

СЛЮННО-КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ: ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСТАВА И СВОЙСТВ СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ, ЛЕЧЕНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВИРОВАНИЯ

© Жмудь М.В.², Лобейко В.В.³, Иорданишвили А.К.¹

¹ Кафедра ортопедической стоматологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург; ² кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург;

³ Лаборатория возрастной клинической патологии Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербург

E-mail: mdgrey@bk.ru

В работе изучены физико-химические свойства смешанной слюны у 307 человек (143 мужчин и 164 женщин) в возрасте от 20 до 88 лет, из которых среди людей пожилого и старческого возраста – 27 (13 мужчин и 14 женщин) человек – страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы – ишемической болезнью сердца (ИБС) гипертонической болезнью (ГБ), 28 человек (12 мужчин и 16 женщин) – эндокринными заболеваниями (сахарный диабет II типа), 25 человек (14 мужчин и 11 женщин) – патологией органов пищеварительной системы (хронический гастрит). Кроме того, физико-химические свойства слюны были изучены у 74 пациентов (50 мужчин и 24 женщин) пожилого и старческого возраста, страдающих слюнно-каменной болезнью (СКБ). Представлены результаты лечения слюнно-каменной болезни, в том числе с применением эндоскопической техники. Разработан способ профилактики рецидивирования СКБ, направленный на оптимизацию состава и свойств слюны у лиц пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: слюнно-каменная болезнь, сиалолитиаз, слюнные камни, состав и свойства слюны, возрастные особенности, профилактика возникновения саливалитов, эндоскопическая техника.

SIALOLITHIASIS: AGE-RELATED CHANGES OF MIXED SALIVA COMPOSITION AND PROPERTIES, TREATMENT WITH MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES AND PREVENTION OF RECURRENCE

Zhmud M.V.², Lobeyko V.V.³, Iordanishvili A.K.¹

¹ Department of Orthopedic Stomatology of I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, St. Petersburg;

² Department of Maxillofacial Surgery of S.M. Kirov Military Medical Academy, St. Petersburg;

³ Laboratory of Age-related Clinical Pathology of St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology, St. Petersburg;

The work deals with the studies of physical and chemical properties of mixed saliva in 307 patients (143 men and 164 women) aged from 20 till 88 including elderly and senile patients with cardiovascular disorders, namely coronary heart disease (CHD) and idiopathic hypertension (IH) – 27 cases (13 men and 14 women), with endocrine pathologies (type 2 diabetes mellitus) – 28 cases (12 men and 16 women), with gastrointestinal pathologies (chronic gastritis) – 25 cases (14 men and 11 women). In addition, physical and chemical properties of saliva were studied in 74 elderly and senile patients (50 men and 24 women) suffering from sialolithiasis. The treatment results, including those with endoscopic equipment are presented in the article. The method for preventing the recurrence of sialolithiasis aimed at improving the composition and properties of saliva in elderly and senile patients has been developed.

Keywords: sialolithiasis, sialolithiasis, salivary stones, composition and properties of saliva, age-related features, prophylaxis of salivary calculi, endoscopic equipment.

Слюнно-каменная болезнь, или сиалолитиаз (СКБ), является одним из наиболее часто встречающихся патологических процессов, поражающих слюнные железы взрослого человека, и диагностируется у 30,9 – 78% больных с заболеваниями слюнных желез [2, 6, 11]. Этиология и патогенез этого заболевания до сих пор изучены недостаточно [1, 3, 5, 13]. Именно это определяет сложности в разработке и осуществлении профилактических и противорецидивных мероприятий [4, 8, 9]. Несмотря на большое число исследований, посвященных изучению разных аспектов этиопатогенеза, клинической картины, диагностики и лечения СКБ [2, 10], до сих пор имеются

противоречивые данные о возрастных изменениях состава и свойств смешанной слюны.

