

**ОСОБЕННОСТИ СИАЛЭНДСКОПИИ ОКОЛОУШНЫХ И ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ
СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

(предварительное сообщение)

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

Кафедра травматологии челюстно-лицевой области МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
г. Москва, Россия

Резюме. Авторы провели сиалэндоскопию у 17 больных слюннокаменной болезнью и представили предварительное сообщение. Установлено, что возможность одновременного проведения хирургического вмешательства на системе протоков делает сиалэндоскопию методом выбора для диагностики и лечения заболеваний слюнных желез. Метод имеет ограниченные возможности при наличии узкого устья и узких протоков, что сужает показания к его применению. Сиалэндоскопия – это технически сложная процедура, которая требует организованного и последовательного обучения.

Ключевые слова: слюнные железы, слюнной камень, эндоскопия.

**FEATURES OF SIALENDOSCOPY OF THE PAROTID AND SUBMANDIBULAR
SALIVARY GLANDS IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS
WITH SALIVARY STONE DISEASE**

(preliminary report)

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

Department of traumatology of maxillofacial area of MSMSU n.a. A.I. Evdokimov,
Moscow, Russia

Summary. The authors performed sialendoscopy in 17 patients with salivary stone disease and presented a preliminary report. It has established that the possibility of simultaneous surgical intervention on the duct system makes sialendoscopy a method of choice for diagnosis and treatment of salivary gland diseases. The method has limited capabilities in the presence of a narrow mouth and narrow ducts that limits the indications for its use. Sialoscopy is a technically complex procedure that requires organized and consistent training.

Key words: salivary gland, salivary stone, endoscopy.

Введение

Сиалэндоскопия (визуализация протоков слюнных желез с использованием эндоскопа) впервые использовалась в 90-ых годах, когда с помощью эндоскопа проведено изучение поднижнечелюстных слюнных желез. В дальнейшем метод применялся для выявления камней околоушных желез. В 1994 году Nahlieli и соавт. сообщили об эндоскопически ассистированном удалении слюнного камня [1]. В дальнейшем на эту тему появилось много сообщений, авторы которых рекомендовали сиалэндоскопию использовать для диагностики и лечения различных заболеваний слюнных желез и, особенно в случае слюннокаменной болезни [2, 3]. Известно, что изменения стенок слюнных протоков имеют свои особенности в зависимости от формы сиаладенита, к которым относятся такие диагностические критерии как: цвет стенки протока, ее эластичность, наличие инъекций сосудов в стенке протока или патологических включений в просвете протока (конкременты, слизистые бляшки, полипы), стеноз или эктазия протока.

Ранее было установлено, что сиалэндоскопия у больных сиалолитиазом имела свои специфические особенности. На основании эндоскопической картины слюнных желез установлены особенности расположения конкрементов в протоках, которые подразделялись на фиксированные и свободные. В тоже время положение конкремента определялось размерами и качественной характеристикой его поверхности [4].

В доступной нам литературе значение сиалэндоскопии оценивалось неоднозначно, что послужило основанием для проведения настоящей работы.

Целью данного исследования являлось изучение особенностей и возможностей проведения методики сиалэндоскопии у больных со слюннокаменной болезнью, а также оценка качества лечения слюннокаменной болезни с использованием методики сиалэндоскопии.

Материалы и методы

Всего за период 6 месяцев 2017 г. мы провели 17 диагностических и лечебных сиалэндоскопий околоушных или поднижнечелюстных слюнных

желез с использованием аппарата KarlStorze-Endoskope система Erlangen, а также слюнных зондов различных диаметров, расширителей устья,



Рис. 1. Конкремент в трехпроволочной корзине.

корзин для извлечения конкрементов и катетеров для формирования нового устья протока (рис. 1-2).



Рис. 2. Конкременты в одной корзине.

Для дифференциальной диагностики заболеваний слюнных желез использовали общие, частные и специальные методы исследования [5]. Сиаэндоскопию проводили пациентам при отсутствии обострений сиаденита и до проведения дополнительных методов исследования.

Методика проведения сиаэндоскопии состояла в следующем: исследование осуществляли без анестезии или под местным обезболиванием. Для этого проводили инфильтрационную анестезию Sol. Ultracaini 1:200 000 1,7 мл вдоль протока или в проток вводили этот же анестетик в количестве 0,5-1,0 мл. Естественное устье протока последовательно расширяли с использованием слюнных зондов или специальных расширителей. Далее в проток вводили полужесткий сиаэндоскопи продвигали его с предваритель-

ным непрерывным введением в проток изотонического солевого раствора, обеспечивая дилатацию и промывание протока.

В зависимости от результатов диагностической сиаэндоскопии выбирали метод хирургического вмешательства (классическая сиаодохотомия протока, эндоскопическое удаление конкремента, эндоскопическое асстирование при удалении камня), тактику и объем оперативного вмешательства или использовали консервативный метод дальнейшего лечения.

Результаты

Всего мы провели 17 сиаэндоскопий околоушных (5) и поднижнечелюстных (12) слюнных желез у больных слюннокаменной болезнью с целью диагностики и лечения (табл. 1). Возраст пациентов колебался в пределах 26-69 лет. Мужчины было 5, женщин – 7.

