

ванию зубов врачами муниципальных и частных клиник. В то же время имеется существенная разница между мнением молодых врачей, со стажем работы до 15 лет, и врачей со стажем работы более 20 лет (53 и 30% соответственно). С приобретением опыта наблюдается более щадящее отношение к зубам. Отмечается разное мнение у врачей различной специализации. Так, 70% детских стоматологов высказались за обязательное депульпирование зубов под металлокерамические коронки. Половина стоматологов-терапевтов также считают депульпирование обязательной манипуляцией. В то же время только 21% ортопедов-стоматологов поддерживают это мнение.

Врачам было также предложено высказать свое мнение о показаниях к депульпированию зубов в рамках специальной подготовки полости рта к протезированию. При этом преобладали следующие показания:

- феномен Попова – Годона;
- широкая полость зуба;
- патология пародонта;
- патологическая стираемость;
- аномалии зубов;
- протезирование комбинированными (металлокерамическими и металлопластмассовыми) коронками;
- стойкая гиперестезия после препарирования зубов.

Параллельно с анкетированием врачей проведен опрос 57 студентов V курса стоматологического факультета. Из них 29 респондентов планируют работать терапевтами-стоматологами, 9 – хирургами, 8 – ортопедами, и лишь 3 студента видят себя детскими стоматологами. 35% студентов считают депульпирование обязательной манипуляцией перед изготовлением металлокерамических коронок.

Нами проанализировано 34 направления на депульпирование зубов, в соответствии с которыми было депульпировано 98 зубов. Обращает на себя внимание отсутствие бланков направлений даже в пределах одного лечебного учреждения. В списке направленных на депульпирование преобладали пациенты старше 50 лет. Число депульпированных зубов было различным – от 1 до 12 зубов у одного больного. Среди диагнозов наблюдались: пародонтит (29,6%), феномен Попова – Годона (22,5%), патологическая стираемость (4,1%), клиновидный дефект (1%) и в 42,8% направлений совершенно отсутствовало какое-либо обоснование депульпирования зубов.

Таким образом, наше исследование показало, что большинство врачей-стоматологов г. Смоленска и области правильно ориентируются в показаниях к депульпированию зубов перед протезированием, однако при назначении зубов на депульпирование в плане подготовки к протезированию следует подходить более обоснованно, учитывая клиническую картину, возраст и здоровье пациента.

УДК 616.316-036-071-089

ВОЗМОЖНОСТИ СИАЛЭНДСКОПИИ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СИАЛАДЕНИТОВ

Коротких Н.Г., Морозов А.Н.

ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»

POSSIBILITIES OF LARGE SALIVARY GLANDS SIALENDOSCOPY IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF SIALADENITIS

Korotkih N.G., Morozov A.N.

The Burdenko Voronezh State Medical Academy

Существующие на сегодняшний момент трудности диагностики и лечения хронических воспалительных заболеваний больших слюнных желез далеки от решения. В доступной литературе опубликовано большое число исследований, посвященных стандартизации способов лечения, разработке и внедрению новых методик диагностики. Но, несмотря на это,

сиаладениты остаются весьма часто встречающейся патологией, и большого прогресса в улучшении результатов лечения не наблюдается [1, 4].

Диагностические исследования больших слюнных желез, даже при использовании «золотого диагностического стандарта», включающего контрастную сиалографию, УЗИ и КТ, не дают точного определе-

ния диагноза, что в конечном итоге ставит под сомнение результаты лечения [3].

С этиопатогенетической точки зрения сиаладенит рассматривают наиболее часто как заболевание, основой которого является обструкция просвета выводных протоков. При этом причины обтурации протока могут быть самыми разнообразными: сиалолитиаз, реактивная обструкция протоков, стенозы и стриктуры различного генеза, пристеночные полипы, слизистые бляшки [2, 6, 8].

Нарушение оттока слюны из железы и, как следствие, внутриацинарная задержка секрета приводит к активации ферментативных реакций в железе, что в итоге обуславливает развитие воспаления.

В связи с этим своевременная коррекция возникающих нарушений в системе протоков и их профилактика могут служить вариантами повышения эффективности терапии сиаладенитов.