При СКБ [3, 5, 10] мало информации об уровне заболеваемости взрослых людей разных возрастных групп [6]. Недостаточно проводилась оценка диагностической и лечебно-профилактической работы, осуществляемой в амбулаторных стоматологических и стационарных лечебно-профилактических учреждениях при оказании специализированной медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста, страдающих слюнно-каменной болезнью. В специальной литературе мало информации о возможности применения при комплексном лечении

людей пожилого и старческого возраста, страдающих СКБ, минимально-инвазивных эндоскопических вмешательств [7, 9], а также о методах профилактики рецидивирования рассматриваемой патологии [10, 11, 12]. Вместе с тем данные вопросы имеют важное теоретическое и прикладное значение для геронтологии и гериатрии, а также стоматологии. В связи с этим мы сочли целесообразным проведение данного клинического исследования, направленного на повышение эффективности лечения людей пожилого и старческого возраста, страдающих СКБ.

Цель исследования состояла в изучении возрастных особенностей состава и свойств смешанной слюны у взрослых людей, в том числе при слюнно-каменной болезни, а также разработке комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на оптимизацию состава и свойств смешанной слюны у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих слюнно-каменной болезнью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При проведении лабораторного исследования изучали возрастные изменения физико-химических свойств нестимулированной смешан-

ной слюны, а также изменения этих свойств слюны при заболеваниях внутренних органов и систем организма, а также в процессе лечения слюнно-каменной болезни у лиц старших возрастных групп.

Физико-химические свойства смешанной слюны были исследованы у 307 человек (143 мужчин и 164 женщин) в возрасте от 20 до 88 лет, из которых среди людей пожилого и старческого возраста 27 (13 мужчин и 14 женщин) человек страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы – ишемической болезнью сердца (ИБС) гипертонической болезнью (ГБ), 28 человек (12 мужчин и 16 женщин) – эндокринными заболеваниями (сахарный диабет II типа), 25 человек (14 мужчин и 11 женщин) – патологией органов пищеварительной системы (хронический гастрит). Кроме того, физико-химические свойства слюны были изучены у 74 пациентов (50 мужчин и 24 женщины) пожилого и старческого возраста, страдающих СКБ (рис. 1). Исследовали следующие физико-химические показатели смешанной слюны: количество и скорость секреции, прозрачность, кислотность, буферную емкость, вязкость, поверхностное натяжение, а также содержание в ней общего белка, Са, Р и СА/Р коэффициент [3, 7, 10, 12].

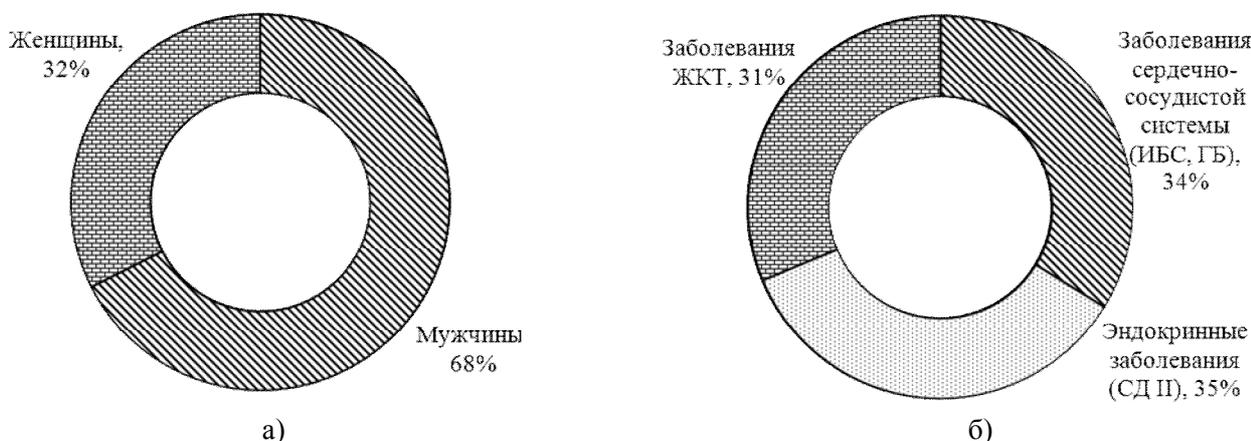


Рис. 1. Обследованные пациенты пожилого и старческого возраста, страдающие слюнно-каменной болезнью (а) и сопутствующей патологией (б), (%).

