

## КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей

им. А.Алиева (г. Баку, Азербайджан)

Данная работа является фрагментом НИР кафедры АЗГИУВ им. А. Алиева «Клинико-функциональное состояние слюнных желез при сиалозах и сиалоденитах».

**Вступление.** Известно, что слюннокаменная болезнь является наиболее распространённым заболеванием среди всей патологии слюнных желёз. На её долю, по данным разных авторов, приходится от 20,5 до 78 случаев [1]. Несмотря на это, значительно страдает своевременная диагностика калькулезного сиаладенита [1,2]. Даже раннее выявление этого заболевания не гарантирует больному полного излечения, поскольку терапия сиалолитиаза, как правило, ограничивается хирургическим вмешательством (удалением конкремента или самой слюнной железы) без дальнейшего воздействия на орган и организм в целом [3,4]. Отмечено, что СКБ встречается у жителей городов в 3 раза чаще, чем у сельского населения. Клиницисты установили, что слюннокаменной болезнью чаще поражаются поднижнечелюстные (90-95) слюнные железы, реже (5-8) – околоушные. Оперативное лечение не способно предупредить рецидивное камнеобразование, поскольку оно не является ни этиологическим, ни патогенетическим. Нередко хронический воспалительный или дистрофический процесс, развившийся в слюнной железе после многократных рецидивов, становится показанием к ее удалению [5]. Во многих случаях такого исхода можно было бы избежать, назначив адекватное и своевременное лечение, направленное на предотвращение образования новых слюнных камней.

**Целью исследования** являлась сравнительная характеристика эффективности новых подходов к консервативным методам лечения слюннокаменной болезни.

**Объект и методы исследования.** Под нашим контролем находилось 60 пациентов с сиалолитиазом, у которых на момент обследования были обнаружены камни в слюнных железах (впервые или повторно). Эти больные были разделены на две подгруппы и в период ремиссии заболевания (после купирования обострения, если таковое имелось) прошли курс консервативной терапии по предложенным нами схемам. В первую подгруппу вошли

23 пациента, которым проводилось общее консервативное лечение, вторую подгруппу составили 37 пациентов, прошедших после общего лечения курс внутривнутрипротоковой терапии. Методика внутривнутрипротоковой терапии (интрадуктарный литолиз) включала в себя введение через сосудистый катетер (а при последующих манипуляциях — через затупленную инъекционную иглу) в проток слюнной железы протеолитических ферментов (трипсина), до чувства умеренного «распирания» в железе. Пациенты во всех группах по возрасту, полу и соматическому статусу были идентичны. Предложенная нами схема общего консервативного лечения выглядела следующим образом: Прозерин, 0,05 раствор, 1мл подкожно; 3 раствор KI, по 1 столовой ложке 3 раза в день; Компресс в область слюнной железы с гипертоническим раствором и мазью левомеколь.

Через 3 недели пероральный прием 3 раствора KI заменяли введением его в ткань железы с помощью ультразвука (ультрафонофорез) еще в течение 7 дней.

Лечение по данной схеме получали 23 пациента в течение 4 недель, курс повторялся через 3, а затем через 6 месяцев. Эффективность лечения оценивалась через 6-12 месяцев после окончания лечебного курса. После проведения рентгенографии, УЗИ и МСКТ оказалось, что у 12 пациентов (52,2) конкременты уменьшились в размере (в среднем на 12), а у 6 человек (26,1) не выявлялись данными методами исследования (растворились или вышли из протока)

**Результаты исследований и их обсуждение.** Контрольное обследование пациентов после проведения общей консервативной терапии дало следующие результаты. У всех 23 пациентов была отмечена положительная динамика лечения: уменьшение частоты приступов «слюнной колики» (болезненного распирания в железе во время приема пищи) на 87, вплоть до стойкой ремиссии (в течение года и более), у 63 больных пораженная слюнная железа уменьшилась в размере. У всех пролеченных нами больных обострение процесса не происходило в течение последующих 12 месяцев, тогда как это случилось почти у половины пациентов до лечения (48).

После проведения курса общего лечения, дополненного интрадуктарной терапией, отмечалась тенденция к уменьшению размеров конкрементов и продвижению их к устью выводного протока. Из 37 пациентов у 11 (29,7) конкременты самостоятельно вышли из протока, у 12 (32,4) были удалены из устья протока, у 14 пациентов (37,9) наблюдалось уменьшение размеров камней (в среднем на 23), находящихся в паренхиме железы в сроки от 3 до 12 месяцев.

Осложнений во время проводимого лечения не наблюдалось. Практически у всех пациентов за период наблюдения отсутствовали признаки обострения сиалоаденита. С целью дальнейшего растворения имеющихся и профилактики образования новых камней, всем пациентам рекомендовано повторение курса терапии через 3, а затем через 6 месяцев под контролем УЗИ и рентгенографии.

