

ЛЕКЦИЯ : СЛЮННОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. ЭТИОЛОГИЯ,  
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ. ФИСТУЛЫ  
СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ. ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА,  
ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ.

**ЛЕКЦИЯ : СЛЮННОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ. ФИСТУЛЫ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ. ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ – 2 часа**

**1.Актуальность темы. Обоснование темы.**

Слюннокаменная болезнь (калькулезный сиаловденит) является одним из наиболее часто встречающихся патологических процессов, поражающих слюнные железы. По данным Н.Д.Лесовой (1955) это заболевание встречается у 61,1%, по данным А.М.Солнцева, А.А.Колесова (1991) – у 27,5%. Наиболее часто поражается поднижнечелюстная железа. Так, И.Ф.Ромачева с соавт. (1987) обнаружили калькулезный субмаксиллит у 25,4%, а калькулезный паротит – у 4,6% больных. Частым осложнением травм и воспалительных заболеваний слюнных желез может быть формирование слюнных свищей.

**2.Цели лекции:**

- учебная – изложить этиологию, классификацию, клиническую картину, методы диагностики и принципы хирургического лечения при локализации слюнного камня в выводных протоках и железистой части, а также этиологию, классификацию, клинику, диагностику и хирургические методы лечения.
- Воспитательные – Ознакомить студентов с достижениями кафедры (А.Ф.Коваленко, Л.Д.Чулак) по проблеме «Заболевания слюнных желез».

**3.План и организационная структура лекции**

Основные этапы лекции и их содержание	Цели в уровнях абстракции	Тип лекции, оснащение лекции	Распределение времени (в мин.)
<i>Подготовительный этап</i>			
1.Определение учебных целей	1		2
2.Обеспечение позитивной мотивации	1		2
<i>Основной этап</i>			
3.Изложение лекционного материала. План:		Схемы, таблицы, кинофильм	
1)Статистические данные о частоте слюнно-каменной болезни	1		5
2)Классификация	II		5
3)Принципы и механизмы образования слюнных камней	II		5
4)Гистологические изменения в слюнных железах при слюнно-каменной болезни	II		5
5)Морфология и химический состав камней	III		5

6)Клиника калькулезного субмассилита с локализацией камня в выводном протоке	Ш		5
7)Клиника калькулезного субмассилита с локализацией камня в железистой част протока	Ш		10
8)Клиника калькулезного паротита	Ш		5
9)Хирургические методы лечения слюно-каменной болезни	Ш		5
10)Этиология образования слюнных свищей	Ш		5
11)Классификация	Ш		2
12)Клиника	Ш		3
13)Хирургические методы устранения	П		20
Заключительный этап			2
4.Резюме лекции, общие выводы			2
5.Ответы лектора на возможные вопросы			1
6.Задания для самоподготовки студента		Список литературы, вопросы, задания	

#### **4.Содержание лекционного материала**

- структурно-логическая схема содержания темы
- текст лекции.

Слюнно-каменная болезнь – сиалолитиазис, калькулезный сиалoadенит характеризуется образованием камней в протоках слюнных желез.

Сведения о заболевании слюнных желез имеет многовековую давность и врачи прошлого в меру знаний своего времени осуществляли лечение этих заболеваний. Локализация конкрементов в области слюнных желез была известна еще во времена Гиппократa, на что имеются указания в его сочинениях.

Первое описание камней в полости рта дал в 1556 г. Амбруаз Паре, удаливший оперативным путем камни у двух больных со дна полости. Название «слюнные камни» исходит от Шерера (1737).

В 1855 г. Клосмадеус опубликовал первую диссертацию «О слюнных камнях». В г.Одессе вышла докторская диссертация В.П.Снежко «Клиника слюннокаменной болезни» в 1944 г.

Вопрос этиологии и патогенеза слюннокаменной болезни до сих пор окончательно не решен.

Впервые в отечественной литературе вопрос об этиологии и патогенезе слюннокаменной болезни впервые представлен В.А.Басовым (1851), который, разбирая детально вопрос о происхождении и механизме образования камней в организме человека, приходит к выводу, что причиной образования слюнных камней является не только застой слюны и ее сгущение, но также и изменение ее химического состава, повышение содержания фосфорнокислых солей и другие общие причины.

