

Министерство здравоохранения Казахской ССР

Алма-Атинский ордена Трудового Красного Знамени
государственный медицинский институт
им. С. Д. Асфендиярова

На правах рукописи

ДМИТРИЕВА
Алия Ануарбековна

**ДИАГНОСТИКА И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ ЖЕЛЕЗ**

14.00.21 — Стоматология

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Алма-Ата, 1991

Работа выполнена на кафедре хирургической стоматологии Украинского института усовершенствования врачей МЗ СССР.

Научный руководитель —
доктор медицинских наук, профессор

Н. Д. Лесовая.

Научный консультант —
доктор медицинских наук, профессор

Е. Я. Гречанина.

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор А. М. Соливец.

доктор медицинских наук К. Т. Тулеуов.

Ведущее учреждение: Московский медицинский стоматологический институт им. И. А. Семашко.

Защита диссертации состоится « 18 » декабрь 1991 г.
в 14⁰⁰ час на заседании специализированного совета К 079.04.04 по присвоению ученой степени кандидата медицинских наук в Алма-Атинском ордена Трудового Красного Знамени государственном медицинском институте им. С. Д. Асфендиярова (480012, г. Алма-Ата, ул. Комсомольская 88).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института.

Автореферат разослан « _____ » _____ 1991 г.

Ученый секретарь
специализированного совета
профессор

Т. К. СУПИВ

Актуальность работы. Слишкокаменная болезнь является распространенным заболеванием среди патологии слюнных желез и составляет от 20,5 до 61,1% (Лесовая Н.Д., 1972; Клементов А.В., 1975; Ромачева И.Ф. и соавт., 1967; Бязруков С.Г., 1991; Солнцев А.М. и соавт., 1991; *Suzama L.*, 1975; *Attton D.*, 1987 и др.).

Разнообразие клинической картины слишкокаменной болезни, обусловленное множеством причин таких, как локализация камня, их количество, степень выраженности воспалительного процесса, перенесенные обострения хронического воспаления, сопутствующие заболевания, затрудняют диагностику. Как показывает анализ данных литературы, частота диагностических ошибок этого заболевания достигает 30-40% (Осинова Л.Д., 1986; Колесник Г.А., Вахрин И.А., 1967; Шахметов Д.Б., 1990).

За последние десятилетия достижения научно-технического прогресса позволили разработать ряд новых методик оценки состояния органов и систем человека в норме и патологии, к которым относятся ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, радиоизотопические методы, инфракрасная спектроскопия. Эти методы успешно применяются в хирургии, травматологии, онкологии. Однако они не получили широкого применения для исследования слюнных желез с целью усовершенствования диагностики слишкокаменной болезни.

До настоящего времени окончательно не выясненным остается патогенез слишкокаменной болезни. Многочисленные и разноплановые исследования, направленные на изучение патогенеза слишкокаменной болезни, позволили только высказать предположительные концепции слюнного процесса камнеобразования, тогда как изучение патогенеза, особенностей клинического течения слишкокаменной болезни

является определяющим в разработке методов лечения.

Общепризнано, что решающее значение в лечении слезнокаменной болезни принадлежит хирургическому методу. Однако объем его различными авторами решается по-разному. Одни авторы считают необходимым расширить показания к удалению поднижнечелюстной железы (Аджиев С.С., 1975; Шапков П.Ф. и соавт., 1978; *Youdal F et al.*, 1979; *Trasson Y*, 1981). Другие же отдают предпочтение органосохраняющим операциям (Дьякова В.С. и соавт., 1983; Салдарширова У.А., 1991; *Aker H et al.*, 1983; *Miski H et al.*, 1987 и др.).

Методы лечения слезнокаменной болезни поднижнечелюстных желез нуждаются в дальнейшем совершенствовании с учетом патогенетических аспектов и использования новых физических методов.

Цель исследования: усовершенствовать методы диагностики и патогенетического лечения слезнокаменной болезни поднижнечелюстных желез.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности клинического течения слезнокаменной болезни поднижнечелюстных желез.
2. Установить эффективность компьютерной томографии и ультразвуковой эхографии в диагностике слезнокаменной болезни поднижнечелюстных желез.
3. Определить значение нарушения функции параназальных желез в патогенезе слезнокаменной болезни и исследовать содержание микроэлементов в слезной железе в норме и при слезнокаменной болезни, содержание микроэлементов в конкрементах.
4. На основании результатов проведенных исследований усовершенствовать лечение больных со слезнокаменной болезнью поднижнечелюстных желез.