В последнее время перспективное развитие получила малоинвазивная эндоскопическая хирургия в челюстно-лицевой области [5, 7]. Сиалэндоскопия больших слюнных желез, проводимая микроэндоскопами, является процедурой, которая позволяет визуализировать внежелезистую порцию выводного протока слюнной железы. Кроме того, в зону обследования входит и большинство областей внутрижелезистой протоковой системы, вплоть до протоков 2–3, а в некоторых случаях и 4–5 порядков. Наличие второго рабочего канала в тубусе эндоскопа позволяет одновременно с диагностической ревизией системы протоков провести необходимые лечебные манипуляции (бужирование, баллонную пластику, внутрипротоковое очаговое лазерное воздействие, полное удаление или фрагментацию конкрементов или инородных тел и т. д.).

Материал и методы исследования

Материалом настоящей работы являются результаты обследования и лечения 227 больных с различными формами хронических сиаладенитов, находившихся на лечении в клинике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ВГМА им. Н.Н. Бурденко в период с 2000 по 2008 год.

Кроме стандартной клиничко-лабораторной схемы обследования всем больным проводилась рентгеновская диагностика, включающая обзорную рентгенографию, контрастную сиалографию, компьютерную сиалотомографию, магнитно-резонансную томографию, динамическую дигитальную субтракционную сиалографию.

В соответствии с задачами исследования были сформированы основная и контрольная группы пациентов. Сиалэндоскопия больших слюнных желез была проведена 38 пациентам, которые составили основную группу. Для оценки результатов лечения была сформирована контрольная группа, включающая 163 человека. При лечении больных основной и

контрольной групп использовалась одинаковая медикаментозная терапия по стандартной схеме, соответствующая действующим в настоящее время стандартам оказания помощи больным с хроническими сиаладенитами.

Для проведения сиалэндоскопии помимо стандартного видеоэндоскопического оборудования были использованы одно- и двухканальные сиалэндоскопы (Nahlieli Karl Storz) с диаметрами операционного тубуса 1,3 и 2,3 мм соответственно. Вспомогательное оборудование для проведения лечебных эндоскопических манипуляций включало набор дилататоров устья протока, внутрипротоковые зонды, набор эндощипцов для удаления и разрушения конкрементов, биопсийные щипцы, баллонные дилататоры, корзинчатые проволочные захваты для конкрементов.

В процессе процедуры сиалэндоскопии проводилась ирригация протока, что позволяло расширять его и добавлять дополнительную степень свободы в движениях инструментов.

Все манипуляции проводились под местной проводниковой и инфильтрационной анестезией 2%-ным раствором ксилокаина. В процессе процедуры использовалась дополнительная внутрипротоковая анестезия. Процедура проведения сиалэндоскопии занимала, как правило, от 30 до 60 минут.

Результаты исследования и их обсуждение

На этапе диагностического обследования пациентов контрольной группы верификация причины обструкции протока была безуспешной в 63 случаях. Рентгенограммы слюнных желез и их протоков в боковых проекциях в ряде случаев были малоинформативны, поскольку даже если конкремент оказывался рентгенопозитивным, то попадал в тень костной ткани нижней челюсти. Известно, что конкременты, локализованные в околоушных слюнных железах, содержат большое количество рентгенонегативных органических веществ. Очевидно, именно поэтому рентгенография околоушных желез была неэффективна в диагностике калькулезного сиаладенита. Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография были эффективны в контрольной группе в случаях, когда конкремент попадал в плоскость среза. При малом диаметре конкремента (менее 5 мм) его обнаружение усложнялось. Контрастная сиалография (в том числе субтракционная) в большинстве случаев идентифицировала внутрипротоковую преграду, но не давала никакой точной информации о её качественном составе.

Проведённое сиалэндоскопическое исследование у всех пациентов основной группы выявило различные виды патологических изменений стенок протока при различных формах хронического сиаладенита. Для оценки получаемого изображения были разработаны диагностические критерии, включающие цвет стенки протока, её эластичность, наличие инъекций

сосудов в стенке протока, наличие патологических включений в просвете протока (конкременты, слизистые пробки, бляшки, полипы), наличие стеноза.