В настоящее время сведения о причинах образования слюнных камней значительно расширились. В возникновении слюннокаменной болезни большую роль

играют следующие факторы: нарушение минерального (кальциевого) обмена; гипо- и авитаминозы; сужение просвета протока за счет воспалительного процесса в его стенке и отторжение клеточных элементов, которые являются ядром образования конкремента; осаждающиеся белковые скопления, которые являются основой для образования слюнного камня, гипотрофия параситовидных желез и даже наследственность.

Слюннокаменная болезнь (калькулезный сиалоаденит), является одним из наиболее часто встречающихся патологических процессов, поражающих слюнные железы. По данным Н.Д.Лесовой (1955) это заболевание встречается в 61,1% больных от всех неопухолевых болезней слюнных желез, по А.В.Клементову (1960) у 51,6%, по В.С.Коваленко (1970) – у 78%, по А.М.Солнцева, А.М.Колесову (1991) – у 27,5%.

Наиболее часто поражаются поднижнечелюстные железы. В.Ф.Коваленко (1970) выявила, что калькулезный субмаксиллит составляет 78,1% всех воспалительных заболеваний поднижнечелюстных желез, а калькулезный паротит – 2,4% от общего числа калькулезных сиаловденитов. И.Ф.Ромачева с соавт. (1987) обнаружили калькулезный субмаксиллит у 95,4%, а калькулезный паротит – у 46%. Слюнных камней в подъязычной железе мы в своей работе не наблюдали. С.Г.Безруков (1988) обнаружили слюнный камень в подъязычной и малых слюнных железах слизистой оболочки губ и щек.

Калькулезный сиалоаденит одинаково часто наблюдается у мужчин и женщин. По данным И.Ф.Ромачевой с соавт. (1987), они наблюдали это заболевание у больных в возрасте от 12 до 80 лет. Большинство больных было в возрасте 30-40 лет. Дети болеют слюннокаменной болезнью крайне редко.

В связи с многообразием клинических проявлений слюннокаменной болезни существует большое количество классификаций этого заболевания. В основу одних положена локализация слюнного камня (В.С.Коваленко, 1970 и др.), в основу других – воспалительный процесс в железе (Н.Д.Лесовая, Н.Ф.Пшеничный, 1965). Наиболее приемлемой в практической деятельности является классификация калькулезного сиалоаденита, которая была предложена А.В.Клементовым (1960)

Согласно этой классификации все калькулезные сиалоадениты делятся на три группы:

1. Слюннокаменная болезнь с локализацией камня в протоке железы:

- 1) подчелюстной
- 2) околоушной
- 3) подъязычной
  - а) без клинических проявлений воспаления в железе
  - б) с хроническим воспалением железы
  - в) с обострением хронического воспаления железы

2. Слюннокаменная болезнь с локализацией камня в железе:

- 1) подчелюстной
- 2) околоушной
- 3) подъязычной
  - а) без клинических проявлений воспаления в железе
  - б) с хроническим воспалением железы
  - в) с обострением хронического воспаления железы

3. Хроническое воспаление железы на почве слюннокаменной болезни

- 1) подчелюстной
- 2) околоушной
- 3) подъязычной
  - а) после самопроизвольного отхождения камня

б) после оперативного удаления камня из протока

Химический состав камней. По данным большинства авторов, химический состав слюнных камней является довольно постоянным. В своем составе слюнные камни имеют органические и минеральные вещества с преобладанием последних. Органическая основа камней составляет 25-30%. Неорганические соли представлены в виде фосфорнокислого и углекислого кальция, следов магния, железа, натрия, марганца, кремния, калия, свинца.

**Морфология камней.** Форма и величина камней весьма разнообразны и зависят от локализации камня (проток или железа) и от их количества. По форме камни, образующиеся в протоках, бывают продолговатыми, в железах – круглыми или овальными. Величина камней колеблется от просяного зерна до куриного яйца. Множественные камни обычно бывают мелкими по сравнению с одиночными.

Цвет слюнных камней обычно желтый с различными оттенками, чаще – серыми. Отдельными авторами описаны редкие оттенки цвета: красноватый, зеленоватый, бурый, коричневатый.