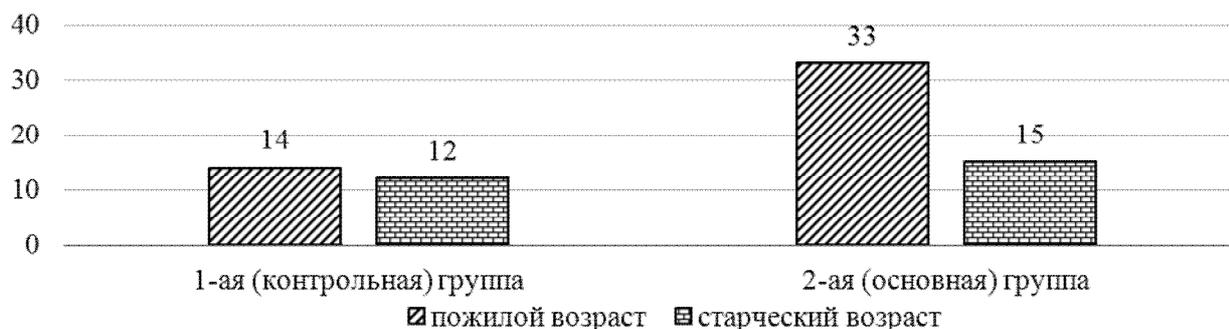


Рис. 2. Распределение пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих слюнно-каменной болезнью, по группам исследования.

С целью совершенствования методики, направленной на оптимизацию состава и свойств смешанной слюны для профилактики повторного образования саливолитов, у людей старших возрастных групп, страдающих СКБ, провели динамическое наблюдение за 74 пациентами в возрасте от 61 до 78 лет (50 мужчин и 24 женщины) пожилого и старческого возраста, находившихся на стационарном лечении в «442 ОВКГ» (рис. 2).

В 1-ю (контрольную) группу вошли 26 человек, которым проводились общепринятые лечебно-профилактические мероприятия, а именно: антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия, а также выполнялись оперативные вмешательства по удалению слюнных камней. После выздоровления и выписки из стационара пациентам контрольной группы рекомендовали лечение у стоматолога с целью санации полости рта (при несанированной полости рта), а также полоскания полости рта антисептическими растворами (раствор фурацилина 1:5000) или отварами трав (ромашка, шалфей).

У 48 пациентов, страдающих СКБ, которые вошли во 2-ю (основную) группу исследования, в период нахождения их в стационаре также проводили общепринятую консервативную терапию и хирургическое лечение. Следует отметить, что у 10 (20,83%) пациентов этой группы удаление слюнных камней было выполнено с применением эндоскопической техники и специального инструментария. После выздоровления и выписки из стационара пациентам основной группы кроме рекомендаций по санации полости рта (при несанированной полости рта), применению полосканий полости рта антисептическими растворами (раствор фурацилина 1:5000) или отварами трав (ромашка, шалфей), для оптимизации состава и свойств смешанной слюны назначали пептидный биорегулятор Везуген по 1 капсуле 2 раза в день в течение месяца и биокорректор питания Йод-элама по 1 таблетке 1 раз в день в течение месяца. Через 4-6 месяцев курс применения Йод-элама и пептидного биорегулятора пациентам повторяли.

У пациентов обеих групп рентгенологическое сопровождение комплексного лечения соответствовало общепринятым стандартам.

Больных обеих групп наблюдали в течение двух лет. По завершении периода наблюдения осуществляли контрольный осмотр и исследовали состав и свойства смешанной слюны.

