

Будина Диана Олеговна, студент,

Кировский государственный медицинский университет, г. Киров

Порошина Карина Сергеевна, студент,

Кировский государственный медицинский университет, г. Киров

*Битеев Владимир Христофорович, научный руководитель, доцент, кандидат
медицинских наук, заведующий кафедрой общей хирургии,*

Кировский государственный медицинский университет, г. Киров

Шевченко Александра Александровна, доцент, кандидат медицинских наук,

Кировский государственный медицинский университет, г. Киров

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЛЮНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Аннотация: Данная статья рассматривает диагностические критерии калькулёзного сиалоаденита, а также включает в себя этиологию, патогенез и тактику ведения больных данным заболеванием. Авторами статьи приводятся методы диагностики и лечения лиц, страдающих этой патологией.

Ключевые слова: калькулёзный сиалоаденит, этиология, патогенез, диагностика, лечение.

Abstract: This article discusses the diagnostic criteria of calculous sialoadenitis, as well as the etiology, pathogenesis and management tactics of patients with this disease. The authors of the article provide methods of diagnosis and treatment of persons suffering from this pathology.

Keywords: calculous sialoadenitis, etiology, pathogenesis, diagnosis, treatment.

Слюнокаменная болезнь — заболевание одной или нескольких слюнных желез, при котором в их протоках или паренхиме образуются конкременты, препятствующие оттоку слюны [1].

Этиология образования слюнных камней недостаточно выяснена, однако часто данной патологии предшествуют следующие факторы: нарушение минерального обмена, гипо- и авитаминозы, воспалительный процесс в стенке протока, приводящий к сужению его просвета, осаждающиеся белковые скопления, являющиеся основой для образования слюнного камня, гипофункция паращитовидных желез и в ряде случаев – наследственность. В последнем случае на фоне врожденной патологии протоков слюнной железы развиваются застойные процессы, наблюдается ретенция продуцируемого железой секрета. Таким образом, происходит инфицирование клеток паренхимы неспецифической микрофлорой полости рта дуктогенным путем [1].

Согласно классификации А.В. Клементова все калькулезные сиаладениты делятся на:

1. Калькулезный сиаладенит с локализацией камня в протоке железы (поднижнечелюстной, околоушной, подъязычной) без клинических признаков воспаления, с хроническим воспалением и с обострением хронического воспаления в железе.

2. Калькулезный сиаладенит с локализацией камня в железе (поднижнечелюстной, околоушной, подъязычной) без клинических признаков воспаления, с хроническим воспалением и с обострением хронического воспаления в железе.

3. Хроническое воспаление в железе вследствие калькулезного сиаладенита (поднижнечелюстной, околоушной, подъязычной) после самопроизвольного отхождения камня или оперативного его удаления из протока [1].

Клиническая картина паренхиматозной формы:

В первые дни заболевание никак не проявляется. При клиническом осмотре лицо симметричное, кожные покровы физиологической окраски. Открывание рта свободное, 4,5 см. Слюнная железа в размерах не увеличена. Саливация в норме.

При прогрессировании заболевания появляются ощущение тяжести, припухлость железы, неприятный привкус во рту. Саливация уменьшается.

Клиническая картина интерстициальной формы:

Пациентов беспокоит незначительная болезненность в области воспаленной железы. В первые дни заболевания признаков секреторной недостаточности не наблюдается. При прогрессировании – увеличение железы в размерах, выраженная болезненность, а также снижение слуха. Пальпаторно - увеличение железы, она приобретает тестоватую консистенцию с гладкой или бугристой поверхностью. Саливация нарушена.

Клиническая картина протокового сиаладенита:

Непродолжительная болезненность появляется после острых продуктов. Из протока выделяется застойная слюна, неприятный привкус во рту. При клиническом обследовании - валикообразное утолщение по ходу выводного протока воспаленной железы. При пальпации - из устья выделяется обильное количество мутной слюны с примесью фибринозных включений [2].

Диагностика слюнокаменной болезни состоит из сбора анамнеза жизни и заболевания, клинического осмотра и дополнительных методов исследования, включающих сиалометрию, сиалографию, цитологический анализ продуцируемого секрета.

1. **Объективные данные:** в начальной фазе развития заболевания патологические признаки отсутствуют. На более поздних сроках появляется безболезненная припухлость в области воспаленной слюнной железы, поверхность ее становится шероховатой и бугристой. Появляется гипосаливация. При протоковом хроническом сиаладените обнаруживается неравномерное утолщение по ходу выводного протока.

2. **Цитологический анализ:** в начальной фазе заболевания в секрете выявляют незначительное количество слизи, присутствуют небольшие скопления лимфоцитов, клеток плоского и цилиндрического эпителия. Во время обострения в секрете повышается содержание слизи, увеличивается число нейтрофилов, бокаловидных клеток, лимфоцитов.

