

ГРАНИЦЫ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЭНДСКОПИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

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

Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет
им. А.И. Евдокимова (ректор – академик РАН О.О. Янушевич),
кафедра травматологии челюстно-лицевой области,
г. Москва, Российская Федерация

E-mail: sadik_2014@mail.ru

Резюме. Авторы провели 42 сиалэндоскопии для диагностики и лечения заболеваний слюнных желез (СЖ). Были определены следующие показания для проведения сиалэндоскопии:

1. Удаление подвижных слюнных камней диаметром до 3 мм с помощью проволочной корзины при условии, что диаметр конкремента должен быть меньше диаметра протока.

2. Оценка таких особенностей протоков большого калибра как: наличие камня или его отсутствие, конкремента в стенке протока, места расположения камня, наличие стриктур, стенозов или слюнных тромбов. В тоже время, расположение конкремента за изгибом поднижнечелюстного протока, наличия большого диаметра камня (от 6 мм), малый диаметр естественного устья протока, а также наличие стриктур в протоке резко ограничивают применение сиалэндоскопа в работе практикующего врача.

Ключевые слова: слюнные железы, слюнной камень, эндоскопия.

THE LIMITS OF ENDOSCOPY OF THE SALIVARY GLANDS

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

Moscow state medical and Dental University named after A.I. Evdokimov
(rector - academician of the Russian Academy of Sciences O.O. Yanushevich),
Department of maxillofacial traumatology, Moscow, Russian Federation

Summary. The authors conducted 42 sialendoscopy for the diagnosis and treatment of diseases of the salivary glands (SG). The following indications for sialendoscopy were determined: 1. Removal of mobile saliva stones with a diameter of up to 3 mm using a wire basket, provided that the diameter of the concretion should be less than the diameter of the duct.

2. Assessment of such features of large-caliber ducts as: the presence of a stone or its absence, concretion in the wall of the duct, the location of the stone, the presence of strictures, stenosis or salivary blood clots. At the same time, the location of the concretion by a bend in the submandibular duct, the presence of large diameter stone (6 mm), small diameter of the natural mouth of the channel, and the presence of strictures in the channel severely limit the use of sialendoscope in the work of the practitioner.

Keywords: salivary glands, salivary stone, endoscopy.

Введение. Появление эндоскопов д- развития эндоскопии слюнных желез. аметром менее 2 мм дало возможность Начиная с 1990-х годов начали актив-

но разрабатывать и внедрять в клиническую практику методику эндоскопии слюнных желез. Первая попытка выполнения эндоскопии СЖ была предпринята Katz и Gundlach (1991) [1]. Они разработали методику исследования СЖ сверхтонким фиброэндоскопом. В 1994 г., Nahlieli et al. [2] сообщили об эндоскопически ассистированном удалении камней, используя артроскоп для височно-нижнечелюстного сустава. F. Marchal et al. в 1998 г. [3] опубликовали работу об амбулаторном лечении боль-

ных слюннокаменной болезнью (СКБ) с применением эндоскопической техники.

Несмотря на перспективность данной методики, сиалэндоскопия имеет свои технические и клинические ограничения, о которых сообщили многие авторы в последнее время [4].

Цель работы: повышение эффективности диагностики и лечения больных СКБ с использованием метода сиалэндоскопии.

Таблица - Распределение пациентов в зависимости от вида вмешательства

Железа	Методы лечения					
	n	Диагностическая сиалэндоскопия	Эндоскопическое удаление конкремента с пластикой нового устья протока	Эндоскопическое удаление конкрементов без пластики устья протока	Безрезультативная попытка эндоскопического удаления конкремента	Внутрипротоковая контактная лазерная литотрипсия
Околоушная	9	8	1	-	-	-
Поднижнечелюстная	33	15	10	3	4	1
Всего	42 (100%)	23 (54,7%)	11 (26,1%)	3 (7,1%)	4 (9,5%)	1 (2,3%)

Примечание: ОУ - околоушная СЖ; ПЧ - поднижнечелюстная СЖ

Материал и методы. Всего мы провели комплексное обследование и лечение 42 пациентов СКБ с использованием эндоскопической техники Karl Storz – Endoskope системы Erlangen. Для дифференциальной диагностики заболеваний СЖ использовали общие, частные и специальные методы исследования. Сиалэндоскопию проводили

вне обострений сиаладенита. Естественное устье протока расширяли с помощью слюнных зондов. Далее в проток вводили сиалэндоскоп и продвигали его с непрерывным введением в него изотонического раствора, обеспечивая дилатацию протока и его промывание. В зависимости от результатов сиалэндоскопии выбирали методику

лечения: удаление камня с помощью сиалодохотомии, эндоскопическое удаление конкремента, эндоскопическое ассистирование при удалении камня или дробление камня.