Статистическую обработку результатов клинических исследований, а также графическое описание проводили на базе IBM PC совместимом компьютере с использованием электронных таблиц «Microsoft Excel», а также прикладного пакета для статистического анализа – «Statistica for Windows v. 7.0». Анализ результатов исследования производили согласно методическим рекомендациям по математико-статистической обработке данных медицинских исследований. Значимость различий между группами определяли с помощью t-критерия Стьюдента, χ^2 -критерия Пирсона. Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате лабораторных исследований выявлены возрастные изменения физико-химических свойств слюны, которые обуславливаются как процессами старения организма, так и сопутствующими хроническими заболеваниями. У лиц молодого и среднего возраста достоверных различий в показателях, характеризующих состав и свойства смешанной слюны, не выявлено ($p > 0,05$) (табл. 1).

Как видно из данных, приведенных в таблице 1, по мере старения, на фоне снижения саливации, в смешанной слюне определяется достоверное (по сравнению с показателями у пациентов молодого и среднего возраста) увеличение содержания общего белка, снижение Са/Р индекса, а также повышение вязкости слюны (табл. 1).

Таблица 1

Возрастные особенности состава и свойств смешанной слюны у пациентов различных возрастных групп, $X \pm m$

Характеристики состава и свойств смешанной слюны, ед. изм.	Молодой возраст	Средний возраст	Пожилой возраст	Старческий возраст
Скорость секреции (мл/мин)	4,29±0,31	4,27±0,28	3,21±0,43*	3,27±0,34*
Общий белок (г/л)	3,69±0,29	3,71±0,28	4,72±0,38*	4,55±0,27*
Вязкость (пуаз.)	6,12±0,34	6,11±0,37	7,72±0,52*	7,83±0,33*
Са (г/л)	1,44±0,04	1,45±0,03	1,25±0,07*	1,22±0,03*
Р (г/л)	5,41±0,06	5,45±0,07	7,30±0,06*	7,33±0,07*
Са/Р	0,24±0,03	0,25±0,03	0,17±0,02*	0,16±0,02*

Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с показателями у пациентов молодого и среднего возраста.

Таблица 2

Состав и свойства смешанной слюны у лиц старших возрастных групп, имеющих различную патологию внутренних органов, но без патологии слюнных желез, $X \pm m$

Характеристики состава и свойств смешанной слюны, ед. изм.	Не страдающие соматическими заболеваниями	Заболевания ССС	Заболевания эндокринной системы (сахарный диабет II типа)	Заболевания ЖКТ (хронический гастрит)
Скорость секреции (мл/мин)	3,26±0,23	2,81±0,23*	2,58±0,32*	4,11±0,22*
Общий белок (г/л)	4,63±0,27	4,52±0,38	5,63±0,28*	3,92±0,58*
Вязкость(пуаз.)	7,77±0,23	7,71±0,53	8,46±0,33*	6,42±0,42*
Са (г/л)	1,23±0,04	1,35±0,04*	1,26±0,05	1,24±0,04
Р (г/л)	7,31±0,05	6,44±0,06*	6,35±0,07*	7,85±0,06*
Са/Р	0,16±0,04	0,2±0,03*	0,2±0,03*	0,15±0,04

Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с показателем у здоровых людей.

Таблица 3

Состав и свойства смешанной слюны у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих слюнно-каменной болезнью, $X \pm m$

Характеристики состава и свойств смешанной слюны, ед. изм.	Лица пожилого возраста, не страдающие СКБ	Лица старческого возраста, не страдающие СКБ	Лица пожилого возраста с СКБ	Лица старческого возраста с СКБ
Скорость секреции (мл/мин)	3,21±0,43	3,27±0,34	2,57±0,23*	2,43±0,24*
Общий белок (г/л)	4,72±0,38	4,55±0,27	6,66±0,13*	6,44±0,32*
Вязкость (пуаз.)	7,72±0,52	7,83±0,33	8,92±0,24*	8,38±0,22*
Са (г/л)	1,25±0,07	1,22±0,03	1,21±0,04	1,20±0,04
Р (г/л)	7,30±0,06	7,33±0,07	7,95±0,05*	8,09±0,05*
Са/Р	0,17±0,02	0,17±0,03	0,15±0,03*	0,15±0,02

Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с показателем у пациентов аналогичной возрастной группы, не страдающих слюнно-каменной болезнью.

