

УДК 616.316-003.7-092

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Дмитриенко Е.В., Забелин А.С.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

MODERN CONCEPTS OF SIALOLITHIASIS PATHOGENESIS (LITERATURE REVIEW)

Dmitrienko E.V., Zabelin A.S.

The Smolensk State Medical Academy

В работе представлены современные данные о местных и общих факторах, способствующих образованию конкрементов в слюнных железах и их протоках. Авторы считают, что наиболее обоснованной является протеолизно-ионная теория патогенеза слюннокаменной болезни.

Ключевые слова: слюннокаменная болезнь, патогенез.

Modern data on local and general factors contributing to concrement formation in the salivary glands and their ducts are presented in the work. Authors consider ionic proteolysis theory of sialolithiasis pathogenesis to be the most reasonable.

Key words: sialolithiasis, pathogenesis.

Слюннокаменная болезнь (СКБ), или сиалолитиаз, часто встречается среди заболеваний слюнных желез и, по различным данным отечественных и зарубежных авторов, составляет от 40 до 60% всех заболеваний слюнных желез. Несмотря на большое число исследований по изучению этого заболевания, количество диагностических (а следовательно, и лечебно-тактических) ошибок остается достаточно высоким. Кроме того, лечение этого заболевания сводится, как правило, к хирургическому вмешательству и купированию острых воспалительных явлений в пораженной железе, а проблеме профилактики рецидива камнеобразования не уделяется должного внимания.

Вопрос о механизмах образования конкрементов в слюнных железах и их протоках хотя и имеет давнюю историю, до настоящего времени остается дискуссионным. Существует множество предположений о причинах возникновения слюнных камней (СК), однако ни одна из теорий не дает окончательного ответа.

Большинство исследователей выделяют *общие и местные факторы*, способствующие образованию конкремента.

Из *общих факторов* придают значение нарушениям минерального обмена, гипо- или авитаминозу А. Установлено, что слюннокаменная болезнь в большинстве случаев развивается на фоне разнообразных заболеваний внутренних органов и систем, сопровождающихся нарушениями фосфорно-кальциевого обмена [3, 4]. В результате этого в тканях слюнных

желез и, вероятно, других органов формируются белково-углеводные и фосфорно-кальциевые соединения, которые могут явиться предшественниками микролитов. В области расположения микролитов (при наличии индивидуальных анатомических особенностей либо других местных причин) создаются ретенционные пункты, где благодаря отложению солей и происходит рост камня [10]. В пользу нарушений минерального обмена говорит и тот факт, что достаточно часто наряду со СК у больных выявляются конкременты в желчных и мочевыводящих путях. Г.В. Мартынов (2000) предлагает ввести понятие «первично множественный биолитиаз».

В развитии СКБ может играть существенную роль недостаток витамина А в организме. И. Худояров (1965), предложив А-авитаминную диету в эксперименте, отметил армирование микролитов в слюнных железах у крыс.

Определенное значение имеют характер пищи и состав питьевой воды, влияющие на изменения электролитного состава и pH слюны. Основу слюны составляют мицеллы, связывающие большое количество воды, ионов кальция и гидрофосфата. При этом имеется зависимость между структурой мицелл слюны и ее минерализующими свойствами. Изменение pH в любую сторону от среднефизиологических значений снижает устойчивость коллоидных мицелл [8].

Достаточно широкое признание получила точка зрения о важной роли в образовании СК микробного фактора [9, 10]. Особая роль отводится актиномице-

там, разлагающим слюнной протеин и обуславливающим отложение солей. Протоки слюнных желез постоянно инфицируются со стороны полости рта, но образование СК не является столь частым, как этого можно было бы ожидать. Следовательно, необходимы еще дополнительные условия, способствующие и ускоряющие камнеобразование в слюнных железах.

Большое влияние на образование СК, по мнению ряда авторов, оказывают воспалительные процессы в протоках железы. В результате воспаления наблюдаются застойные явления, вызываемые скоплением слущенных клеток эпителия, лейкоцитов, волокон фибрина и образованием т. н. слюнного тромба. А.В. Клементов (1960) считает, что хронический протоковый сиаладенит является причиной образования геля, который, кристаллизуясь, превращается в камень.