Научная новизна работы заключается в следующем:

- впервые дано определение малого функционального синдрома для диагностики слюнокаменной болезни поднижнечелюстных желез, который является следствием периодически появляющейся острой задержки секрета при гиперсаливации и характеризуется кратковременным увеличением желез, болью в поднижнечелюстной и подъязычной областях с последующим обострением хронического воспаления;

- разработана методика комплексного обследования больных со слюнокаменной болезнью поднижнечелюстных желез, включающая ультразвуковую эхографию и компьютерную томографию, позволяющая с большой достоверностью поставить диагноз, в том числе и при рентгенонегативных камнях;

- впервые при слюнокаменной болезни поднижнечелюстных желез установлено у большинства больных в сыворотке крови снижение содержания кальция, повышение неорганического фосфора и понижение коэффициента Ca/P при нормальном содержании щелочной фосфатазы;

- впервые с помощью радиоиммунологического метода установлено снижение содержания паратгормона в сыворотке крови больных слюнокаменной болезнью поднижнечелюстных желез, что свидетельствует о вторичной гипофункции паращитовидных желез, протекающей субклинически;

- впервые изучено содержание микроэлементов в слюнных железах в норме, при слюнокаменной болезни и в слюнных камнях и выявлено уменьшение содержания калия, натрия, железа, магния и увеличение кальция, цинка, меди, фосфора в пораженных железах. Все эти элементы присутствуют в слюнном камне в значительно больших концентрациях;

- впервые для лечения слюнокаменной болезни поднижнечелюстных желез применена микроволновая резонансная терапия. Положи-

тельное влияние этого метода лечения значительно уменьшило сроки пребывания больных в стационаре, сократило показания к удалению желез и способствовало нормализации функции паращитовидных желез.

Практическая ценность работы. Определение малого функционального синдрома, характерного для слюннокаменной болезни поднижнечелюстных желез, способствует улучшению диагностики.

Установлена высокая информативность ультразвуковой эхографии и компьютерной томографии для диагностики слюннокаменной болезни поднижнечелюстных желез при рентгеноконтрастных слюнных камнях.

Данные о нарушении минерального обмена и снижении функции паращитовидных желез, протекающей субклинически, как следствие воспалительного процесса позволили с позиции нормализации этих функций подойти к лечению и профилактике слюннокаменной болезни поднижнечелюстных желез.

Разработана комплексная методика патогенетического лечения слюннокаменной болезни поднижнечелюстных желез с использованием микроволновой резонансной терапии, позволяющей сократить сроки лечения и нормализовать функции поднижнечелюстной и паращитовидных желез.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

- состояние минерального обмена при слюннокаменной болезни поднижнечелюстных желез;
- патогенетические аспекты лечения слюннокаменной болезни поднижнечелюстных желез.

Апробация работы. Материалы диссертации доложены на

- заседании научно-методического и ученого совета Украинского института усовершенствования врачей (1989).

- заседании научного общества стоматологов г.Харькова (1990, 1991),

- научно-практической конференции стоматологов г.Харькова и Харьковской области (1990, 1991),

- межкафедральном заседании кафедр хирургической, терапевтической и ортопедической стоматологии Украинского института усовершенствования врачей (1991),

Сведения о внедрении. Предложенные способы диагностики и патогенетического лечения больных со слюнокаменной болезнью поднижнечелюстных желез апробированы и внедрены в стоматологическом отделении 4-ой городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи им. А.И.Медвиннова г.Харькова, в челюстно-лицевом отделении № 2 5-ой городской клинической больницы г.Алма-Аты и в хирургических отделениях городских стоматологических поликлиник № 4 и № 5 г.Алма-Аты.

Результаты исследований используются на лекциях и практических занятиях со слушателями кафедры хирургической стоматологии Украинского института усовершенствования врачей.

Публикации результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 7 научных работ. Получены удостоверения на 5 рацпредложений.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на **158** страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, четырех глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Библиография включает 151 отечественную и 67 зарубежных публикаций. Работа иллюстрирована **17** таблицами, **43** рисунками и **74** клиническими примерами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом для данной работы послужили результаты комплексного клиничко-лабораторного, рентгенологического, ультразвукового, компьютерного и радиоиммунологического обследования 76 больных со слюнокаменной болезнью поднижнечелюстных желез и результатов изучения 44 архивных историй болезни.

