

7. Единый Ю.Г., Дзюрак В.С., Желтовская Н.И. Протеолизно-ионная теория патогенеза почечнокаменной болезни // Урология и нефрология. – 1989. – №6. – С. 37-40.
8. Забросаева Л.И., Козлов Н.Б. Биохимия слюны. Учебно-методическое пособие. – Смоленск, 1992. – 42 с.
9. Матина В.Н., Кораго А.А., Вероман В.Ю. Механизмы камнеобразования при слюннокаменной болезни (обзор литературы). // Стоматология. – 1993. – №1. – С. 73-74.
10. Павлов Б.Л., Шейнман В.Ю. Вопросы этиологии и патогенеза слюннокаменной болезни // Стоматология. – 1976. – №5. – С. 43-46.
11. Петрович Ю.А., Подорожная Р.П., Киченко С.М. Гематосаливарный барьер // Российский стоматологический журнал. – 2004. – №4.
12. Солнцев А.М., Колесов В.С., Колесова Н.А. Заболевания слюнных желез. – Киев: «Здоровья», 1991. – 310 с.
13. Угулава С.Н. Слюннокаменная болезнь. – Севастополь, 1960. – 135 с.
14. Худояров И. Слюннокаменная болезнь (Экспериментальное и клиническое исследование): Автореф. дисс. . канд. мед. наук. – Л., 1965. – 23 с.

УДК 616.316-003.7-07-08

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Дмитриенко Е.В., Шашкевич В.А.

МЛПУ «Стоматологическая поликлиника № 2»;

ОГУЗ «Смоленская областная клиническая стоматологическая поликлиника»

ALGORITHM OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF SIALOLITHIASIS

Dmitrienko E.V., Shashkevich V.A.

The Stomatological Out-Patient Department № 2;

The Smolensk District Stomatological Out-Patient Department

Слюннокаменная болезнь, по различным данным, составляет 40–60% всех заболеваний слюнных желез. Несмотря на наличие характерных клинических признаков этого заболевания, часто ставится ошибочный диагноз, следовательно, назначается неверное лечение. В статье изложен алгоритм диагностических мероприятий при слюннокаменной болезни, а также лечебная тактика в зависимости от характера течения и стадии заболевания.

According to different data sialolithiasis makes up 40–60% of all salivary glands impairments. In spite of characteristic clinic signs this disease is often misdiagnosed and so incorrect treatment is administered. Routine of diagnostic procedures in sialolithiasis and curative measures according to the character and stage of disease are described in the article.

В структуре патологии слюнных желез калькулезный сиаденит является наиболее распространенным заболеванием. По различным данным, он составляет 20–80% [4, 6].

В литературе уделяется достаточно много внимания данному вопросу, однако количество диагностических, а следовательно, и лечебно-тактических ошибок, допускаемых в поликлиниках при слюннокаменной болезни (СКБ), остается высоким.

Ошибки в диагностике допускаются главным образом из-за того, что клинические проявления данного заболевания переменны. Имеет значение и то, что больные обращаются за помощью не только к врачам-стоматологам, но и к врачам других специальностей, обладающим различным диапазоном знаний из области челюстно-лицевой хирургии. Чаще всего ставятся диагнозы лимфаденит, абсцессы челюстно-язычного желобка или подъязычной области, подчелюстная флегмона [2].

С клинической точки зрения наиболее удобной является классификация СКБ Н.Д. Лесовой [5].

1. По клиническому течению:

- скрытый период (без выраженных клинических признаков);
- с выраженными клиническими признаками;
- период обострения.

2. По локализации конкремента:

- во внутрижелезистом отделе;
- во внежелезистом отделе;
- во вне- и внутрижелезистом отделе одновременно.

Диагностика любого заболевания начинается с выяснения жалоб и анамнеза.

Начало заболевания протекает незаметно (от нескольких месяцев до нескольких лет), при осмотре пациента не обнаруживаются отклонения от нормы. Первые симптомы болезни появляются при нарушении оттока слюны во время приема пищи, особенно кислой или острой. Больные отмечают периодическое появление припухлости в области слюнной железы. Усиление болей во время еды связано с затруднением оттока слюны из-за наличия в протоке камня. После еды боль и припухлость в области железы постепенно уменьшаются. Такое состояние называется слюнной коликой.

