

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи
(Укрмедпатентінформ)

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

про нововведення в сфері охорони здоров'я

Випуск з проблеми

«Стоматологія»

Підстава: рецензія експерта

МОЗ України

№ 72-2020

НАПРЯМ ВПРОВАДЖЕННЯ:

СТОМАТОЛОГІЯ

МЕТОД МАЛОІНВАЗИВНОГО ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ НА
ПРОТОКАХ ВЕЛИКИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ПРИ ЗАГОСТРЕННІ
ХРОНІЧНИХ СІАЛОАДЕНІТІВ ТА СІАЛОЛІТІАЗІ

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ
МОЗ УКРАЇНИ

АВТОРИ:
НАЗАРЯН Р.С.
ЯРОСЛАВСЬКА Ю.Ю.
МИХАЙЛЕНКО Н.М.
МІКУЛІНСЬКА-РУДІЧ Ю.М.
МИСЬ В.О.

Суть впровадження: метод малоінвазивного хірургічного втручання (сіалодохопластики) на протоках великих слинних залоз в залежності від локалізації.

Пропонується для впровадження в лікувально-профілактичних установах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) стоматологічного профілю методики сіалодохопластики проток піднижньощелепних та привушних слинних залоз.

Серед місцевих умов, що сприяють загостренню захворювання, з переважними проявами сіалодохіту (дистонія, звуження, спазм вічка головної вивідної протоки), розглядають: хронічні травми гострими краями зубів, погано скореговані зубні протези, запальні процеси слизової оболонки порожнини рота та зіву, лімфатичних вузлів, аномалії розвитку та пухлини залози, стриктури та стенози її вивідних проток, наявність сіалітів та попадання сторонніх тіл до вивідних проток. Також, в останній час приділяється увага нервово-рефлекторному спазму вічка протоки, що виникає на тлі гострого або хронічного стресу чи наявності патологічних осередків щелепно-лищевої ділянки, що являють собою подразнюючі фактори та діють через кору головного мозку. Існування стійкого спазму або обтурації протоки створює умови для накопичення злушеного епітелію устилки протоки та розвитку хронічного запалення.

Як відомо, консервативна терапія хронічних сіалоаденітів передбачає призначення протизапального лікування. Але стійке звуження протоки та наявність сіаліту в протоці підтримує хронічне запалення в залозі та приводить пацієнтів до фахівців для повторного лікування. На сьогоднішній час залишається розповсюдженим застосування хірургічного методу при якому проводиться повне видалення залози. Однак, екстирпація слинної залози є травматичною та викликає стресову ситуацію у ендокринній системі, нерідко супроводжується неврологічними ускладненнями та рецидивами каменеутворення залишковими екскреторними клітинами епітелію культі головної протоки. Численні дослідження ультраструктури та фізіології слинних залоз переконали науковців в їх достатніх регенераторно-

відновлювальних можливостях, що дає змогу обмежити показання до екстирпації уражених залоз та розширити коло малоінвазивних втручань.

Аналізуючи літературні дані про причини виникнення звуження головних вивідних проток слинних залоз та сіалолітіазу нами були розроблені та впроваджені у практику методи малоінвазивного хірургічного втручання на головних вивідних протоках великих слинних залоз. Зокрема, були розроблені методики пластики головної протоки піднижньощелепної та привушної слинних залоз.

Малоінвазивне втручання на головній вивідній протоці піднижньощелепних слинних залоз передбачає розтинання протоки від вічка, через ложе каменю або місце стриктури, 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 або звуження протоки, шляхом вшивання верхівки трикутника, що береться зі слизової дна ротової порожнини, у кінець розтину. Між швами фіксується поліхлорвініловий або резиновий дренаж, уведений до протоки. Шви і дренаж дозволяють значно скоротити виникнення рубців та стенозу протоки.

Малоінвазивне втручання на головній вивідній протоці привушних слинних залоз полягає у наступному: через вічко протока привушної залози розтинається до місця розташування конкременту, при цьому утворюється ранова поверхня тільки у дистальному відділі розтину. Для закриття цієї ранової поверхні, по нижньому краю рани на щоці формується трикутний слизово-підслизовий клапоть, який розвертається на 180° та верхівкою вшивається у розсіп протоки.

Віддалені спостереження за прооперованими з допомогою вказаних методик хворими вказували на наявність ускладнень лише у вигляді хронічного запалення в піднижньощелепних залозах у 10% хворих, проти 52% прооперованих іншими методиками. У прооперованих хворих з патологією привушних залоз ускладнень не відмічали.

Висновки. Порівняльний аналіз ефективності різних видів оперативних втручань на головній протоці великих слинних залоз свідчить про доцільність пластичного формування нового вічка протоки.

Запропоновані методи є ефективними не тільки при наявності конкрементів в протоках, а й при стенозах та спастичних явищах позазалозистої частини головної протоки та її вічка, що сприяє скороченню термінів лікування хворих з даною патологією.

Інформаційний лист складено за матеріалами НДР *«Оптимізація методів діагностики та лікування основних стоматологічних захворювань»* (номер держреєстрації 0119U002899, термін виконання – 2019-2021 роки).

За додатковою інформацією звертатися до авторів листа: Харківський національний медичний університет, кафедра стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицьової хірургії та імплантології, Назарян Р.С., Ярославська Ю.Ю, тел. 0667494871, Михайленко Н.М.