Таблица 1

Распределение пациентов в зависимости от вида вмешательства

| Железа | n | Методы хирургического лечения | | | | | | |
|--------|----|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| | | Диагностическая сиаэндоскопия | Эндоскопическое удаление конкремента с пластикой нового устья протока | Эндоскопическое удаление конкрементов без пластики устья | Безрезультативная попытка эндоскопического удаления конкремента | Удаление конкрементов методом стандартной сиаодохотомии | Внутрипротоковая контактная лазерная литотрипсия | Пластика нового устья эндоскопически конкремент не обнаружен |
| ОУСЖ | 5 | 4 | 1 | | | | | |
| ПЧСЖ | 12 | 2 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Всего: | 17 | 6 | 5 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |

Примечание: ОУСЖ – околоушная слюнная железа; ПЧСЖ – поднижнечелюстная слюнная железа.

У 6 (из 17) пациентов осуществили диагностическую сиаэндоскопию с целью определения особенностей протоковой системы, необходимых для получения дополнительной информации и выбора метода последующей терапии. Из 6 у

одного больного сначала выполнили пластику нового устья протока ПЧСЖ, через которое в последствии осуществили диагностическую сиаэндоскопию (рис. 3).



Рис. 3. Пластика нового устья протока.

Эндоскопическое удаление конкрементов с одномоментной пластикой нового устья проток провели у 6 больных (рис. 4). У одного из них камень эндоскопически удалили через новое устье,

ранее самостоятельно сформировавшееся после самопроизвольного выхода камня. В анамнезе у больного были неоднократные рецидивы обострения слюннокаменной болезни.

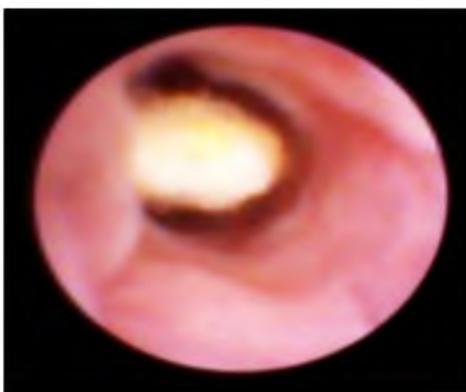


Рис. 4. Сиалэндоскопия, конкремент визуализируется в протоке.

Эндоскопическая попытка удаления конкрементов была unsuccessful у 2-х больных из-за невозможности проведения эндоскопа в последующие протоки в результате рубцовых стриктур из-за ранее проведенных внутриротовых разрезов в подъязычной области. У этих больных удаление конкремента выполнили стандартными подходами.

У больного с расположением крупного камня в переднем отделе протока, что подтвердили данные сиалэндоскопии, конкремент удаляли с помощью контактной лазерной литотрипсии, при этом получили 2 мелких фрагмента, которые в свою очередь удалили с помощью классической сиалодохотомии с пластикой нового устья протока.

Клинические признаки одного пациента характеризовались жалобами на припухание ПЧ СЖ во время еды. По данным МРТ конкремент не обнаружен. В тоже время при КТ выявлен один конкремент, а на сиалограмме имелся дефект наполнения. Больной выполнили пластику нового устья протока, после чего провели

сиалэндоскопию, при этом конкремент не обнаружили. От предложенного дробление пациентка отказалась.

Заключение

Результаты нашего предварительного исследования показали, что возможность одномоментного проведения хирургического вмешательства на системе протоков делает сиалэндоскопию методом выбора для диагностики и лечения заболеваний слюнных желез. Метод имеет свои ограниченные возможности в силу узкого устья, а также анатомических особенностей протоковой системы, что сужает показания к его применению. Метод также имеет свои преимущества, связанные с малоинвазивностью и малотравматичностью, которые позволяют сократить послеоперационный период реабилитации пациентов.

Сиалэндоскопия – это технически сложная процедура, которая требует организованного и последовательного обучения.

Литература

1. Nahlieli, O. *Salivary gland endoscopy: a new technique for diagnosis and treatment of sialolithiasis* / O. Nahlieli, A. Nader, A.M. Baruchin // *J Oral Maxillofac Surg.* - 1994. - №52. - P. 1240-1242
2. Marshal, F. *Salivary gland endoscopy: new limits* / F. Marchal // *Rev StomatolChirMaxillofac.* - 2005. - Vol. 106. - P. 244-249.
3. Marchal, F. *A combined endoscopic and external approach for extraction of large stones with preservation of parotid and submandibular glands* / F. Marchal // *Laryngoscope.* - 2007. - Vol. 117. - P. 373-377.
4. Коротких, Н.Г. *Возможности сиалэндоскопии больших слюнных желез в диагностике и лечении сиаладенитов* / Н.Г. Коротких, А.Н. Морозов // *Вестник Смоленской медицинской академии.* - 2010. - №2. - С. 71-74.
5. *Заболевания и повреждения слюнных желез* [И.Ф. Ромачева, Л.А. Юдин, В.В. Афанасьев и др.]. - М.: Медицина, 1987. - 240 с.