По мнению А.Б. Денисова и соавт. (1996), образование минеральных конкреций в слюнных железах является обычным явлением. В ацинарных клетках в 80% случаев авторы выявили микрокамни размером 25 мк, состоявшие из ионов кальция и обломков клеточных мембран. При нарушении оттока слюны эти микрокамни могли остаться внутри протока и в дальнейшем вызвать местную обструкцию. По мнению автора, редкое образование конкрементов в околоушных слюнных железах связано с тем, что в ее секрете содержится статхерин, который является мощным ингибитором осаждения фосфата кальция из слюны.

Предлагалась рефлекторная теория образования СК, согласно которой в основе СКБ лежит нарушение иннервации слюнной железы, в результате чего происходит стойкое расширение протоков, нарушение слюнооттока, присоединение инфекции и образование СК (Decaume M., Bonneau M., Payen I., 2001).

В последние годы было установлено, что СКБ развивается на фоне врожденной патологии слюнных желез в виде эктазий и стриктур протоковой системы. Эти нарушения обнаруживаются не только в железе, пораженной камнем, но и в других слюнных

железах одного и того же человека. В связи с этим было высказано предположение, что главной причиной развития СКБ, а не ее следствием, как считали раньше, является врожденное расширение протоков [3]. Кроме того, в поднижнечелюстном протоке могут выявляться аномалии в виде истинного дивертикула его стенки, который является местом образования СК [1]. Помимо наличия врожденных изменений протоковой системы для образования конкремента, по мнению этих авторов, необходимо наличие особой анатомической формы околоушного или поднижнечелюстного протоков в виде ломаной линии с резкими изгибами.

В.Н. Матина и соавт. (1993) считают, что механизмы камнеобразования мочевых, желчных и слюнных камней во многом схожи. В этой связи, на наш взгляд, представляет интерес протеолизно-ионная теория патогенеза почечнокаменной болезни (Единый Ю.Г., Дзюрак В.С., 1999), согласно которой для камнеобразования необходимо одновременное присутствие двух факторов: оптимального для седиментации камнеобразующих солей значения pH и низкого уровня протеолиза мочи. При недостаточности протеолиза образуется гель, из которого возникает матрица мочевых камней с последующим развитием почечнокаменной болезни. Возможно, подобные процессы могут иметь место и в протоках слюнных желез.

Важную роль в возникновении СК имеет состояние гематосаливарного барьера, изменения со стороны которого могут способствовать проникновению ряда веществ в просвет ацинусов железы и нарушению равновесия между компонентами ее секрета [11]. Однако эта точка зрения нуждается в дальнейшем изучении.

В настоящее время большинство авторов полагают, что развитию СКБ способствует не одна, а, как правило, целый ряд причин. Мнения расходятся только в выделении главной причины заболевания. К сожалению, на сегодняшний день мы не имеем единой теории, объясняющей процессы камнеобразования при СКБ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р. Дивертикулы протоков поднижнечелюстной слюнной железы //Стоматология. – 2004. – №5. – С. 31-33.
2. Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р., Мешков В.М., Брестовицкий С.М. Слюннокаменная болезнь: диагностика и лечение с использованием метода сиалолитотрипсии. – М., 2003. – 95с.
3. Афанасьев В.В., Никифоров В.С. Этиология слюннокаменной болезни //Стоматология. – 1999. – №5. – С. 39-41.
4. Афанасьев В.В., Юдин Л.А., Щипский А.В., Кондрашин С.А. К вопросу об этиологии слюннокаменной болезни //Стоматология. – 1999. – №4. – С. 28-29.
5. Бернадский Ю.А. Основы хирургической стоматологии. – Киев: «Вища школа», 1984.
6. Денисов А.Б. Слюнные железы. Слюна. – М., 2000. – 246 с.

7. Единый Ю.Г., Дзюрак В.С., Желтовская Н.И. Протеолитно-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 слюннокамменной болезни (обзор литературы). // Стоматология. – 1993. – №1. – С. 73-74.
10. Павлов Б.Л., Шейнман В.Ю. Вопросы этиологии и патогенеза слюннокамменной 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. Слюннокамменная болезнь. – Севастополь, 1960. – 135 с.
14. Худояров И. Слюннокамменная 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 SALIVOLITHIASIS

Dmitrienko E.V., Shashkevich V.A.

The Stomatological Out-Patient Department № 2;

The Smolensk District Stomatological Out-Patient Department

Слюннокамменная 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 слюннокамменной 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 слюннокамменной болезни (СКБ), остается высоким.

Ошибки в диагностике допускаются главным образом из-за того, что клинические проявления данного заболевания вариабельны. 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].