

Винахід відноситься до медицини, а саме до стоматології і може бути використаний для лікування хворих на сіалолітіаз та хронічні сіаладеніти.

Відомий спосіб хірургічного лікування хворих на сіалолітіаз шляхом екстирпації слинної залози (Ромачева Н.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев В.В. Заболевания и повреждения слюнных желез. Москва: "Медицина", 1987. -240с.). Методика екстерпації полягає у повному видаленні хворої підщелепної слинної залози одночасно з конкрементом, через зовнішній розтин у підщелепній ділянці.

Цьому способу хірургічного втручання властиві такі недоліки: операція є травматичною, викликає стресову ситуацію в ендокринній системі, нерідко супроводжується неврологічними ускладненнями та рецидивами каменеутворення в культі головної протоки.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, є спосіб малоінвазивного хірургічного втручання на протоці (Солнцев А.М., Колесов В.С. Хирургия слюнных желез. Київ: "Здоров'я", 1979. -136с.), який полягає у лігатурній фіксації протоки за конкрементом та видалення його через розтин головної протоки піднижньощелепних слинних залоз. Рана після втручання не зшивається і не дрениується.

Недоліками цього способу є виникнення таких ускладнень, як рубцеве звуження протоки, хронічне запалення та загострення в залозі, рецидиви каменеутворення.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу хірургічного лікування захворювань слинних залоз, в якому за рахунок зміни етапів хірургічного втручання, досягається можливість для подальшої екскреторної функції залози, уникнення повторного появи спастичних явищ та стенозів поза залозистої частини головної протоки та її вічка, рубцевого звуження протоки, виникнення нориць та пролежнів, хронічного запалення і загострень в залозі, рецидивів каменеутворення.

Поставлена задача вирішується у спосіб хірургічного лікування захворювань слинних залоз шляхом розтину головної протоки піднижньощелепних слинних залоз, згідно до винаходу, протоку розтинають від вічка, через ложе каменю, до першого її повороту вниз, стінку протоки з обох сторін зшивають зі слизовою оболонкою дна порожнини рота вузловими швами, формують нове вічко у розширеній зоні протоку за місцем розташування каменю шляхом зшивання слизової протоки та дна ротової порожнини в кінці їх розтину.

Підшивання стінки протоки до слизової оболонки дна порожнини рота та пластичне формування нового вічка протоки дає змогу створити можливість для подальшої екскреторної функції залози. Численні дослідження ультраструктури та фізіології слинних залоз свідчать про їх достатні регенераторно-відновлювальні можливості, що дає змогу обмежити показання до екстирпації уражених залоз та розширити коло малоінвазивних втручань.

Спосіб хірургічного лікування захворювань слинних залоз, що заявляється, здійснюють таким чином.

Протоку розтинають від вічка, через ложе каменю, до першого її повороту вниз. Стінку протоки з обох сторін зшивають зі слизовою оболонкою дна порожнини рота вузловими швами. Формують нове вічко протоки за місцем розташування каменю шляхом зшивання слизової протоки та дна ротової порожнини в кінці їх розтину.

Приклад №1.

Хвора К., 57 р., звернулась в клініку хірургічної стоматології зі скаргами на наявність безболісної припухлості під нижньою щелепою праворуч, яка з'явилася біля двох тижнів тому. При місцевому огляді виявлено збільшення правої піднижньощелепної слинної залози. Пальпаторно залоза щільної консистенції, бугриста, безболісна. В ротовій порожнині слизова оболонка блідо-рожевого кольору, достатньо зволожена. При масажуванні правої піднижньощелепної слинної залози зі спазмованого вічка головної протоки виділяється густа, в'язка слина у малій кількості.

При спеціальному обстеженні за даними рентгенографії та УЗД відмічається наявність конкременту в задній третині вивідної протоки, розміром до 1см. Дані сіалометрії та проби Ширмера у межах норми. Клінічне обстеження крові у межах норми. Встановлено діагноз: Сіалолітіаз правої піднижньощелепної слинної залози.