Использовалась классификация слюнокаменной болезни, предложенная И. Ф. Ромачевой и соавторами (1990), согласно которой выделяли три клинические стадии: начальную, протекающую без клинических признаков воспаления; клинически выраженного воспаления, протекающего с периодическими обострениями сialoadenита; позднюю стадию с выраженными признаками хронического воспаления. Для четкого представления о клинике слюнокаменной болезни мы ввели понятие малого функционального синдрома.

Клиническое обследование больных производилось по общепринятой схеме: жалоба, анамнез заболевания, анамнез жизни, общий статус, лабораторные и другие методы обследования.

Для диагностики слюнокаменной болезни поднижнечелюстных желез использовали комплекс современных методов исследования: внутри- и внеротовую рентгенографию, сialogрафию, компьютерную томографию, ультразвуковую эхографию.

Компьютерная томография поднижнечелюстных желез проводилась на аппарате "philips". Толщина срезов томографии колебалась от 2 до 8 мм. Высокая чувствительность детекторов позволила получить четкое изображение разных по плотности тканей.

Ультразвуковое исследование поднижнечелюстных желез при слюнокаменной болезни осуществляли на аппарате "АИСКА". Ультразвуковые колебания проводили частотой 3,5 МГц, интенсивностью 0,1-0,2

Вт/см^2 в импульсном режиме. Продолжительность исследования в среднем 10-15 минут.

Для изучения состава и структуры слюнного камня проводилось исследование физических свойств камня методом атомной абсорбционной спектроскопии с применением атомно-абсорбционного спектрометра "Сатурн", инфракрасная спектроскопия на спектрофотометре "Specord" методом *KBr* таблеток в диапазоне $400-4000 \text{ см}^{-1}$.

Для изучения состояния минерального обмена при слюннокаменной болезни поднижечелюстных желез проведено определение содержания кальция, фосфора, щелочной фосфатазы в сыворотке крови. Кальций определяли по цветной реакции с мурексидом в присутствии глицерина, расчет производили по калибровочному графику. Определение содержания неорганического фосфора проводили восстановлением фосфорномолибденовой кислоты тиомочевниной по методике Э.Мартинсона и Л.Виллако.

Содержание паратгормона в сыворотке крови изучено радиоиммунологическим методом французской фирмы *CIS*, в котором в качестве стандарта использовали бычий паратиреоидный гормон, расчет результатов производили автоматическим счетчиком с программированным устройством (Гамма-1 с ЭВМ Д-3-28) путем аппроксимирования на стандартную кривую.

Методом абсорбционной спектроскопии изучалось содержание микроэлементов в тканях поднижечелюстных желез в норме и при слюннокаменной болезни, а также в слюнных камнях.

Нами разработана методика лечения слюннокаменной болезни поднижечелюстных желез с учетом патогенетических аспектов и с применением впервые микроволновой резонансной терапии. МРТ основана на воздействии электромагнитных волн миллиметрового диапазо-

на на биологически активные точки кожи, расположенные на кисти и боковой поверхности шеи. В качестве источника электромагнитного излучения применяли выпускаемый серийно для применения в медицине аппарат "Порог-1".

МРТ обладает многосторонними свойствами, способствует нормализации гомеостаза больного, повышает иммунологические свойства организма, нормализует эндокринные расстройства, является хорошим адаптогеном, снимает боли и может успешно применяться в любом возрасте (Вагин Ю.Е. и соавт., 1989; Дебердяз С.А. и соавт., 1989; Луковской В.А. и соавт., 1989; Косенко А.Ф. и соавт., 1989; Танасенко И.А. и соавт., 1989; Томашевская Л.А. и соавт., 1989). Учитывая, что при слиннокаменной болезни имеются нарушения функции поднижнечелюстных и связанных функционально с ними паразитовидных желез, нами применялась МРТ в комплексном патогенетическом лечении больных. Метод апробирован в клинике при лечении 30 больных со слиннокаменной болезнью поднижнечелюстных желез.

Результаты исследований обработаны методом вариационной статистики, достоверность полученных данных оценивалась по критерию Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные данные свидетельствуют, что слиннокаменная болезнь поднижнечелюстных желез чаще выявлялась в стадии клинически выраженного воспаления с периодическим обострением (51,7%), чем с выраженными симптомами хронического воспаления (48,3%). У мужчин встречается заболевание чаще (60%) и в более молодом возрасте, чем у женщин.

