

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.316.1-003.7-036.1

Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р., Гаматаев И.И.

**СЛЮННОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ.
(СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)**

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, 127206, Москва, Россия; Всероссийский центр по изучению заболеваний слюнных желез

В работе представлен редкий клинический случай двустороннего камнеобразования с крупными конкрементами более 1,5 см в диаметре в области поднижнечелюстных слюнных желез у одного больного. Описанный клинический случай встречается в практике стоматолога редко и, на наш взгляд, представляет практический интерес.

Ключевые слова: слюннокаменная болезнь; двустороннее камнеобразование; случай из практики.

Для цитирования: Российский стоматологический журнал. 2015; 19(4): 13–14.

Afanasyev V.V., Abdusalomov M.R., Gamataev I.I.

SALIVARY STONE DISEASE SUBMANDIBULAR SALIVARY GLANDS. (CASE STUDY)

A. I. Evdokimov Moscow state dental University, 127206, Moscow, Russia; Russian center for the study of diseases of the salivary glands

In this article, we present a rare case report of bilateral stone formation with large calculi greater than 1.5 cm in diameter in the submandibular salivary glands in one patient. Presented clinical case occurs in practice, the dentist is rarely, and, in our opinion, is of practical interest.

Keywords: salivary stone disease; bilateral formation; case studies.

Citation: Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal. 2015; 19(4): 13–14.

Введение. Слюннокаменная болезнь (СКБ) нередко встречается в практике хирурга-стоматолога, составляя среди всех воспалительных и дистрофических заболеваний слюнных желез от 20,5 до 78 %. Наиболее часто поражаются поднижнечелюстные (90 – 95 %), реже (5 – 10 %) – околоушные слюнные железы – СЖ (Ромачева И.Ф. и соавт., 1987; Абдусаламов М.Р., 2006; Rauch S., 1959; Сазама Л., 1971; Parret J. et al., 1979 и др.).

СКБ является полиэтиологическим заболеванием. В основе камнеобразования наряду с известными звеньями патогенеза (нарушения минерального обмена и секреторной функции СЖ) лежит наличие врожденных изменений в слюнных железах по типу локального расширения (эктазии) или сужения (стриктур) протоков различного калибра, а также особенности топографии выводного протока в виде ломаной прямой (Афанасьев В.В., 2010 и др.). В расширенных участках протоков при нарушении секреторной активности железы по типу гипосалии скапливается слюна и создаются благоприятные условия для образования слюнных камней. Размер конкрементов колеблется от 1 мм до 1 см. Очень редко встречаются крупные слюнные камни размером более 1,5 – 3 см, что бывает довольно редко.

В данной работе авторы представили редкий клинический случай двустороннего камнеобразования с крупными конкрементами, более 1,5 см в диаметре, в области поднижнечелюстных слюнных желез (ПЧСЖ) у одного больного.

Выписка из истории болезни. Больная К., 39 лет, обратилась в нашу клинику 04.09.2014 г. с жалобами на периодическую боль и припухлость в поднижнечелюстной области

слева во время приема пищи, которые после еды прекращались. Перенесенные заболевания – практически здорова. При внешнем осмотре изменений не обнаружено. При пальпации определялось небольшое увеличение левой ПЧСЖ, безболезненное. Рот открывала свободно. В полости рта в области правого челюстно-язычного желобка определялся свищевой ход, из которого при надавливании на правую ПЧСЖ выделялся гной. В левой подъязычной области патологических изменений визуально не определялось. При бимануальной пальпации в среднем отделе левой подъязычной области определялся участок уплотнения тканей (конкремент?).

С целью дифференциальной диагностики больной проведена ортопантомография (ОПТГ) (рис. 1 на 3-й полосе обложки), при которой обнаружен конкремент в среднем отделе подъязычной области слева и слюнный камень в области правой ПЧСЖ, который не вызывал слюнной колики (вероятно, из-за наличия свищевых ходов, обеспечивавшего эвакуацию секрета).

В дальнейшем для определения степени подвижности конкремента и определения эвакуаторной способности железы провели сиалоскопию правой ПЧСЖ. На сиалоскопической (рис. 2 на 3-й полосе обложки) определялась ПЧСЖ, в верхнем полюсе которой визуализировался конкремент.

Диагноз: хронический калькулезный сиаладенит ПЧСЖ справа и слева с локализацией конкремента в верхнем отделе ПЧСЖ справа и в среднем отделе поднижнечелюстного протока слева.

Больной предложена операция удаления конкрементов. Согласие было получено.