Поверхность слюнных камней преимущественно шероховатая иногда с наслоениями или ноздреватая редко – гладкая. Камни, находящиеся в железе, имеют более шероховатую поверхность, а в протоках – более гладкую.

Многие наблюдали на поверхности слюнных камней, удаленных из выводных протоков, желобки или каналы, пронизывающие слюнные камни, по которым происходит отток слюны из железы в полость рта.

На распиле слюнные камни имеют концентрическую слоистость.

Некоторыми авторами в центре слюнного камня обнаружены инородные тела в виде ядра: кусочек скорлупы от подсолнуха, есть ость хлебного злака, травинка, металлическая окалина, рыба кость, кусочек дерева, виноградная косточка.

Гистологические изменения в слюнных железах при слюннокаменной болезни.

Сопоставление данных гистологического исследования с клиническими показывает что между патологическими изменениями и клиническим течением болезни существует определенная взаимосвязь. Характер и степень изменений слюнных желез находится в прямой зависимости от локализации слюнного камня, длительности заболевания и наличия в анамнезе обострения хронического воспаления.

При слюннокаменной болезни в железах отмечается два параллельно идущих процесса. С одной стороны отмечается изменения эпителиального компонента (паренхимы) железы от незначительного расширения выводных протоков до полной атрофии железистой ткани. С другой стороны наряду с этим процессом отмечается развитие в соединительной ткани воспалительных изменений, приводящих к разрастанию, а затем и к склерозу междолевой и внутридолевой соединительной ткани, которая всегда инфильтрирована лимфоцитами. В наиболее тяжелых случаях отмечается почти полная атрофия железистой ткани до склероза или замещение ее жировой тканью.

Общими для всех форм слюннокаменной болезни являются атрофические изменения паренхимы железы и явления хронического воспаления соединительной ткани.

**Клиника.** Во многом определяется локализацией и размерами слюнного камня. По данным И.Ф.Ромачевой с соавт. (1987), камень в протоке встречается в 2,9 раза чаще, чем в железе.

Наиболее часто больные слюннокаменной болезнью обращаются к врачу в первые 6 месяцев после начала заболевания, но возможно и обращение через 15 лет.

В начальной стадии слюнокаменная болезнь некоторое время протекает бессимптомно, и камень при этом обнаруживается случайно при рентгенологическом обследовании больного по поводу какого-то одонтогенного заболевания. У больных этой группы основным является симптом задержки выделения секрета. Ретенция секрета возникает при локализации камня в поднижнечелюстном, околоушном протоке или железе. Обычно во время еды наступает увеличение слюнной железы, возникает ощущение ее распираания, затем появляются боли, носящие название «слюнная колика». Эти явления сохраняются несколько минут или часов и постепенно исчезают, но повторяются во время следующего приема пищи, а иногда даже при мысли о еде. В некоторых случаях болевые ощущения в течение нескольких дней, месяцев или лет не возобновляются. В этот период из протока выделяется неизменная слюна. При внешнем осмотре больных лишь иногда определяется некоторое увеличение пораженной слюнной железы. Однако этот признак непостоянен.

Увеличенная железа при пальпации безболезненная и мягкая. При расположении камня в железе определяется участок уплотнения. Проводя бимануальную пальпацию по ходу нижнечелюстного протока, можно обнаружить небольшое ограниченное уплотнение (камень).

При нарастании воспалительных явлений заболевание переходит в свою вторую стадию – клинически выраженного воспаления, когда кроме ретенции слюны, возникают признаки обострения хронического сиалоаденита. Обострение сиалоаденита при наличии камня в протоке или железе у некоторых больных может быть первым проявлением заболевания, так как камень не всегда создает препятствие для оттока слюны и симптома «слюнной колики» не бывает.

При конкременте поднижнечелюстной железы появляются тянущие боли в поднижнечелюстной области, отдающие в корень языка или ухо, и болезненное глотание. При камне околоушной железы – чувство распираания в околоушно-жевательной и позадичелюстной областях. При локализации камня в протоке первичные признаки воспаления возникают по ходу его, а затем в процесс вовлекается железа. Больные жалуются на появление болезненной припухлости в подъязычной или щечной областях, затрудненный прием пищи, повышение температуры тела и общее недомогание.