Слинные камни у 64 (53,3%) больных локализовались во внешне-

лезистой части протока, у 49 (40,8%) - во внутривезикулярной части и у 7 (5,9%) - одновременно во внутри- и внекалезистой части протока.

Клиническая картина слюнокаменной болезни поднижнечелюстных желез разнообразна и обусловлена локализацией камней, их количеством, степенью выраженности воспалительного процесса, перенесенными обострениями хронического воспалительного процесса, общим состоянием больного и наличием сопутствующих заболеваний.

С целью облегчения диагностики мы для врачей практического здравоохранения выделили наиболее характерные симптомы слюнокаменной болезни поднижнечелюстных желез, которые объединили в малый функциональный синдром, включающий явления острой задержки секрета при приеме мягкой, острой пищи. Так, появляется "слюнная колюка", "слюнная опухоль" и нарушение слюноотделения, которые закономерно встречаются в течении болезни и, как правило, приводят к обострению воспаления.

При ультразвуковом исследовании (16 больных) на эхограммах выявлено увеличение размеров пораженной железы, наличие воспалительного процесса, степень склерозирования железистой ткани, а также наличие камней, их размеры, количество, в том числе и рентгеногемативные слюнные камни. Во всех случаях величина слюнного камня на эхограммах совпала с величиной после его удаления.

Для получения информативной рентгенологической картины слюнокаменной болезни поднижнечелюстных желез использовали компьютерную томографию. Метод применен в трудно диагностируемых случаях заболевания у 15 больных. Достоверность компьютерной томографии составила 100%. Благодаря выявлению специфических плоскостных характеристик компьютерная томография позволяла определить местонахождение камня, его размеры, взаимоотношение с протоком крупного

фрагментированного камня, оценить степень сдавления паренхимы желез, тем самым установить правильный диагноз.

Для исследования нарушений минерального баланса и взаимосвязи его с функцией паразитовидных желез изучено содержание кальция и фосфора в сыворотке крови у 96 больных (у 55 со слезнокаменной болезнью и у 41 с воспалительными заболеваниями некалькулезного происхождения), содержание паратгормона у 34, а также некоторых микроэлементов в тканях поднижнечелюстных желез в норме, у 15 - при слезнокаменной болезни и в 20 слезных камнях.

На основании средних показателей определено снижение содержания кальция, увеличение неорганического фосфора в сыворотке крови и уменьшение коэффициента Ca/P при неспецифических воспалительных процессах и слезнокаменной болезни поднижнечелюстных желез. При перелачно выявленном остром воспалении отмечалась более выраженная тенденция к увеличению содержания неорганического фосфора в сыворотке крови. Указанные изменения содержания кальция, фосфора и коэффициента Ca/P при воспалении поднижнечелюстных желез свидетельствуют о снижении функции паразитовидных желез.

Исследования содержания паратгормона в сыворотке крови проведены у 24 больных со слезнокаменной болезнью поднижнечелюстных желез в стадии хронического воспаления и у 10 больных с хроническими воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Из анамнеза у всех больных устанавливали отсутствие патологии эндокринной системы. За показатели нормы паратгормона принимали цифры, указанные в методике определения паратгормона французской фирмы С/С - 54,5

При хронических воспалительных процессах челюстно-лицевой области отмечалось снижение паратгормона в сыворотке крови (у мужчин 41,72, у женщин 42,99). При слезнокаменной болезни снижение

паратгормона было больше, чем в группе сравнения (у мужчин 37,76, у женщин 40,65 при $P \angle 0,05$). Это подтверждает содружественность функций слюнных и паращитовидных желез.

Определение количественного содержания микроэлементов и сравнение их в поднижнечелюстных железах в норме, при слюннокаменной болезни и в слюнных камнях выявили следующее. Средние показатели содержания микроэлементов $K (45,45 \pm 1,9)$, $Mg (55,99 \pm 2,11)$, $Ca (4,18 \pm 0,2)$, $Mg (5,04 \pm 0,2)$, $Zn (1,31 \pm 0,07)$, $Ca (0,13 \pm 0,02)$, $Fe (5,17 \pm 0,2)$, $P (0,17 \pm 0,02)$ в поднижнечелюстных железах людей, погибших от травмы, были приняты за норму.