Первая операция (октябрь 2014 г.). Под лингвальной анестезией рассечена слизистая оболочка в подъязычной области слева на уровне 33, 34, 35 зубов. По ранее введенному в проток слюнного зонду выделен поднижнечелюстной проток над камнем и рассечен вдоль, выделен и удален конкремент. После рассечения протока получена застойная слюна с

Для корреспонденции: Афанасьев Василий Владимирович, prof. afanasjev@yandex.ru

For correspondence: Afanas'ev Vasily Vladimirovich, prof.afanasjev@yandex.ru

прожилками фибрина. Стенки протока подшиты к слизистой оболочке подъязычной области. В проток введен катетер для формирования нового устья и подшит к зубам. Назначена медикаментозная терапия. Послеоперационное течение гладкое, швы сняты на 6-е сутки, катетер удалили через 2 нед.

Вторая операция (ноябрь 2015 г.). Под мандибулярной анестезией произведен разрез слизистой оболочки в области челюстно-язычного желобка справа на глубину 0,5 см, который проходил через свищевой ход (над проекцией конкремента). Края раны раздвинуты с использованием шовного материала, при этом ассистент-помощник, надавливая на железу снаружи, приподнимал и смещал ее в полость рта. Над камнем располагался язычный нерв, который мы выделили и отвели в сторону с использованием резинового дренажа. Далее пальпаторно определили локализацию камня, над ним рассекли ткани, выделили и удалили конкремент с использованием гладилки и кюретажной ложки. Рана промыта антисептическим раствором, дренирована резиновой полоской и ушита, назначена антибактериальная и противовоспалительная терапия. Послеоперационное течение гладкое, через неделю сняты швы. Спустя 6 дней произведена операция по формированию нового устья для предупреждения рецидива камнеобразования.

Динамическое наблюдение за больной в течение 6 мес показал хорошие отдаленные результаты. На контрольной ортопантомограмме камни не определялись (см. рис. 3 на 3-й полосе обложки).

Заключение

Описанный клинический случай встречается в практике стоматолога редко и, на наш взгляд, представляет практический интерес. Так, наличие свищевого хода препятствует возникновению слюнной колики, а конкремент может быть

обнаружен случайно при проведении рентгенологического обследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдусаламов М. Р. *Органосохраняющие методы лечения больных слюннокаменной болезнью*: Дисс. ... д-ра мед. наук: М.; 2006.
2. Абдусаламов М. Р., Афанасьев В. В., Лежнев Д. А., Литвинов В. О. Дигитальная сиалогрфия в диагностике больных слюннокаменной болезнью. *Российский стоматологический журнал*. 2010; 1: 8–10.
3. Литвин В. О. *Дигитальная сиалогрфия в диагностике слюннокаменной болезни*: Дисс. ... канд. мед. наук: М.; 2010.
4. Абдусаламов М. Р., Афанасьев В. В., Магадов И. А. и др. Удаление камней из различных отделов поднижнечелюстного протока. *Российский стоматологический журнал*. 2011; 6: 16–7.
5. Ядченко В. Н. Органосохраняющая микрохирургия в лечении пациентов, страдающих слюннокаменной болезнью. *Проблемы здоровья и экологии*. 201; 30(4): 95–8.

Поступила 13.04.15

REFERENCES

1. Abdusalamov M. R. *Organ Treatment of Patients with Salivary Stone Disease*. ...: Diss. Moscow; 2006. (in Russian)
2. Abdusalamov M. R., Afanas'ev V. V., Lezhnev D. A., Litvinov V. O. Digital sialography in the diagnosis of patients clonakenny disease. *Rossiyskiy stomatologicheskij zhurnal*. 2010; 1: 8–10. (in Russian)
3. Litvin V. O. *Digital Sialography in the Diagnosis of Clonakenny Disease*: Diss. Moscow; 2010. (in Russian)
4. Abdusalamov M. R., Afanasyev V. V., Magadov I. A. et al. Removal of stones from various departments of the submandibular duct. *Rossiyskiy stomatologicheskij zhurnal*. 2011; 6: 16–7. (in Russian)
5. Yadchenko V. N. Organ-sparing microsurgery in the treatment of patients suffering from clonakenny disease. *Problemy zdorov'ya i ekologii*. 201; 30(4): 95–8. (in Russian)

Received 13.04.15

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.216.1-002.2-07-08

Байдик О.Д.¹, Сысолятин П.Г.², Гурин А.А.¹, Ильенок О.В.²

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ ОДОНТОГЕННЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ

¹ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 634050, Томск;

²ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 630091, Новосибирск

В структуре госпитализированных больных с хроническими одонтогенными верхнечелюстными синуситами (ХОВЧС) причинами их развития у 35,58% больных были инородные тела пазухи, у 31,47% – перфорации дна пазухи, у 19,93% – периапикальные одонтогенные очаги, у 10,38% – одонтогенные кисты, у 2,64% прочие причины. ХОВЧС, как правило, характеризуются стертой клинической картиной, у 19,72% больных с инородными телами они осложняются грибковой инфекцией, в виде аспергиллемы. Среди лучевых методов исследования наиболее информативными являются конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) и многосрезовая спиральная компьютерная томография (МСКТ), которые позволяют оценить не только состояние пазухи и остеомаатального комплекса, но и патологические процессы в области прилежащих к пазухе зубов и их взаимоотношение с дном синуса. Эндоскопическая синусотомия при ХОВЧС позволяет уменьшить осложнения в сравнении с радикальной гайморотомией. Среди хирургических методов лечения ХОВЧС предпочтение следует отдать малоинвазивным эндоскопическим технологиям.

Ключевые слова: одонтогенный синусит; аспергиллома; эндоскопическая синусотомия; компьютерная томография.

Для цитирования: *Российский стоматологический журнал*. 2015; 19(4): 14–18.

Baydik O. D.¹, Sysolyatin P. G.², Gurin A. A.¹, Il'enok O. V.²

MODERN APPROACHES TO DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CHRONIC ODONTOGENIC MAXILLARY SINUSITIS

¹Siberian State Medical University, 63050, Tomsk, Russia; ²Novosibirsk State Medical University, 630091, Novosibirsk, Russia

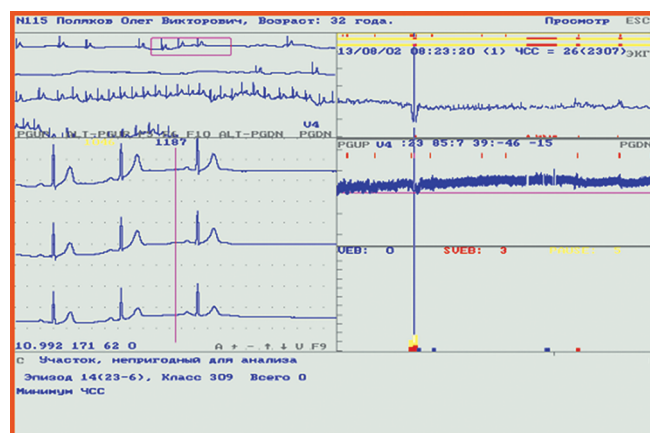
Для корреспонденции: Байдик Ольга Дмитриевна, olgabajdik@yandex.ru

For correspondence: Bajdik Olga Dmitrievna, olgabajdik@yandex.ru

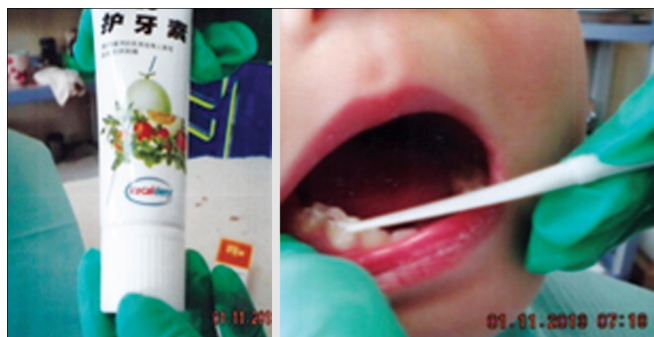
К ст. Демьяненко С. А. и соавт.

Рис. 2. Компьютерный экран обработки записи кардиомониторирования пациента П. с остановкой сердца.

Структура экрана содержит: график ЧСС в правой верхней части; график смещения сегмента ST в правой средней части; диаграмму нарушений ритма в правой нижней части; большой участок кардиограммы, характеризующий общее положение курсора в левой верхней части; малый участок кардиограммы, характеризующий текущее положение курсора в левой нижней части.



К ст. Кузьминой Э. М. и соавт.



Использование реминерализующего геля в программе профилактики.

К ст. Афанасьева В. В. и соавт.



Рис.1. Ортопантомограмма пациентки К., 39 лет.

Диагноз: СКБ поднижнечелюстных слюнных желез слева и справа. На ОПТГ определяются конкременты неправильной формы в среднем отделе левого поднижнечелюстного протока и поднижнечелюстной железе справа (указано стрелкой).



Рис. 2. Фрагмент сиаоскопии той же больной.

Определяется поднижнечелюстная железа, в верхнем полюсе которой визуализируется конкремент (указан стрелкой).



Рис. 3. Контрольная ОПТГ после операции.

Конкременты не определяются.