Таким образом, применение разработанной нами схемы консервативного лечения больных слюннокаменной болезнью приводило к снижению частоты приступов «слюнной колики» и степени их выраженности (на 87), вплоть до стойкой ремиссии, уменьшению размеров сиалолитов (в среднем на 12) и значимому улучшению показателей микроциркуляции.

Сравнение результатов лечения методом интрадуктарного литолиза и общей патогенетической терапии показало более эффективное влияние внутрипротоковой терапии на сиалолиты (уменьшение их размеров, продвижение к устью выводного протока). В свою очередь, общая патогенетическая

терапия оказывает основное влияние на состояние микроциркуляции в пораженном органе, т. к. обладает наибольшей эффективностью в отношении коррекции микроциркуляторных нарушений при сиалолитиазе.

Профилактическое лечение пациентов со слюннокаменной болезнью состояло в том, что пациентам назначалось обильное питье, вне зависимости от состава камней. Жидкость равномерно потреблялась в течение суток и особое внимание уделялось ситуациям, при которых происходило потеря жидкости.

Диета была самой обычной — сбалансированное питание, включающее все продукты без предпочтения какому-то одному виду. Потребление фруктов и овощей поощрялось из-за благоприятного воздействия клетчатки. Тем не менее, ограничено было потребление фруктов и овощей богатых оксалатами. Также во избежание переизбытка оксалатов было сокращено или избегалось потребление продуктов, содержащих оксалаты.

**Выводы.** Таким образом, применение разработанной нами комплексной схемы лечения сиалолитиаза, состоящей из общего патогенетического воздействия в сочетании с интрадуктарной терапией приводило к уменьшению размеров конкрементов и продвижению их к устью выводного протока, а также самопроизвольному выходу сиалолитов в полость рта через естественное соустье.

**Перспективы дальнейших исследований.** Планируется разработка новых подходов к консервативным методам лечения слюннокаменной болезни.

## Литература

1. Абдусаламов М. Р. Малоинвазивный метод лечения больных слюннокаменной болезнью / М. Р. Абдусаламов, А. Ф. Ткаленко // Сб. трудов XXV Итоговой научной конференции молодых ученых МГМСУ. – М., 2003. – С. 68.
2. Афанасьев В. В. Этиология слюннокаменной болезни / В. В. Афанасьев, В. С. Никифоров // Стоматология. – 1999. – № 5. – С. 39-41.
3. Carlson G. W. The salivary glands / G. W. Carlson // Surgical Clin North America. – 2000, 80. – P. 261.
4. Kim R. H. Nonoperative removal of sialoliths and sialodochoplasty of salivary duct strictures / R. H. Kim, A. M. Strimling, T. Grosch [et al. ] // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1996. – Vol. 122(9). – P. 974-976.
5. Rice D. H. Salivary gland disorders. Neoplastic and nonneoplastic / D. H. Rice // Med. Clin. North. Am. – 1999. – Vol. 83(1). – P. 197-218.

УДК 616.316-003.7

### КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ СЛИНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

Алієв С. З.

**Резюме.** Відомо, що слинокам'яна хвороба є найбільш поширеним захворюванням серед усієї патології слинних залоз. Метою дослідження стала порівняльна характеристика нових підходів до консервативних методів лікування слинокам'яної хвороби. Під нашим контролем знаходилося 60 пацієнтів з сіалолітіазом, у яких на момент обстеження були виявлені камені в слинних залозах (уперше або повторно).

До першої підгрупи увійшли 23 пацієнти, яким проводилось загальне консервативне лікування, другу підгрупу склали 37 пацієнтів, що пройшли після загального лікування курс внутрішньопротокової терапії. Профілактичне лікування пацієнтів із слинокам'яною хворобою полягало в тому, що пацієнтам призначалось вживати велику кількість рідини, незалежно від складу каменів. Рідина рівномірно споживалась протягом доби, особлива увага приділялася ситуаціям, при яких відбувалась втрата рідини. Також, щоб уникнути надлишку оксалатів, було скорочено або виключалось споживання продуктів, що містять оксалати.

---

---

Таким чином, застосування розробленої нами комплексної схеми лікування сіалолітіазу, що складається із загальної патогенетичної дії у поєднанні з інтрадуктарною терапією, призводило до зменшення розмірів конкрементів і просування їх до гирла вивідної протоки, а також мимовільного виходу сіалолітів в порожнину рота через природне співустя.

