сиалометрия, бактериологическое исследование секрета.

Объем хирургического вмешательства у первой группы больных минимальный. Проводилось удаление слюнного камня, которое осуществлялось по методике описанной Я.М. Биберманом (1958).

При удалении слюнного камня, находящегося в дистальном отделе протока подчелюстной железы, пользовались методикой И.А. Магадова [6].

В послеоперационном периоде, ввиду отсутствия клинических признаков воспаления, проводились лишь мероприятия, направленные на ликвидацию застойных явлений и восстановление функции железы. Назначались 3-4 инстилляций железы теплым раствором фурацилина – это ускоряло отторжение слущенного воспалительно-измененного эпителия. В целях стимуляции функции железы назначались физиопроцедуры (ЭПУВЧ, УФО полости рта) 1% раствор пилокарпина, который больные принимали за 15-20 минут до еды по 8 капель на четверть стакана воды 3-4 раза в сутки. Прием пилокарпина осуществлялся 5-6 дней. Больному рекомендовалось полоскание рта раствором антисептиков (фурацилина 1:5000, слабым раствором марганцевокислого калия) после еды.

Наши наблюдения показали, что такой объем реабилитационных мероприятий для больных первой клинической группы является

достаточным. Прослеженные отдаленные результаты до 7 лет были хорошими.

Во второй клинической группе первые мероприятия были направлены на снятие явлений острого воспаления. С этой целью назначали щадящую диету, исключая грубую, острую кислую пищу. С целью временного понижения функции слюноотделения больные перорально принимали по 6-8 капель 0,1% раствора атропина за 15-30 минут до еды. Назначалась антибиотикотерапия, вазелиновые повязки, компрессы, с 30% раствором димексидина на область проекции железы, антисептические полоскания.

После снятия явлений острого воспаления и удаления слюнного камня проводились мероприятия, направленные на восстановление функции слюноотделения и устранения остаточных явлений воспаления: инстилляций растворами антибиотиков с учетом результатов бактериологического исследования операционной раны; новокаиновые блокады, позволяющие устранить болевой синдром и позитивно влиять на трофику тканей; электрофорез с использованием протеолитических ферментов, а позже с йодистым калием, УВЧ – терапия. Учитывая имеющиеся нарушения кровообращения в заинтересованной железе, для улучшения гемодинамики на микроциркуляторном уровне на область раны и воспаленных тканей воздействовали излучением гелий – неоновый лазер (модель «ЛТМ-01»). Как и в предыдущей группе больных, для улучшения секреторной функции пациенты получали 1% раствора пилокарпина.

При определении объема хирургического вмешательства у больных третьей клинической группы важным критерием являлись данные сиалометрии. Больным, у которых, несмотря на ликвидацию острых воспалительных явлений, не удавалось добиться восстановления функции слюноотделения, проводилась экстирпация желез. Остальным больным после удаления слюнного камня проводилось лечение, направленное на восстановление функции слюноотделения и на ликвидацию застойных явлений. С этой целью проводились новокаиновые блокады железы путем инъекции анестетика в околожелезистую клетчатку (от 4 до 6 раз с интервалами в 2-3 дня). В протоки железы инстиллировался раствор антибиотика,

с учетом чувствительности к нему микрофлоры методом длительного фракционного введения с обтурацией протока на 20-30 минут. Внутри больные принимали препараты уротропина (уросал, гексаметилентетрамин), 1% р-р пилокарпина по 6-8 капель 3-4 раза в день за 15-20 минут до еды.

Из физиотерапевтических процедур применяли электрофорез с 0,5% раствором галантамина до 10 процедур (в последующем галантамин вводился подкожно до 30 инъекций). УФО полости рта, УВЧ до №10. На этапах реабилитации применяли также слабоинтенсивное излучение гелий – неоновой лазера (ИГНЛ).

Проведение этих мероприятий воздействуя на пораженный орган в комплексе способствует вслед за устранением воспалительных явлений быстрейшему восстановлению функции слюноотделения и очищению протокового аппарата от застойных масс.

Самым существенным отличием реабилитации, которая проводилась применительно к некоторым больным третьей группы, (их было 3 человека) явились реконструктивные операции, выполненные в связи с выявлением у них деформированных выводных протоков. Наличие стриктур выводных протоков служило дополнительной причиной сохранения клинической картины застойных явлений в слюнной железе и, следовательно, не могло удовлетворить лечащего врача в качестве результата лечения. Воссоздание выводного протока поднижнечелюстной слюнной железы осуществлялось по местным обезболиванием: путем иссечения рубцовых тканей в области стриктуры, выпрепаровки культи протока на протяжении и формирования нового устья путем сшивания эпителия раневого края культи с эпителием раневого края тканей дна полости рта.

С целью закрепления результатов лечебных и реабилитационных мероприятий больных ставили на диспансерный учет. Больных необходимо наблюдать дважды в год (весной и осенью). В случае ухудшения, сохранения или повторных проявлений воспаления – проводить курс лечения, направленного на их ликвидацию, а так же ликвидацию явлений ретенции слюны по мере возникновения обострения процесса.

Реабилитация больных калькулезным сиалоаденитом, таким образом, планировалась с позиций адекватности этих мероприятий клиническому течению заболевания, то есть носила индивидуальный характер.

### **Выводы**

1. При проведении реабилитационных мероприятий необходимо учитывать стадию клинического течения калькулезного сиалоаденита.

2. Объем реабилитационных мероприятий в каждой последующей группе увеличивается.

3. При тщательном выполнении комплекса реабилитационных мероприятий появляется возможность свести к минимуму необходимость удаления слюнной железы.

### **Литература:**

1. Абдусаламов М.Р., Афанасьев В.В. Клинические особенности течения слюннокаменной болезни и выбор метода лечения в период обострения сиалоаденита. // *Стоматология*. - 2007. - №5. - С. 48-49.

2. Абдусаламов М.Р., Афанасьев В.В., Магадов И.А. Особенности удаления камней из дистальных отделов протоков поднижнечелюстных слюнных желез. // *Российский стоматологический журнал*. - 2010. - №5. - С.15-16

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

4. Афанасьев В.В. Слюнные железы. Болезни и травмы: М., 2012.

5. Коваленко В.С. Особенности клинического течения, диагностики и лечения неэпидемических сиалоаденитов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Киев, 1970

6. Магадов И.А. Особенности удаления камней из протоков слюнных желез: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2012.

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

8. Степаненко Р.С., Афанасьев В.В., Полякова М.А. Роль слюнных желез в гомеостазе организма // *Российский стоматологический журнал*. - 2010. - №5. - С. 26-27