Со временем изменения в железе нарастают: заболевание переходит в клинически выраженную и позднюю стадии, когда прослеживаются клинические признаки хронического сиаладенита. Подчелюстная слюнная железа увеличивается, становится плотной и болезненной.

Во время обострения заболевания, при присоединении инфекции повышается температура тела, наблюдаются признаки эндогенной интоксикации организма. При бимануальном исследовании проток слюнной железы прощупывается как плотный тяж, в котором иногда пальпируется слюнный камень в виде наиболее уплотненного участка. Устье протока обычно гиперемировано, и из него выделяется слюна с примесью гноя. Часто в челюстно-язычном желобке образуется свищ.

При СКБ поражается в основном поднижнечелюстная слюнная железа, однако конкременты могут обнаруживаться и в околоушной железе. Особенно калькулезного паротита: если камень находится в главном протоке железы, припухлость щечной области определяется не столько снаружи, сколько со стороны гиперемированной слизистой оболочки. Если же камень находится в толще паренхимы, железа бывает увеличена, боль иррадирует в ухо, висок, затылок, а со стороны слизистой оболочки рта гиперемия отмечается лишь около устья выводного протока, из которого выделяется густая слюна с примесью гноя.

Для проведения дифференциальной диагностики необходимо использовать основные и дополнительные методы исследования.

1. *Осмотр и пальпация* позволяют определить состояние кожных покровов в области слюнных желез, состояние устьев выводных протоков, наличие припухлости в области слюнной железы и ее протока, консистенцию и подвижность железы, характер и количество выделяющегося секрета.

2. *Зондирование протока* проводится с помощью специальных зондов или бужей и позволяет выявить камень и определить расстояние от устья до него. Зондирование следует проводить с осторожностью, чтобы не протолкнуть конкремент в дистальные отделы протока и не перфорировать его стенку.

3. В настоящее время основным методом диагностики СКБ является *рентгенологическое исследование*. При локализации камня в переднем отделе протока показана рентгенография дна полости рта, при нахождении его в заднем отделе протока или в поднижнечелюстной железе – рентгенография нижней челюсти в боковой проекции.

Для выявления конкремента в протоке околоушной железы делают рентгенографию лицевого скелета в прямой проекции обычным способом либо с введенным в проток контрастным веществом или инструментом. Также может применяться контактная рентгенография щеки. Нужно помнить, что конкременты не выявляются при малом их обызвествлении. Сиалографию в данном случае проводить нецелесообразно в связи с тем, что большинство больных обращаются в период обострения, когда проведение данного метода противопоказано.

4. При несоответствии клинических проявлений и данных рентгенографии для уточнения диагноза проводят *УЗИ железы*. Особую ценность этот метод представляет для обнаружения рентгенонегативных камней, т. к. выявление конкремента с помощью сиалосонаграфии не зависит от его минерального состава. Особую трудность представляет УЗИ мелких и множественных камней, когда «акустическая тень» малозаметна или отсутствует на экране.

Указанных диагностических приемов в условиях амбулаторного приема бывает достаточно не только для установления диагноза, но и для определения локализации конкремента.

Существуют и другие методы исследования слюнных желез, которые на практике применяются значительно реже. Диагностическая ценность *компьютерной томографии* слюнной железы для обнаружения конкремента приближается к 100%, поскольку позволяет определить пространственное расположение слюнного камня [7].

Для определения функционального состояния слюнных желез используют метод *сиалометрии* – количественного измерения слюны за определенный промежуток времени.

Кроме того, функцию железы можно оценить и с помощью *сиалосцинтиграфии*. Суть метода за-

ключается в измерении времени поглощения слюнной железой радиофармпрепарата из крови.

Лечение СКБ является довольно сложной задачей. Как правило, оно включает хирургическое вмешательство (удаление конкремента) и последующую противовоспалительную терапию. При этом решающее значение принадлежит оперативному воздействию [2, 4].

Консервативный метод лечения СКБ возможен при наличии конкрементов небольших размеров, расположенных вблизи устья выводного протока слюнной железы. Методика заключается в назначении больным веществ, стимулирующих слюноотделение, вследствие чего мелкие камни могут быть выброшены током слюны в полость рта.