Эндоскопическое исследование системы протоков позволило точно установить причину обструкции во всех случаях. Были обнаружены фиксированные в протоке и подвижные (мигрирующие) конкременты, фиксированные эластичные бляшки, обтурирующие от 1/3 до 3/4 просвета протока, слизистые пробки в протоках второго и третьего порядков.

Эндоскопическая картина при паренхиматозном паротите характеризовалась наличием неравномерно расширенных участков протоков 3–4 порядков. Как правило, эктазы находились сразу после устьев указанных протоков. Вместе с этим у данной категории больных нами были обнаружены пристеночные слизистые бляшки на внутренней поверхности протока. У большинства пациентов этой группы определялись слизистые пробки в протоках второго и третьего порядков. При этом пробки могли обтурировать просвет протока частично или блокировать его полностью. Цвет стенки протока, как правило, был светло-розовый с участками бледно-розового и белесоватого цвета.

У больных с хроническим интерстициальным паротитом система протоков характеризовалась отеком и пастозностью стенки. Отдельные протоки второго и третьего порядков были резко сужены и труднопроходимы тубусом эндоскопа. Для ревизии указанных протоков требовалось дополнительное гидрорасширение просвета за счет увеличения давления в системе ирригации. У семи лиц этой группы устья протоков были окружены фиброзными кольцами. Они были классифицированы как стенозы в области бифуркаций второго и третьего порядков. В просвете протоков патологических образований и включений, как правило, не обнаруживалось. Окраска внутренней поверхности чаще всего была равномерной, бледно-желтой или серовато-розовой.

Основным и наиболее часто встречающимся признаком, обнаруженным нами при сиалодохите, были инъекции сосудов в стенках главного протока, а также протоков 1–3 порядков. Сосудистый рисунок был выражен неравномерно, то есть участки стенки протока с выраженной сосудистой сеткой чередовались с анемичными фрагментами. Помимо этого, на всех уровнях отмечалась гиперемия различных участков протоков, чередующаяся с участками ишемии и склеротически измененными фрагментами. В околоушных железах троих пациентов этой группы определялись стенозы в протоках второго и третьего порядков. В просветах протоков различного порядка обнаруживались патологические включения в виде хлопьевидных образований неправильной формы. Эти образования легко эвакуировались из просвета протока с током жидкости. Цвет стенки протока варьировал от

ярко-розового до бордового с гладкой блестящей поверхностью, местами напоминающей перламутр.

Сиалэндоскопия при сиалолитиазе имела специфические особенности. В четырех случаях при сиалэндоскопии околоушной железы были обнаружены конкременты, которые находились в протоках первого или второго порядка. На основании эндоскопической картины расположение конкрементов в протоках подразделялось на фиксированное и свободное. Положение конкремента определялось размерами и качественной характеристикой его поверхности.

После определения положения и размеров конкремента в протоке использовался один из способов его удаления: удаление конкремента единым блоком при помощи проволочного корзинчатого захвата или щипцов, разрушение конкремента на фрагменты с их последующим удалением, а при безуспешных первых двух способах – рассечение протока над конкрементом и удаление последнего под контролем эндоскопа. Место положения конкремента определяли по очагу свечения рабочего конца сиалэндоскопа на слизистой оболочке в подъязычной области через толщу мягких тканей дна полости рта.

Методом выбора всегда являлось удаление конкремента одномоментно, единым блоком. При этом выведение конкремента из просвета протока требовало дополнительного расширения устья стеноза путем его рассечения. Если эта процедура завершалась неудачей, то проводилось разрушение конкремента на более мелкие фрагменты, которые затем удалялись. После завершения экстракции проводилась контрольная сиалэндоскопическая ревизия системы протоков для предупреждения возможной обструкции оставшимися фрагментами.

При проведении двенадцати сиалэндоскопий околоушных слюнных желез нами были обнаружены стриктуры протоков второго и третьего порядков, которые были разбуживаемы при помощи операционного тубуса и щипцов. Сиалэндоскопическое лечение стенозов и стриктур различной этиологии при локализации патологического процесса в главном выводном протоке слюнной железы проводилось набором бужей. При локализации стеноза в протоках более высокого порядка использовались биопсийные щипцы или стандартный баллонный катетер.