Результаты. Всего мы провели 42 сиалэндоскопии с целью диагностики и лечения заболеваний околоушных (9) и поднижнечелюстных (33) СЖ (табл.). Возраст пациентов колебался в пределах от 20-70 лет.

Сиалэндоскопии мы разделили на диагностические и лечебные.

Диагностических сиалэндоскопий выполнили 23 (55%), из которых у 7

пациентов обнаружили ампулярные расширения и сужения по ходу протоков; у 13 - выявили конкремент; у 3-ех - рубцовые сужения в протоках.

У 11 (26%) пациентов провели эндоскопическое удаление камней с одновременной пластикой нового устья протока. Из них у 10 больных удалили конкременты размером от 0,5 до 4 мм из поднижнечелюстной слюнной железы, у 1 пациента – из околоушной (рис. 1,2).

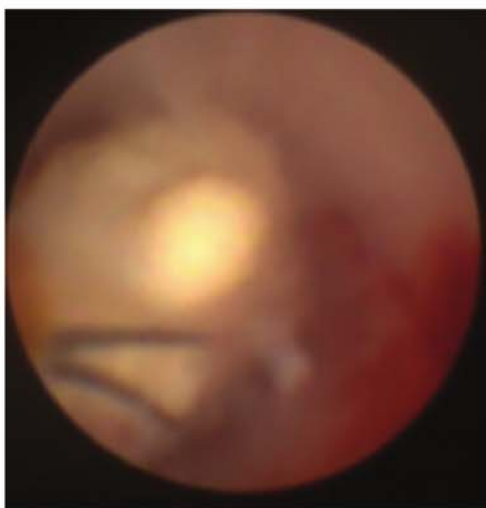


Рис. 1. Извлечение камня корзиной из околоушной железы.



Рис. 2. Удаленный камень размером 3 мм.

У 3-ех (7%) пациентов эндоскопическое удаление конкрементов произвели без пластики нового устья протока: одному из них удалили камни с помощью экстрактора с минимальной папиллотомией до 2 мм (удаление камней оказалось возможным с помощью эндоскопа ввиду наличия равномерно расширенного протока и малого диаметра размеров конкрементов до ~2-3 мм). Второму пациенту конкременты удалили методом стандартной сиалодохотомии и у третьего пациента в полости рта сформировалось новое устье в области ранее проведенного разреза, через который удалили конкременты с помощью проволочной ловушки (захвачен первый конкремент за его задний край, после удаления крупного конкремента вслед за ним получили более мелкие).

У 4-ех (9,5%) пациентов попытки эндоскопического удаления камня не дали результатов: камни не удалось захватить проволочной корзиной или щипцами.

Наличие стриктуры протока или замурованного в стенку конкремента, также не давало возможности удалить камень. Этим пациентам было предложено удаление конкрементов традиционным внутриротовым доступом с пластикой нового устья.

Одному пациенту провели внутрипротоковую контактную лазерную литотрипсию под контролем эндоскопа при этом получили 2 фрагмента камня, которые удалили с помощью классической сиалодохотомии с пластикой нового устья протока.

Заключение

Результаты нашего исследования показали, что метод сиалэндоскопии имеет свои преимущества в случае удаления подвижных (флотирующих) камней диаметром до 3 мм с помощью проволочной корзины при условии, что диаметр конкремента меньше диаметра протока. Также с помощью эндоскопа можно оценить внутрипротоковые особенности, такие как: наличие или отсутствие конкремента, подвижность конкремента в протоке, его расположение, наличие стенозов и слюнных тромбов.

Расположение конкремента за изгибом протока резко ограничивает возможности применение сиалэндоскопа. Кроме того, наличие крупного размера камня (от 6 мм и больше), малого диаметра протока и наличие стриктур в протоке также ограничивают применение эндоскопа.

Литература

1. Katz, P. *Endoscopy of the Salivary Glands // Ann Radiol (Paris)*. 1991. Vol. 34. P. 110-113.
2. Nahlieli O, Neder A, Baruchin AM. *Salivary gland endoscopy: a new technique for diagnosis and treatment of sialolithiasis. J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52: 1240–1242.
3. F. Marchal, P. Dulguerov, M. Becker, A.M. Kurt, J-Ph. Guyot et W. Lehmann *Traitement ambulatoire de la lithiase salivaire. Med Hyg (M&H)* 1998; 56: 1961-2.
4. *Хирургическое лечение заболеваний и повреждений слюнных желез с основами сиалэндоскопии. Атлас/ В.В. Афанасьев, М.Р. Абдусаламов, С.М. Курбанов; под общ. ред. В.В. Афанасьева. – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2020. Стр. 180-193 Гл. 6. Сиалэндоскопия.*