**Ключові слова:** слинкам'яна хвороба, протока, сіалоліт.

УДК 616. 316-003. 7

### **КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

**Алиев С. З.**

**Резюме.** Известно, что слюннокаменная болезнь является наиболее распространённым заболеванием среди всей патологии слюнных желёз. Целью исследования являлось сравнительная характеристика новых подходов к консервативным методам лечения слюннокаменной болезни. Под нашим контролем находилось 60 пациентов с сиалолитиазом, у которых на момент обследования были обнаружены камни в слюнных железах (впервые или повторно).

В первую подгруппу вошли 23 пациента, которым проводилось общее консервативное лечение, вторую подгруппу составили 37 пациентов, прошедшие после общего лечения курс внутривидовой терапии. Профилактическое лечение пациентов со слюннокаменной болезнью состояло в том что пациентам назначалось обильное питье, вне зависимости от состава камней. Жидкость равномерно потреблялась в течение суток и особое внимание уделялось ситуациям, при которых происходило потеря жидкости. Также во избежание переизбытка оксалатов было сокращено или избегалось потребления продуктов, содержащих оксалаты.

Таким образом, применение разработанной нами комплексной схемы лечения сиалолитиаза, состоящей из общего патогенетического воздействия в сочетании с интрадуктарной терапией приводило к уменьшению размеров конкрементов и продвижению их к устью выводного протока, а также самопроизвольному выходу сиалолитов в полость рта через естественное соустье.

**Ключевые слова:** слюннокаменная болезнь, проток, сиалолит.

UDC 616. 316-003. 7.

### **Clinical and Functional Features of Conservative Treatment Ptyalolithiasis**

**Aliyev S. Z.**

**Abstract.** It is known that ptyalolithiasis is the most common disease among the entire pathology of the salivary glands. Surgical treatment is not able to prevent recurrent stone formation, since it is neither etiologic nor pathogenic. Often chronic inflammatory or degenerative processes, developed in the salivary gland after repeated relapses, become an indication for the gland removal.

*The aim* of the study was to make a comparative characterization of novel approaches to non-invasive treatments of ptyalolithiasis.

We have reviewed 60 patients with sialolithiasis at the moment of the surgery (for the first time or repeatedly). The first subgroup included 23 patients who underwent general conservative treatment, a second subgroup consisted of 37 patients with the complete course intraductal therapy.

Technique intraductal therapy (intraductal litholysis) included the infusion of salivary gland duct proteolytic enzymes (trypsin) till moderate feelings of "fullness" in the gland through a vascular catheter (and subsequently – through blunt injection needle). Patients in all groups were identical in terms of age, gender and somatic status. The proposed scheme of general conservative treatment was as follows:

1. Neostigmine 0.05 solution, 1ml subcutaneously.
2. 3 solution of KI, 1 tablespoon 3 times a day.
3. Compress to the salivary gland with hypertonic solution and Levomekol ointment.

After 3 weeks of oral administration 3 KI solution was replaced with its percutaneous administration together with ultrasound (phonophoresis) for another 7 days.

Treatment under this scheme was administered to 23 patients within 4 weeks, the course was repeated after 3 and 6 months later on. Follow-up examination of patients after an overall conservative therapy yielded the following results. All 23 patients had the following positive dynamics: lower number on «salivary colic» incidence (painful distention of gland during the meal) by 87%, up to a stable remission (for a year or more), the size of the gland reduced in 63% of patients. All patients treated didn't have any exacerbation during 12 months following the treatment, while it happened almost in half of them before the treatment (48%).

After a course of general treatment, supplemented with intraductal therapy, there was a trend toward smaller stones and moving them to the mouth of the excretory duct. Out of the 37 patients, in 11 cases (29.7%) the stones dropped out themselves, in 12 cases (32.4%) the stones were removed from the mouth of the duct, 14 patients (37.9%) showed a decrease in the size of the stones (on average 23%) located in the parenchyma of the gland during the

---

---

period from 3 to 12 months. Comparison of the results of intraduktal litholysis treatment and common pathogenetic therapy showed better impact of intraductal therapy (decrease in size, facilitation of the movement of the stone towards salivary duct aperture)

Preventive treatment of patients with ptyalolithiasis consisted of excessive fluid intake, regardless of the composition of the stones. Liquid evenly consumed throughout the day, and a special attention was paid to moments of fluid excretion. Liquid evenly consumed throughout the day, and a special attention was paid to moments of fluid excretion.

Also to avoid excess oxalate intake the consumption of food containing oxalates was reduced or prohibited.

*Conclusions.* Thus, the application of the comprehensive sialolithiasis treatment scheme we developed, consisting of common pathogenetic effects in combination with intraductal therapy reduces the size of stones and promote them to the mouth of the excretory duct, as well as spontaneous excretion of sialoliths into the oral cavity through the natural opening of the duct.

**Key words:** ptyalolithiasis, duct, sialolith.

*Рецензент – проф. Рибалов О. В.*

*Стаття надійшла 17. 02. 2014 р.*