Достоверное по сравнению с показателями у здоровых людей снижение скорости секреции, повышение содержания в смешанной слюне общего белка, Са/Р индекса, а также повышение вязкости слюны ($p < 0,05$) выявлены у пожилых и старых людей, страдающих сахарным диабетом (табл. 2).

В качестве одного из ведущих факторов, которые влияют на снижение саливации у пожилых и старых людей, следует считать прием различных лекарственных препаратов.

Установлено, что у больных, страдающих ИБС, атеросклерозом аорты и коронарных артерий, атеросклеротическим кардиосклерозом, ГБ II–III стадий, на фоне применения гипотензивных препаратов (физиотенз) достоверно уменьшается ($p < 0,05$) скорость секреции слюны, а также повышается ($p < 0,05$) Са/Р индекс (табл. 2) [7]. У больных с патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (на примере хронического гастрита) выявляются незначительная гиперсаливация ($p < 0,05$), снижение содержания общего белка в смешанной слюне ($p < 0,05$), а также снижение показателя вязкости слюны ($p < 0,05$), что характери-

зует повышение омывающих и очищающих свойств ротовой жидкости (табл. 2).

В аспекте возникновения СКБ наиболее значимо изменяемыми показателями являются снижение скорости секреции слюны, а также повышение ее вязкости, что способствует образованию саливолитов. Сравнительный анализ состава и свойств смешанной слюны у больных, страдающих СКБ, показал достоверное снижение интенсивности саливации ($p < 0,05$) в обеих возрастных группах (пожилого и старческого возраста) по сравнению с пациентами старших возрастных групп, не страдающими данным заболеванием. У лиц с СКБ выявлен достоверно более низкий индекс Са/Р отношения при достоверно более высоких уровнях общего белка и вязкости слюны (табл. 3). По всей видимости, весь этот комплекс изменений состава и свойств смешанной слюны способствует развитию и прогрессированию СКБ.

Разработка комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на оптимизацию состава и свойств смешанной слюны у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих СКБ, с целью профилактики рециди-

вирования проводилась после оказания неотложной помощи (удаления саливолита) в ходе специализированного лечения пациентов.

Изучение частоты встречаемости различных клинических форм СКБ у больных контрольной и основной групп показало, что в контрольной группе в 61,54% случаев встречались пациенты с СКБ и локализацией конкремента в протоке подчелюстной железы (16 человек). При этом у 6 (23,08%) человек было отмечено хроническое воспаление подчелюстной железы, у других 6 (23,08%) человек – обострение хронического воспаления железы, а у 2 (7,69%) больных СКБ протекала без видимой клинической симптоматики. Локализация камня в протоке околоушной железы отмечена у 2 (7,69%) пациентов. У них СКБ протекала с обострением хронического воспаления железы. СКБ с локализацией камня в железе выявлена у 10 человек. При этом у 8 человек камень локализовался в подчелюстной железе. Из них у 6 (23,08%) человек процесс протекал хронически без выраженного воспалительного процесса, у 2 (7,69%) больных – с обострением хронического воспаления железы и у 2 (7,69%) больных – без клинической симптоматики.

При лечении больных СКБ контрольной группы использовались общепринятые методики хирургического удаления саливолитов. Так, при локализации слюнных камней в протоке подчелюстной железы выполняли операцию сиалодохотомии с удалением конкремента. Эта операция была выполнена у 14 (53,84%) больных контрольной группы. Аналогичная операция на протоке околоушной железы была выполнена у 2 (7,69%) пациентов контрольной группы, с помощью внутриротового доступа под инфильтрационной анестезией был удален слюнный камень из щечной части выводного протока околоушной железы. У 6 (23,08%) больных контрольной группы под общим обезболиванием была выполнена операция удаления подчелюстной железы вместе с конкрементами. У 2 (7,69%) больных СКБ при локализации конкремента в подчелюстной железе конкремент удален с помощью экстраоральной сиалоденотомии. Таким образом, при лечении больных пожилого и старческого возраста контрольной группы с хорошим отдаленным результатом были использованы классические методики удаления слюнных камней. Средний срок их стационарного лечения составил $11,4 \pm 2,6$ суток.