Однако в преобладающем большинстве случаев необходимо хирургическое вмешательство. *Удаление конкремента* из протока целесообразно проводить под проводниковой анестезией, т. к. инфильтрация тканей раствором анестетика делает поиски камня более трудными [4]. Капсулу, окружающую камень, которая содержит иногда очаги обызвествления и покрыта изнутри папилломатозными разрастаниями эпителия, следует иссекать.

При выраженных воспалительных явлениях в области локализации камня и на протяжении протока возникают трудности при операции удаления конкремента. Пропальпировать камень при этом практически невозможно. В таких случаях необходимо принять меры для купирования острых воспалительных явлений (антибактериальная терапия, физиолечение: ЭП УВЧ-терапия, УЗ-терапия, МЛТ и пр., полоскания и т. д.), после чего удалить камень. После операции рану дренируют в течение 1–2 суток [3].

В последние годы предложен метод ударно-волновой литотрипсии, т. е. дробление слюнных камней с последующим выведением мелких фрагментов путем стимулирования слюноотделения [1].

При локализации камня в паренхиме железы единства мнений о методах хирургического лечения нет. Ряд исследователей [4, 5, 6] являются сторонни-

ками удаления камня вместе с железой ввиду опасности рецидивов, а также глубоких необратимых склеротических и атрофических процессов в тканях слюнной железы. Другие [1], напротив, считают, что экстирпация слюнной железы, которая имеет большую функциональную значимость для организма, не всегда оправданна. В связи с этим разработан ряд методик органосохраняющих операций на больших слюнных железах и их протоковой системе с применением микрохирургической техники. Однако органосохраняющие операции противопоказаны при:

- наличии выраженных признаков замещения железистой ткани соединительной тканью;
- выраженных рубцовых изменениях в тканях, окружающих слюнную железу и ее выводной проток;
- наличии множественных конкрементов в различных отделах протоковой системы одной железы.

Иной подход осуществляется при удалении камней из паренхимы околоушной железы. Здесь ограничиваются лишь удалением камней и (в крайнем случае) частичной резекцией железы.

Прогноз при СКБ для жизни является благоприятным. Серьезные опасности для здоровья представляет не столько СКБ, сколько различные ее осложнения. Важнейшими из них являются осложнения, связанные с течением воспалительного процесса в железе и окружающих ее мягких тканях, а также осложнения, связанные с проведенными оперативными вмешательствами. Среди них наиболее вероятные – формирование свища в подъязычной области, кровотечение, оставление камней в ране, потеря чувствительности и нарушение двигательной функции языка половины языка, парез краевой ветви лицевого нерва. Наблюдения ряда исследователей [2] показали, что в отдаленном периоде после удаления конкремента у 30% больных нередко происходило частичное или полное стриктурирование протока в области оперативного вмешательства либо возникал рецидив камнеобразования (30–40%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р., Мешков В.М., Брестовицкий С.М. Слюннокаменная болезнь: диагностика и лечение с использованием метода сиаполитотрипсии. – М., 2003. – 95 с.
2. Бернадский Ю.А. Основы хирургической стоматологии. – Киев: Вища школа, 1984.
3. Биберман Я.М. О некоторых особенностях удаления камней подчелюстной слюнной слюнной железы // Стоматология. – 1958. – № 1. – С. 44-48.
4. Клементов А.В. Болезни слюнных желез. – Л.: Медицина, 1975. – 112 с.
5. Лесовая Н.Д. Клиника и течение слюннокаменной болезни подчелюстных слюнных желез. (Топографо-анатомическое и клиническое и клиническое исследование): Автореф. дисс. д.м.н. – Киев, 1972. – 28 с.
6. Угулава С.Н. Слюннокаменная болезнь. – Севастополь, 1960.
7. Юдин Л.А., Кондрашин С.А. Лучевая диагностика заболеваний слюнных желез. – М.: ВИДАР, 1995.
8. Tohda H., Yamakura K., Yanagisawa T. High-resolution electron microscopic study of salivary calculus // J. Electron. Microsc. – 1995, 44(5). – P. 399-404.