В ряде случаев после проведенной сиалэндоскопии у пациентов с паренхиматозным паротитом и сиалодохитом отмечались изменения размеров и консистенции слюнных желез. Уже на первые сутки после процедуры размеры пораженной железы приближались к размерам здоровой. Консистенция паренхимы железы в течение следующих трех суток претерпевала трансформацию от плотной до мягко-эластической. Пальпация по ходу основного выводного протока была умеренно болезненна в первые сутки.

На наш взгляд, описанные положительные изменения в раннем послеоперационном периоде, прежде всего, связаны с улучшением пассажа слюны. Отсутствие препятствия для оттока слюны создавало благоприятные условия для ликвидации застойных явлений в железе.

Контрольный осмотр пациентов через три месяца после проведенной сиаэндоскопии показал отсутствие каких-либо воспалительных явлений в железе. Пассаж слюны был адекватным, а сама слюна визуально без патологических примесей.

Заключение

Эндоскопическое исследование больших слюнных желез является малоинвазивной, простой и высокоин-

формативной процедурой в диагностике и лечении хронических воспалительных заболеваний больших слюнных желез. При этом немаловажно, что каждой форме хронического паротита соответствует своя, специфическая эндоскопическая картина. Благодаря этому, непосредственная визуальная оценка системы протоков позволяет с высокой степенью точности установить форму сиааденита. Вместе с тем возможность одномоментного проведения хирургического вмешательства на системе протоков делает сиаэндоскопию методом выбора в диагностике и лечении хронической воспалительной патологии больших слюнных желез.

ЛИТЕРАТУРА

1. Harrison JD, Epivatianos A, Bhatia SN. Role of microliths in the etiology of chronic submandibular sialadenitis: a clinicopathological investigation of 154 cases. *Histopathology*. 1997; 31: 237-51.
2. MacGurk M, Escudier MP, Brown JE. Modern management of salivary calculi. *Br J Surg*. 2005; 92: 107-12.
3. Marchal F, Dulguerov P, Becker M, Barki G, Disant F, Lehmann W. Specificity of parotid sialendoscopy. *Laryngoscope*. 2001;111:264-271.
4. Marchal F, Kurt AM, Lehmann W. Retrograde theory in sialolithiasis formation: role of an anatomical sphincter. *Otolaryngol, Head and Neck Surg*. 2001;15:11-13.
5. Nahlieli O, Baruchin AM. Sialoendoscopy: three years experience as a diagnostic and treatment modality. *J. Oral Maxillofac. Surg*. 1997; 55: 912-20.
6. Nahlieli O. Minimal invasive techniques for treatment of salivary gland inflammatory diseases. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 2002; 62, 106-7
7. Nahlieli O., Baruchin AM. : Endoscopic technique for the diagnosis and treatment of obstructive salivary gland diseases. *J. Oral Maxillofac. Surg*. 57(12):1394-401; discussion 1401-2, 1999
8. Ouellette AL, Slack CL. Shrapnel-induced sialolith – a rare etiology for sialadenitis: case report. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003; 61, 636-7.

УДК 611. 317-018.25-07

ТОЛУИДИНРЕАКТИВНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НИЖНЕЙ ГУБЫ ПО ДАННЫМ ХЕЙЛОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Коротких Н.Г., Петров А.В., Диденко И.Ю.

ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»

TOLUIDINREACTIVITY OF THE MUCOSA OF THE LOWER LIP WITH USE OF CHEILOSCOPIC METHODS

Korotkich N.G., Petrov A.V., Didenko I.Y.

The Burdenko Voronezh State Medical Academy

В настоящее время в клинической практике при проведении хейлоскопических исследований для оценки структурно-функционального состояния слизистой оболочки рта при некоторых патологических состояниях различной этиологии применяется то-

луидиновая проба [1]. Однако нормативные данные о возрастных особенностях толуидинреактивности слизистой оболочки различных отделов полости рта в доступной литературе отсутствуют. Имеются лишь единичные сообщения, касающиеся толуидинреак-