Хворій проведена операція: розтин протоки. Видалення конкременту. Пластичне формування нового вічка протоки. Призначена патогенетична терапія. На сьому добу зняти шви. Рана загоїлась первинним натягом. Нове вічко протоки широке, зієє, при масажуванні слинної залози з протоки виділяється рідка прозора слина, у достатній кількості. Слинна залоза нормальних розмірів, м'якоеластична, безболісна. Хвора виписана з одужанням.

Приклад №2.

Хворий С., 29р., поступив в клініку хірургічної стоматології зі скаргами на слабку, болісну припухлість під нижньою щелепою та під язиком праворуч, посилення болю при вживанні кислої їжі. Вище означені симптоми з'явилися біля трьох тижнів тому.

За результатами обстеження місцево: асиметрія обличчя за рахунок набряку в правій підщелепній ділянці, шкіра над набряком не змінена. Пальпаторно виявляється збільшена, бугриста, болісна піднижньощелепна слинна залоза. В ротовій порожнині слизова оболонка за ходом протоки гіперемована, набрякла, у середній третині протоки пальпується конкремент округлої форми. Вічко вивідної протоки спазмовано, при масажуванні залози з протоки виділяється краплина густої в'язкої слини, з домішкою гною.

При спеціальному обстеженні за даними рентгенографії та УЗД відмічається наявність конкременту у вивідній протоці.

Встановлений діагноз: сіалолітіаз правої підщелепної залози у стадії загострення.

Хворому проведено хірургічне втручання, а саме розтин протоки, видалення конкременту, пластичне формування нового вічка протоки. Призначена протизапальна терапія. Шви зняти на шосту добу. Рана загоїлась первинним натягом. Нове вічко протоки широке, зієє, при масажуванні слинної залози з протоки виділяється рідка прозора слина, у достатній кількості. Слинна залоза нормальних розмірів, м'яка, еластична, безболісна. Хворий виписаний з одужанням.

Приклад №3.

Хвора В., 19р., звернулась в клініку хірургічної стоматології зі скаргами на наявність припухлості під нижньою щелепою ліворуч, яка з'явилася біля двох тижнів тому, на біль під язиком ліворуч, набухання під язиком під час вживання їжі. Вказані симптоми з'являлися протягом останніх 1,5-2 років. При місцевому огляді виявлено збільшення лівої піднижньощелепної слинної залози. Пальпаторно залоза еластичної консистенції, гладка,

безболісна. Відмічається незначне збільшення усіх великих слинних залоз. В ротовій порожнині слизова оболонка блідо-рожевого кольору, достатньо зволожена. При масажуванні лівої піднижньощелепної слинної залози зі спазмованого вічка головної протоки рівномірно виділяється рідка, прозора слина у малій кількості. Пальпаторно вивідна протока у її передній та середній третинах значно звужена.

При спеціальному обстеженні за даними рентгенографії та УЗД наявності конкременту не відмічається. Виявлені зміни у паренхімі та стромі залози відповідають хронічному склерозуючому запаленню. Дані сіалометрії та проби Ширмера декілька збільшені. Імунологічне обстеження крові вказує на наявність персистуючої вірусної інфекції, аутоалергічних та автоімунних процесів.

Встановлено діагноз: хронічний склерозуючий сіалоаденіт. Підгостра течія лівостороннього субмандибуліту.

В зв'язку з тим, що вивідна протока підщелепної протоки різко звужена та відмічається затримка слиновиділення хворій проведена операція: розтин протоки. Пластичне формування нового вічка протоки. Призначена патогенетична терапія. На сьому добу зняти шви. Рана загоїлась первинним натягом. Нове вічко протоки широче, зіяє, при масажуванні слинної залози з протоки виділяється рідка прозора слина, у достатній кількості. Слинна залоза декілька збільшена, м'якоеластична, безболісна. Хворій призначений диспансерний нагляд.

Даним способом було прооперовано 73 хворих на сіалолітіаз піднижньощелепних слинних залоз.

Хірургічне лікування хворих шляхом розтину головної протоки з пластичним формуванням нового вічка протоки дає змогу значно зменшити кількість післяопераційних ускладнень та відновити функції слинної залози.