При внешнем осмотре обнаруживается припухание в области соответствующей железы. При пальпации определяется резкая болезненность области железы. Иногда наблюдаются явления периодонтита, при этом в окружности железы возникают разлитая припухлость. При осмотре полости рта определяется гиперемия слизистой оболочки подъязычной или щечной областей в соответствующей стороне, при пальпации можно определить плотный болезненный инфильтрат по ходу протока. При бимануальной пальпации проток прощупывается в виде тяжа. В результате значительной инфильтрации стенок протока не всегда можно пальпаторно установить в нем наличие камня. Лишь по ходу протока на месте расположения конкремента обнаруживается более уплотненный болезненный участок. При надавливании на железу или пальпации протока, особенно после зондирования его, из устья часто в значительном количестве выделяется слизистогнойная жидкость или густой гной. В некоторых случаях отделяемого из протока получить не удается. Исследования секреторной функции поднижнечелюстных желез после стихания острых воспалительных явлений указывает на значительное ее снижение. Цитологическая картина мазка секрета характеризуется обильным количеством нейтрофилов в различных стадиях дегенерации, ретикулоэндотелиальными клетками, макрофагами, моноцитами, а также небольшим количеством эозинофилов, лимфоцитов, плазматических клеток. Иногда находят клетки цилиндрического эпителия, нити мицелия лучистого грибка.

После противовоспалительной терапии наблюдавшиеся явления на протяжении нескольких дней стихают. Слюноотделение восстанавливается, припухлость исчезает, явления воспаления стихают. Нередко гнойное воспаление в протоках приводит к абсцедированию в области расположения камня, самопроизвольному вскрытию абсцесса или выделению с гноем камня или смещению последнего в прилежащие мягкие ткани.

С каждым обострением процесса изменения в железе нарастают, и заболевание переходит в позднюю стадию, в которой выражены клинические признаки хронического воспаления. Больные жалуются на постоянную припухлость в области слюнной железы, слизисто-гнойное отделяемое из протока. Редко имеют место признаки «слюнной колики», иногда в анамнезе отмечаются неоднократные воспаления.

В некоторых случаях уплотнение железы возникает постепенно, без повторного обострения и ретенции слюны. Обычно эти больные, заметив припухлость в области железы, или ощутив неприятный привкус во рту (слюна с гноем) обращаются к врачу. При осмотре можно установить ограниченную пределами железы плотную припухлость, безболезненную при пальпации. При массировании из выводного протока выделяется слизистый секрет с гнойными включениями, устье протока расширено. При исследовании секреторной функции определяется ее снижение.

**Диагностика.** Слюннокаменную болезнь можно распознать на основании характерных данных, анамнеза, результатов осмотра и пальпации. Однако наличие камня и его локализация необходимо подтвердить при рентгенологическом исследовании. На рентгенограмме дна полости рта обычно хорошо выявляются камни переднего и среднего отдела поднижнечелюстного протока. В некоторых случаях трудно определить конкремент около устья протока вследствие наложения тени камня на изображение тела нижней челюсти.

Камень дистального отдела поднижнечелюстного протока и железы хорошо определяются на рентгеновском снимке, выполненном при укладке больного Коваленко. Камень в железе может быть обнаружен на снимке нижней челюсти в боковой проекции.

Камень околоушной железы можно определить при рентгенографии в передней прямой проекции черепа. Камень околоушного протока в боковой проекции черепа или на внутриротовом снимке через мягкие ткани щеки. Рентгеновские снимки при диагностике слюнных камней должен быть мягким, так как камень может быть малоконтрастным или не выявляться.

При некоторых заболеваниях (кавернозная гемангиома, туберкулезный лимфаденит) локализующихся в пределах тканей слюнных желез, могут наблюдаться нетрифицированные образования, которые на основании рентгенограммы иногда определяют как слюнные камни. В таких случаях избежать ошибки помогает сиалография, при которой видно, что все нетрифицированные образования расположены вне протока железы.

Слюннокаменную болезнь следует дифференцировать от хронического сиалоаденита некалькулезного происхождения, сиалоаденита, вызванного внедрением в протокол железы инородного тела, лимфаденита, одонтогенного абсцесса челюстно-язычного желобка, новообразования .