У больных основной группы, так же как и в контрольной группе, наиболее часто встречались пациенты со СКБ и локализацией конкремента в протоке подчелюстной железы (28 (58,33%) человек). При этом у 10 (20,83%) человек было отмечено хроническое воспаление подчелюстной железы, у 16 (33,33%) человек – обострение хронического

воспаления железы, а у 2 (4,17%) больных СКБ протекала без видимой клинической симптоматики. Локализация камня в протоке околоушной железы отмечена у 4 (8,33%) больных. У двух из них СКБ протекала с обострением хронического воспаления железы (4,17% случаев), а у двух других больных – при хроническом течении воспаления в железе (4,17% случаев). СКБ с локализацией камня в подчелюстной железе, выявлена у 14 (29,17%) человек. При этом у 6 (12,5%) человек камень локализовался в подчелюстной железе при ее хроническом воспалении; у других 6 (12,5%) человек – с обострением хронического воспаления железы, а у 2 (4,17%) больных – без выраженных клинических проявлений со стороны подчелюстной железы. У 2 (4,17%) больных СКБ протекала при локализации камня в паренхиме околоушной железы при обострении в ней хронического воспалительного процесса.

При лечении больных пожилого и старческого возраста основной группы, страдающих СКБ, использовались как общепринятые методики хирургического удаления саливолитов, так и методика удаления слюнных камней с эндовидеохирургической поддержкой, которая применялась у 10 (20,83%) пациентов. Так, при локализации слюнных камней в протоке подчелюстной железы выполняли операцию сиалодохотомии с удалением конкремента. Эта операция была выполнена у 22 (45,83%) больных основной группы. У 14 (29,17%) больных основной группы под общим обезболиванием была выполнена операция удаления подчелюстной железы вместе с конкрементами. Хирургическое вмешательство также проводили по общепринятой методике.

У 2 (4,17%) больных основной группы с помощью внутриротового доступа с применением общепринятой методики был удален слюнный камень из подслизистой части околоушной железы. Средний срок лечения этих пациентов не отличался от сроков госпитализации в контрольной группе и составил $11,8 \pm 2,7$ суток ($p > 0,05$).

У 6 (12,5%) больных СКБ подчелюстной железы и 4 (8,33%) больных СКБ околоушной железы при локализации слюнных камней в дистальных отделах главных выводных протоков выполнены операции по удалению саливолитов с применением эндоскопической техники (рис. 3). Для этих целей помимо стандартного видеоскопического оборудования использовали одно- и двухканальные сиалоскопы с диаметрами операционного тубуса 1,3 и 2,3 мм. Вспомогательное оборудование для лечебных эндоскопических манипуляций включало в себя набор дилаторов устья протока, внутривнутрипротоковые зонды, набор эндошпцов для удаления и разрушения