При слюннокаменной болезни в тканях удаленных поднижнечелюстных желез было выявлено уменьшение содержания $K (43,72 \pm 1,8)$, $Mg (52,80 \pm 1,5)$, $Mg (4,67 \pm 0,28)$, $Fe (4,84 \pm 0,32)$ и увеличение $Ca (5,93 \pm 0,75)$, $Ca (0,26 \pm 0,05)$, $P (0,21 \pm 0,02)$ и $Zn (1,46 \pm 0,12)$ по сравнению с нормой ($P \angle 0,05$).

В слюнных камнях определены те же элементы, что и в тканях железы, но в больших концентрациях. Так, в камне содержание кальция в 46 раз, фосфора в 24 и магния в 14 раз больше, чем в ткани железы. Содержание остальных микроэлементов хотя и увеличено, но не более, чем в 2-3,5 раза. И только увеличение калия было незначительным по сравнению с содержанием его в железе.

Анализ полученных данных выявил взаимосвязь отклонений в состоянии минерального обмена, ведущего при воспалении поднижнечелюстных желез к накоплению в них микроэлементов, которые составляют основу слюнного камня. Следовательно, нарушение минерального обмена в самой железе является одной из причин в патогенезе камнеобразования.

Изучение физических свойств слюнного камня и инфракрасная

спектроскопия его позволили сделать заключение, что слюнные камни являются сложными органоминеральными структурами с относительно постоянным составом, в их свойствах идентифицированы фосфатные группировки, характерные для апатитоподобных структур, карбонатные — для соединения типа брусита, монета и кальцита.

Учитывая результаты проведенных исследований при лечении больных слюннокаменной болезнью поднижнечелюстных желез мы разработали схему комплексной патогенетической терапии, включающей медикаментозные, хирургические и физические методы с учетом стадии заболевания и локализации камня.

При обострении хронического воспаления при локализации камня в переднем и среднем отделах внежелезистой части протока производили рассечение протока, удаление камня, дренирование протока с последующим промыванием антисептическими растворами, проводилась противовоспалительная терапия с применением антибиотиков, диета (челюстной стол), МРТ, лечение сопутствующих заболеваний.

После снятия обострения для профилактики рубцовых сужений или зарастания протока, обеспечения нормального оттока слюны применяли МРТ 2-3 сеанса, пластическое формирование нового устья и в послеоперационном периоде МРТ 2-3 сеанса, челюстной стол, полоскания рта.

При локализации камня во внутрижелезистой части протока, а также при одновременном расположении камней в заднем отделе внежелезистой частично внутрижелезистой части протока все мероприятия были направлены на снятие обострения, назначалась МРТ 2-3 сеанса, как подготовка к операции. Производилась операция удаления железы с одновременным расширением протока и сшиванием его стенок со слизистой полости рта. После операции МРТ 3-5 сеансов, челюстной стол, гигиена полости рта.

При наличии свища у корня языка и поверхностном расположении камня по отношению к слизистой производили интраоральное рассечение железы или расширение свища и удаление камня, МРТ 2-3 сеанса, чешуйчатой стол, гигиена полости рта.

При хроническом течении заболевания в стадии выраженных клинических признаков при локализации камня в переднем и среднем отделе внежелезистой части протока производили рассечение протока от устья до расширенной части, удаляли камень, ошивали эпителиальную выстилку протока со слизистой дна полости рта, формировали новое устье, МРТ 2-3 сеанса в послеоперационном периоде, чешуйчатая диета, полоскание полости рта.

При расположении камня во внутрижелезистой части протока и одновременном расположении камней во внутри- и внежелезистой части протока производили удаление поднижнечелюстной железы с одномоментным рассечением протока на всем протяжении и сшивание его стенок со слизистой дна полости рта, полоскание рта, чешуйчатой стол, МРТ на второй день после операции 5 сеансов.

При наличии свища или поверхностном расположении камня по отношению к слизистой дна полости рта производили расширение свища, удаление камня, дренирование раны. Проток на всем протяжении рассекался, стенки его ошивались со слизистой дна полости рта, МРТ в послеоперационном периоде 5-7 сеансов, чешуйчатая диета, гигиена полости рта.

При наличии расширенного протока и попытке его рассечения с целью удаления камня, последний иногда перемещался по направлению к железе и удаление его становилось затруднительным. В этих случаях с целью профилактики перемещения камня по протоку при операции на нем применялся специально изготовленный захват-фиксатор (предложено № 445 и № 446 от 26.06.90 г. АМН).