Лечение больных слюннокаменной болезнью зависит от стадии воспалительного процесса, наличия обострения сиалоаденита. При обострении калькулезного сиалоаденита показано такое же лечение, как и при остром сиалоадените, однако у некоторых больных успех консервативной терапии определяется степенью обтурации протока конкрементом.

Если из устья протока слюнной железы нет отделяемого, и консервативная терапия не приводит к улучшению состояния больного, то следует вскрыть проток над

камнем, при этом камень может выделяться самопроизвольно. Если имеются клинические признаки абсцедирования в области расположения камня, то необходимо вскрыть абсцесс и удалить камень. При тяжелом прогрессирующем воспалении лечение производят в стационаре.

В хронической фазе калькулезного сиалоаденита показано удаление камня из протока или железы, а при невозможности этого или при рубцовом изменении в железе экскохлеация нижнечелюстной железы.

При удалении камня из протока его следует прошить и перевязать на время операции удаления камня, дистально от места его локализации во избежание его смещения.

Реабилитация больных слюннокаменной болезнью после хирургического лечения. Лечение может считаться успешным и законченным при полном или частичном восстановлении функции железы. Больные слюннокаменной болезнью через 6 месяцев и 1 год нуждаются в контрольном осмотре для определения состояния слюнной железы. Об этом можно судить на основании оценки секреторной функции и результатов цитологического исследования. Путем сиалографии определяют изменения, происходящие в железу после удаления слюнного камня.

После удаления камня больному следует усилить саливацию путем назначения пилокарпина или галантамина во избежание рубцевания протока.

### ***Свищи слюнных желез***

Наиболее частой причиной образования слюнных свищей в основном околоушной железы, является повреждение (неогнестрельные и огнестрельные) а также операционные травмы при удалении опухолей слюнных желез. Кроме того, они могут возникнуть после воспалительных заболеваний слюнных желез.

Различают наружные свищи, при которых слюна выделяется через отверстия, расположенные в области кожных покровов, и внутренние, когда устье его открывается на поверхности слизистой оболочки рта. Наличие внутреннего открывающегося в рот слюнного свища не вызывает никаких расстройств и не требует лечения.

Различают полные и неполные слюнные свищи. Полные слюнные свищи образуются в результате пересечения или разрыва внежелезистого или внутрижелезистого выводного протока. При полном свище слюна выделяется из поврежденной части железы только через наружный свищ, а связь поврежденного участка железы с другими ее отделами отсутствует. Неполный слюнный свищ возникает при повреждении (дефекте) стенки внежелезистого или внутрижелезистого протока. Под свищами протока понимают свищи внежелезистой части протока, а под свищами паренхимы – свищи внутрижелезистых протоков, т.е. внутри долек железы.

Наружный слюнный свищ доставляет больным большие страдания, так как кожа боковых отделов лица и шеи постоянно смачивается вытекающей из него слюной, происходит мацерация кожи, возникает дерматит.

Обычно при свищах паренхимы околоушной железы на коже впереди от ушной раковины, иногда ниже мочки уха или других участков в пределах анатомических границ железы определяется точечное отверстие, из которого выделяется прозрачная жидкость. Свищ этот имеет короткий ход и идет в направлении тканей железы.

Для полного свища железы (железистой части протока) характерно выделение небольшого количества секрета. В промежутках между приемами пищи выделений из свища не наблюдается или они бывают ничтожны, во время же приема пищи жидкость из



свища может вытекать каплями. При неполных свищах выделения из свища могут быть и обильными.

Расположение отверстий на коже щеки в области жевательной мышцы или впереди от нее выделение значительного количества слюны характерны для полного свища внежелезистой части протока. Если при этом не выделяется слюна из устьев протока, то это характерно для полного свища внежелезистой части (главного протока) протока.

Для определения характера свища, связи его с выводным протоком железы, кроме зондирования, применяется введение в свищ, а также в проток железы через его устье окрашенной жидкости (водный раствор метиленовой синьки).

Однако наиболее полное представление о характере расположения свища дает сиалогграфия. Путем сиалогграфии можно установить характер свища (полный или неполный), связь его с определенными участками (дольками) железы или главным протоком, состоянием участков железы, связанных со слюнными свищами, а также с выводным протоком.