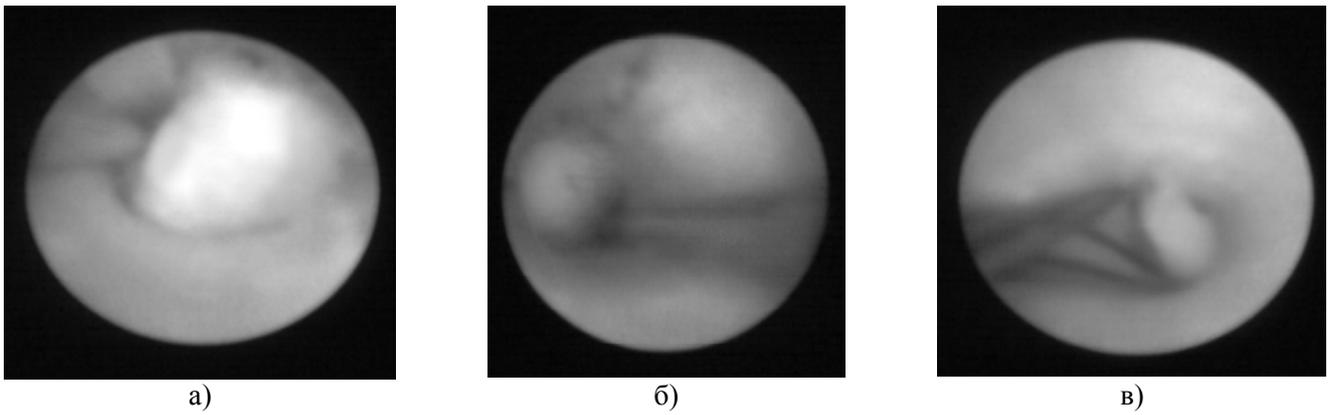


Рис. 3. Этапы удаления саливолита из протока околоушной железы при помощи эндовидеохирургического инструментария у больного К., 65 лет (основная группа исследований): а) визуализация саливолита; б) захват саливолита эндощипцами; в) извлечение конкремента из выводного протока.



Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с показателем в контрольной группе и основной группе пациентов, оперированных по общепринятой методике

Рис. 4. Сроки пребывания больных слюнно-каменной болезнью в стационаре в зависимости от методики лечения, n (сут.)

конкрементов, биопсийные щипцы, баллонные дилататоры, корзинчатые проволочные захваты для конкрементов. В процессе сиалэндоскопии производили ирригацию протока, что позволяло расширять его и обеспечивать дополнительную степень свободы при манипуляциях инструментами. Все манипуляции выполняли под местной анестезией.

Таким образом, при лечении 10 (20,83%) больных пожилого и старческого возраста основной группы с хорошим отдаленным результатом была использована современная малоинвазивная эндоскопическая методика удаления слюнных камней, но использование данной методики, по техническим причинам, не всегда возможно. Применение эндоскопической техники позволило сократить сроки пребывания в стационаре на $5,2 \pm 2,5$ суток, что на $5,8 \pm 1,7$ суток (на 54,4%) меньше, чем при использовании общепринятых методик удаления саливолитов ($p < 0,05$) (рис. 4).

При наблюдении за больными, страдающими СКБ, контрольной группы в течение двух лет рецидив заболевания возник у 3 (11,54%) человек, в

отличие от людей основной группы, у которых проводились мероприятия, направленные на профилактику рецидивирования СКБ, путем нормализации состава и свойств смешанной слюны (табл. 4). Среди пациентов основной группы за весь период наблюдения рецидивов СКБ не выявили. При лабораторном исследовании у людей основной группы выявлены признаки снижения содержания общего белка, уменьшении вязкости слюны при повышении Са/Р индекса на фоне некоторого повышения интенсивности саливации. Проведение предлагаемой целенаправленной комплексной профилактики рецидивов слюнно-каменной болезни способствовало оптимизации выделительной функции слюнных желез, а также всего саногенного комплекса изменений, возникающих в результате проводимого лечения СКБ.

Таким образом, в ходе клинико-лабораторного исследования удалось изучить особенности клинического течения, а также оптимизировать методы комплексного лечения и профилактики рецидивирования слюнно-каменной болезни у людей пожилого и старческого возраста.

Состав и свойства смешанной слюны до и после комплексного лечения слюнно-каменной болезни у пациентов контрольной и основной групп

Показатель, ед. изм.	Контрольная группа		Основная группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Скорость секреции (мл/мин)	2,47±0,33	2,77±0,42	2,84±0,41	4,38±0,35*
Общий белок (г/л)	6,72±0,52	6,22±0,43	6,42±0,28	4,72±0,38*
Вязкость (пуаз.)	7,92±0,32	7,72±0,22	8,41±0,33	6,92±0,32*
Са (г/л)	1,21±0,09	1,24±0,06	1,20±0,03	1,36±0,05*
Р (г/л)	8,94±0,04	8,29±0,06*	7,95±0,04	6,84±0,03*
Са/Р	0,13±0,02	0,15±0,04*	0,15±0,03	0,19±0,04*

Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с показателем до лечения у пациентов соответствующей контрольной и основной групп.