Нами впервые в комплексном лечении слюннокаменной болезни поднижнечелюстных желез применен метод резонансной терапии после удаления слюнного камня из вне- и внутрижелезистой части протока, при удалении поднижнечелюстной железы в до- и послеоперационном периоде. Отмечено выраженное общее положительное влияние на организм, болеутоляющее действие, восстановление, хотя и частично, функции железы при ее сохранении. Обеспечивается заживление ран без осложнений. Сужается применение лекарственных препаратов, в частности антибиотиков и, следовательно, их побочное пролонгирование, нормализуются функции парасимпатических желез, сокращается пребывание больного в стационаре.

Отдаленные результаты лечения слюннокаменной болезни поднижнечелюстных желез прослежены у 45 человек в сроки от одного года до пяти лет путем повторных осмотров и в отдельных случаях рентгенологическим исследованием.

При удалении камней внутрипротоковым доступом отдаленные результаты прослежены у 34 человек, у 3 (8,8%) из которых выявлено повторное образование слюнного камня в поднижнечелюстной железе и ее протоке.

У 11 (32,3%) человек прослежены отдаленные результаты лечения после удаления поднижнечелюстных желез, у 4 из них до пяти лет. У 2 человек послеоперационные раны зажили вторичным натяжением с образованием каллоидного рубца. Парез краевой веточки лицевого нерва до одного года наблюдался у пяти человек.

При лечении больных с использованием МРТ отдаленные результаты прослежены до одного года у 12 человек, у 6 (50%) из них - после ректификации желез, у 4 (33,3%) - после удаления камня из внежелезистой и у 2 (16,7%) - из внутрижелезистой части протока. После удаления железы парасимпатическая железа не пролонгировала, после опера-

ционный рубец был нежный и безболезненный, сухости во рту не отмечалось. После удаления камня из внутрижелудочной части протока внутриротовым путем у 2 пациентов обнаружены свищи у корня языка, выделялась прозрачная слюна.

Таким образом, результаты клинических, биохимических, радиоиммунологических исследований, компьютерной томографии, ультразвуковой эхографии и полученные данные позволили усовершенствовать методы диагностики слюнокаменной болезни поджелудочных желез, что способствовало обоснованию необходимости дифференцированного патогенетического подхода в комплексном лечении больных с применением МРТ.

Многосторонние свойства МРТ, способствующие повышению иммунологических свойств организма, нормализации эндокринных расстройств, устранению болевого синдрома, позволяют рекомендовать данный метод для широкого внедрения в практическое здравоохранение.

ВЫВОДЫ

1. На основании клинических исследований сформулировано понятие малый функциональный синдром слюнокаменной болезни поджелудочных желез, включающий острую задержку секрета, связанную с приемом острой пищи и характеризующуюся распирающим, коликами боли, увеличением и болезненностью железы, нарушением слюноотделения.

2. Установлена высокая информативность для диагностики слюнокаменной болезни поджелудочных желез ультразвуковой эхографии и компьютерной томографии, позволяющих определить локализацию камней, размеры и количество их масс при рентгеноконтрастных катетах.

3. Снижение содержания Са, увеличение Р, а также снижение паратгормона в сыворотке крови при слюнноточивой болезни поднижнечелюстных свидетельствует о гипофункции паратитовидных желез, развивающейся вторично и протекающей субклинически.

4. При слюнноточивой болезни в тканях поднижнечелюстных желез увеличено содержание кальция, фосфора, меди и цинка. В сленных камнях содержатся те же микроэлементы в больших концентрациях, особенно натрия, кальций, фосфор, магний и железо.

5. Гипофункция паратитовидных желез, накопление микроэлементов кальция, фосфора, цинка, меди в тканях сленных желез и в камнях является подтверждением того, что в основе камнеобразования одной из возможных причин является нарушение минерального обмена.

6. Основным методом лечения слюнноточивой болезни поднижнечелюстных желез является хирургический, направленный при локализации камней в протоке на удаление их и пластическому формированию нового устья, при локализации во внутримезивистой и в задних отделах внежелезистой части протока - удаление желез и рассечение протока или удаление камня из внутримезивистой части протока внутривидовым путем с сохранением желез.

7. Клиническими исследованиями подтверждена высокая эффективность применения микроволновой резонансной терапии (МРТ) в комплексном лечении слюнноточивой болезни, что позволило нормализовать функцию как поднижнечелюстных желез при их сохранении, так и паратитовидных желез и сократить сроки лечения больных.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При обследовании больных слюнноточивой болезнью поднижнечелюстных желез с целью установления правильного диагноза реко-

мендуется учитывать наличие малого функционального синдрома.