3. Рентгенография слюнных желез: при паренхиматозном сиалоадените с выявляются полости, заполненные контрастным веществом, просвет протоков сужен, контуры ровные, паренхима не определяется. При интерстициальном сиаладените обнаруживаются суженные протоки с неровными контурами. Паренхима железы не прослеживается [2].

Лечение патологии проводят двумя путями – консервативная терапия и хирургическое лечение.

Лечение калькулезного сиаладенита направлено в первую очередь на купирование воспалительного процесса, нормализацию саливации, предотвращение развития дегенеративных изменений в паренхиме и строме пораженной железы. Применяются антибактериальные и противовоспалительные средства. Протеолитические ферменты вместе с антибиотиками вводят также через выводной проток. Для снижения сенсibilизации применяются антигистаминные препараты, а для повышения защитных свойств организма - поливитаминные комплексы [3].

Хирургическое лечение же включает в себя следующие манипуляции:

Удаление конкрементов, нормализация оттока слюны, купирование воспалительных изменений, восстановление структуры и функций поднижнечелюстной слюнной железы – это основные задачи при лечении слюннокаменной болезни.

Способы удаления камней подразделяют на малоинвазивные и хирургические.

Консервативный метод лечение практически не эффективен и применяется, если конкремент незначительных размеров. Посредством назначения лекарственных препаратов можно стимулировать слюноотделение, в результате чего происходит выброс камней в полость рта. Дополнительно можно применять слюногонную диету и массаж железы.

Неинвазивный и малоинвазивный методы лечения основаны на дроблении конкремента за счет воздействия физическим фактором, после чего фрагменты

выходят из устья выводного протока. Удаление камня в данном случае происходит «закрытым» путем.

Все неинвазивные методы подразумевают наличие дорогостоящего оснащения и имеют определенный процент неудачных исходов лечения. Эти методы нуждаются в дальнейшем совершенствовании, так как удаление конкрементов происходит с сохранением железы.

Неинвазивные методы:

- Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия основана на ультразвуковых лито-триптерах. Применяют при размерах камня до 10 мм в диаметре с внутрижелезистой локализацией.

- Интракорпоральная ударно-волновая литотрипсия при которой используются специальные лазерные либо электро-гидравлические лито – трипперы. Применяется при расположении конкрементов в проксимальной части выводного протока.

- Так же существует эндоскопическое удаление камней слюнной железы. Суть метода заключается в удалении камней с помощью эндоскопических инструментов под контролем ультратонковолоконной оптики. Показано при незначительных размерах камней.

- Применяется также удаление конкремента с проведением баллонной дилатации протока.

Хирургический метод лечения слюннокаменной болезни остается основным решением удаления конкрементов, при расположении в выводном протоке или самой поднижнечелюстной железе.

Выбор тактики лечения зависит от размеров, формы, количества и расположения конкрементов. Состояние поднижнечелюстной слюнной железы на момент заболевания определяет характер операции. Так, хирургическое вмешательство может происходить с сохранением железы или с её удалением.

Операция с сохранением органа проводится внутриротовым способом. Цель - удаление конкрементов из протока и восстановление тока слюны.

Показанием для данной операции является расположение камня в дистальной или средней части выводного протока.

Удаление конкремента может проводиться под инфильтрационной местной анестезией или общим обезболиванием. После проведения анестезии в проток вводят металлический зонд, чтобы он служил ориентиром для поиска протока в ране. Производят разрез слизистой оболочки дна полости рта параллельно протоку. Тупым путем выделяют расширенный проток в ране, в котором находится слюнный зонд. Выделенный проток рассекают продольно над зондом и с помощью хирургического инструментария извлекают конкремент наружу.

Органосохраняющая операция заключается в полном удалении поднижнечелюстной слюнной железы. После удаления железы с конкрементами рекомендуют проводить дополнительное рассечение на всем протяжении части внежелезистого отдела выводного протока, с последующим сшиванием краев раны со слизистой оболочкой подъязычной области. Эти действия направлены на профилактику развития сиалодохита оставшейся части выводного протока. Необходимо строго определять показания для экстирпации поднижнечелюстной слюнной железы, и уделять внимание малоинвазивным методам лечения.

Удаление поднижнечелюстной слюнной железы не является ущербной для организма. Считается, что остальные слюнные железы могут выполнять работу удаленной поднижнечелюстной железы [4].

Библиографический список:

1. Хронический сиалoadенит. [Электронный ресурс]. URL: https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/chronic-sialadenitis#h2_2.
2. Андреева, Е. П. Клинико-морфологическое обоснование методов лечения слюннокаменной болезни: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. П. Андреева. Калинин, 1987. 20 с.

3. Слюнокаменная Болезнь-Клиника Диагностика Лечение.
[Электронный ресурс]. URL: <https://ohi-s.com/uchebnik-stomatologa/slunokamennayabolezn/>.

4. Бернадский, Ю. И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю. И. Бернадский. М.: Мед. лит., 2003. 456 с.