Таким образом, выявлены возрастные изменения физико-химических свойств слюны, которые обуславливаются не только процессами старения организма, но и сопутствующими хроническими заболеваниями. По мере старения, на фоне снижения саливации, в смешанной слюне определяется увеличение содержания общего белка, снижение Са/Р индекса, а также повышение ее вязкости.

Комплексное лечение слюнно-каменной болезни у людей пожилого и старческого возраста с применением малоинвазивной микрохирургии с эндовидеоподдержкой, направленной на удаление саливолитов через устье выводного протока и создания благоприятных условий для оттока слюны, позволяет сократить сроки стационарного лечения на $5,2 \pm 2,5$ суток (на 54,6%).

Для профилактики рецидивирования слюнно-каменной болезни у людей пожилого и старческого возраста рекомендовано проведение фармакотерапии с использованием пептидного биорегулятора Везуген и биокорректора питания Йодэлам, которые рекомендовано применять курсами 2 раза в год в течение 30 суток, что позволяет уменьшить вязкость слюны на фоне повышения саливации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гайворонский И.В., Лобейко В.В., Иорданишвили А.К., Гайворонская В.В. Околоушная железа: морфофункциональная характеристика в норме и при воздействии экстремальных факторов. – СПб. : Нордмедиздат, 2011. – 128 с.
2. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Жмудь М.В., Удальцова Н.А., Рыжак Г.А. Частота и причины функциональных нарушений слюноотделения у людей разного возраста // Успехи геронтологии. – 2012. – Т. 25, № 3. – С. 531-534.
3. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Поленс А.А., Жмудь М.В. Некоторые методические аспекты диагностики заболеваний слюнных желёз // Пародонтология. – 2012. – № 2(63). – С. 71-75.
4. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Черныш В.Ф., Максютя Д.А., Дьяконов М.М. Диагностика тяжести течения и лечение обострившихся хронических неспецифических сиалоаденитов у лиц старших возрастных групп // Курск. науч.-практ. вестн. «Человек и его здоровье». – 2014. – № 4. – С. 57-62.
5. Клементов А.В. Слюнно-каменная болезнь. – Л. : Медгиз, 1960. – 99 с.
6. Лобейко В.В., Иорданишвили А.К. Характеристика диагностических и лечебных мероприятий среди взрослых людей разного возраста, страдающих заболеваниями слюнных желёз // Курск. науч.-практ. вестн. «Человек и его здоровье». – 2014. – № 1. – С. 81-84.
7. Матина В.Н. Заболевания и опухоли слюнных желёз / Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой локализации: рук-во для врачей / под ред. А.К. Иорданишвили. – СПб. : СпецЛит, 2007. – С. 202-246.
8. Мун П.Г. Доклад генерального секретаря ООН в области народонаселения (UNFPA) [Электронный ресурс] // Официальный сайт ООН. – Режим доступа: <http://www.un.org/ru/development>, свободный (21.03.2012).
9. Самсонов В.В., Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Солдатова Л.Н. Актуальные вопросы геронтостоматологии в России на современном этапе // Успехи геронтологии. – 2013. – Т. 26, № 3. – С. 540-543.
10. Шатохина С.Н., Шабалин В.Н. Диагностика различных патологических состояний по морфологической картине биологических жидкостей (литосистема). – М. : МЕДпресс, 2009. – 49 с.
11. Alyas F., Lewis K., Williams M. Diseases of the submandibular gland as demonstrating using high-resolution ultrasound // Br. J. Radiol. – 2005. – Vol. 8, N 928. – P. 362-369.
12. Bialek E.J. US of the major salivary glands: anatomy and spatial relationships, pathologic conditions and pitfalls // Radiographics. – 2006. – Vol. 26, N 3. – P. 745-763.
13. Kopeć T. Sialoendoscopy and combined approach for the management of salivary gland stones // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. – 2013. – Vol. 33, N 2. – P. 219-223.