2. Высокая эффективность ультразвуковой эхографии и компьютерной томографии позволяет рекомендовать их для исследования больных слюннокаменной болезнью. Эти виды исследования дают информацию о локализации даже рентгенонегативных слюнных камней и выявить некоторые изменения в железе.

3. Предложенный зажим-фиксатор рекомендуется к широкому применению при удалении слюнных камней из внежелезистой части протока, так как исключает смещение камня кзади.

4. В комплексном патогенетическом лечении слюннокаменной болезни поднижнечелюстных желез рекомендовано применение микроволновой резонансной терапии, что способствует снятию боли, быстрому заживлению послеоперационных ран, улучшению общего состояния организма, а также позволяет сузить относительные показания к удалению железы, сократить сроки нетрудоспособности.

5. Больные, которым проводилось оперативное лечение на протоке с сохранением поднижнечелюстной железы и применением МРТ, подлежат взятки на диспансерный учет.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИСЕРТАЦИИ

1. Инфракрасная спектроскопия камней из протока подчелюстной слюнной железы // Вопросы стоматологии: Сборник научных трудов Алма-Атинского государственного медицинского института. Вып. 4. - Алма-Ата, 1984. - С. 116-118 /в соавт. с Т.Л.Пилат/.

2. Минеральные компоненты слюнного камня подчелюстной слюнной железы // Профилактика и лечение стоматологических заболеваний. - Алма-Ата, 1985. - С. 116-118 /в соавт. с Т.Л.Пилат/.

3. Болезнь слюнной железы у лиц старше 50 лет // Здоровоохранение Казахстана. - 1986. - № 3. - С. 55-56 /в соавт. с Р.Г.Дмитриев/.

4. Дериватография слюнного камня //Профилактика и лечение стоматологических заболеваний: Сборник трудов. - Алма-Ата, 1987. - С. 29-31 /в соавт. с Т.Л.Пылат/.

5. Возможные диагностические ошибки при слюннокаменной болезни //Пути совершенствования стоматологической помощи населению Казахской ССР: Материалы республиканской научно-практической конференции, г.Целиноград. - Алма-Ата, 1989. - С. 105-108 /в соавт. с Р.Г.Дмитриевой, Г.Б.Зайтеновой, В.В.Чуйковым/.

6. Исследование физических данных слюнных камней //Нетрадиционные методы диагностики и лечения. - Алма-Ата, 1989. - С. 64-65./в соавт. с Р.Г.Дмитриевой/.

7. Компьютерная томография слюннокаменной болезни поднижнечелюстных слюнных желез //Актуальные вопросы стоматологии: Тезисы докладов конференции, посвященной 70-летию института. Полтава, 1991. - С. 54-55 /в соавт. с Н.Д.Лесовой/.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Способ хирургического лечения слюнного камня /Дмитриева А.А., Дмитриева Р.Г., Абдуллаев И.М. - Рационализаторское предложение № 445 от 26.06.90 г., выданное Алма-Атинским институтом усовершенствования врачей МЗ СССР.

2. Зажим-фиксатор для хирургической стоматологии /Дмитриева А.А., Дмитриева Р.Г., Абдуллаев И.М. - Рационализаторское предложение № 446 от 26.06.90 г., выданное Алма-Атинским институтом усовершенствования врачей МЗ СССР.

3. Способ применения микроволновой резонансной терапии в комплексном лечении слюннокаменной болезни поднижнечелюстных желез /Дмитриева А.А., Лесовая Н.Д., Нулго А.Н. - Рационализаторское предложение № 2021 от 24.01.91 г., выданное Уралским ин-

ститутом усовершенствования врачей МЗ СССР.

4. Способ определения кальция в камнях из слюнной железы человека /Дмитриева А.А., Князева М.В. - Рационализаторское предложение № 2056 от 20.05.91 г., выданное Украинским институтом усовершенствования врачей МЗ СССР.

5. Способ определения фтора в камнях из слюнной железы человека /Дмитриева А.А., Князева М.В. - Рационализаторское предложение № 2057 от 20.05.91 г., выданное Украинским институтом усовершенствования врачей МЗ СССР.

A handwritten signature in cursive script, likely belonging to one of the authors mentioned in the text above.