

Глава 8

СЛЮННОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Синонимы: калькулезный сиаладенит, сиалолитиазис.

СКБ известна с давних пор, когда Гиппократ связывал ее с подагрой. Термин «слюннокаменная болезнь» ввел Л.П. Лазаревич (1930), так как считал процесс образования камней в СЖ болезнью.

Ранее СКБ считали редким заболеванием. В последние годы установлено, что СКБ — наиболее распространенное заболевание среди всей патологии СЖ, на ее долю, по данным разных авторов, приходится 30–78%.

Наиболее часто камень локализуется в ПЧСЖ (90–95%), реже — ОУСЖ (5–8%). Очень редко образование камня наблюдают в подъязычной или малой СЖ.

Различия частоты встречаемости СКБ по половому признаку не отмечено, в то же время болезнь наблюдают в 3 раза чаще у жителей городов, чем у сельского населения. Дети болеют редко.

8.1. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

СКБ — полиэтиологическое заболевание. В настоящее время известны отдельные звенья ее патогенеза. Как известно, в норме в СЖ происходит постоянное образование микросиалолитов, которые с током слюны свободно вымываются в полость рта.

В основе камнеобразования (Афанасьев В.В., 1993) лежат наличие врожденных изменений в СЖ по типу локального расширения (эктазии) протоков различного калибра и особая топография главного протока в виде «ломанной прямой» с резкими изгибами, в которых формируется конкремент. В этих расширенных участках протоков при нарушении секреторной активности СЖ по типу гипосиалии скапливается и задерживается слюна с микрокамнями. В качестве дополнительных факторов, способствующих образованию слюннокамня и приводящих к росту конкремента, считают:

- нарушение минерального обмена, главным образом, фосфорно-кальциевого;
- гипо- или авитаминоз А;
- внедрение бактерий, актиномицетов или инородных тел в проток СЖ;
- длительно существующий хронический сиаладенит.

Тем не менее все перечисленные причины не могут привести к образованию камня, если отсутствует для этого морфологическая предпосылка — врожденная эктазия протока.

Редкое образование камня в ОУСЖ связано с тем, что в ее секрете содержится статхерин, который является ингибитором осаждения из слюны фосфата кальция.

Слюнные камни, как и все органоминеральные агрегаты в организме человека, состоят из минеральных и органических веществ; органическое вещество преобладает, составляя до 75–90% общей массы. В аминокислотном составе органической составляющей слюнных камней заметно преобладают аланин, глутаминовая кислота, глицин, серин и треонин. Такой состав органической составляющей в целом подобен таковой в зубных камнях. В центре камня часто имеется ядро, представленное органическим веществом, слюнными тромбами, слущенным эпителием протоков, актиномицетами, скоплением лейкоцитов. Иногда таким ядром служат и инородные тела. Ядро камня окружено веществом слоистого (пластинчатого) строения, в котором находятся сферические тела. Возникновение слоистости в слюнных камнях может быть связано с суточными, месячными, сезонными и другими ритмами организма человека.

8.2. КЛАССИФИКАЦИЯ

В клинической практике наиболее удобна классификация, предложенная И.Ф. Ромачевой (1973). Автор выделил три стадии развития болезни (рис. 8.1):

- **начальная**, протекающая без клинических признаков воспаления;
- **клинически выраженная**, протекающая с периодическим обострением сиа-ладенита;
- **поздняя**, протекающая с выраженными симптомами хронического воспаления.

Каждая стадия определяется особенностью клинической картины и результатами дополнительных методов исследования. Особое внимание уделяют функциональному состоянию СЖ и выраженности патоморфологических изменений в ней.

8.3. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Зависит от стадии заболевания, формы и локализации слюнных камней, состояния организма и других факторов.

Основные и характерные симптомы СКБ — боль и припухание в области пораженной СЖ во время еды или при виде острой и соленой пищи, этот симптом называют «слюнной коликой». Болевой симптом — ведущий в клинической картине болезни. В литературе описан случай попытки суицида из-за боли, возникавшей у пациента.

В зависимости от расположения, формы и степени подвижности камня боль может иметь разнообразный характер. Если камень неподвижен и не пре-

пятствует оттоку слюны за счет наличия на его поверхности одного или нескольких желобков, боли может и не быть. Такой камень принято называть «немым».

В **начальной стадии** СКБ на протяжении длительного периода времени заболевание развивается бессимптомно. Камень при этом обнаруживают случайно при рентгенологическом обследовании пациента по поводу какого-либо одонтогенного заболевания. Первые симптомы болезни появляются при нарушении оттока слюны во время приема пищи, особенно кислой и острой (симптом «слюнной колики»). Больные отмечают периодическое появление плотной, болезненной припухлости в области СЖ, пораженной камнем (рис. 8.2). Появление боли во время еды связано с растяжением протоков СЖ из-за их обтурации камнем, препятствующим выходу слюны в полость рта. После еды боль и припухлость постепенно стихают, а в полость рта выделяется секрет солоноватого вкуса.

Иногда боль носит приступообразный характер и не зависит от приема пищи. Слюнная колика может быть различной интенсивности.

Ретенцию секрета наблюдают при локализации камня в поднижнечелюстном и околоушном протоках или во внутрижелезистых отделах протоков. Задержка секрета длится от несколько минут до нескольких часов и даже суток. Затем она постепенно проходит, но повторяется во время следующего приема пищи. Увеличенная СЖ при пальпации безболезненная, мягкая; при расположении камня в СЖ имеется участок уплотнения. При бимануальной пальпации по ходу поднижнечелюстного протока можно обнаружить небольшое ограниченное уплотнение (камень). Слизистая оболочка в полости рта и в области устья протока может быть без воспалительных изменений (рис. 8.3), а камень в некоторых случаях может просвечивать через мягкие ткани слизистой оболочки.

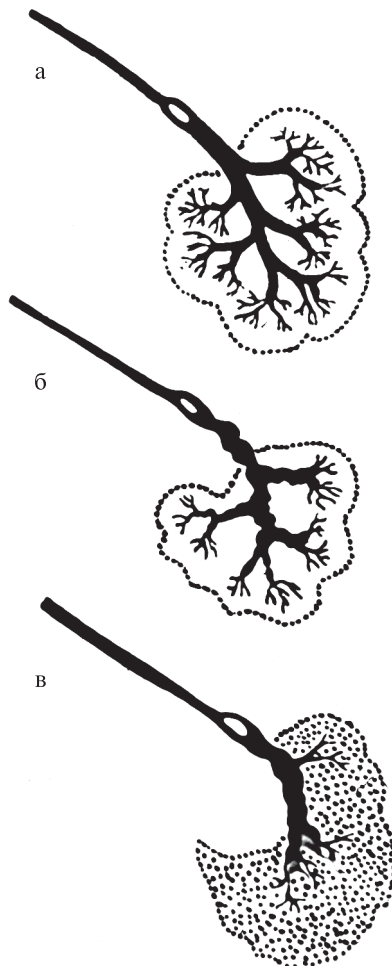


Рис. 8.1. Схемы сиалогрaмм поднижнечелюстных слюнных желёз в начальной (а), клинически выраженной (б) и поздней (в) стадиях сиаладенита (И.Ф. Ромачева)



Рис. 8.2. Обострение слюннокаменной болезни правой (а, б) и левой (в) поднижнечелюстных слюнных желёз. Внешний вид больных в прямой (а, в) и правой боковой (б) проекциях

При зондировании протока в случае расположения камня в переднем и среднем отделах поднижнечелюстного протока определяется шероховатая поверхность конкремента.

Если в начальной стадии заболевания пациенты длительное время не обращаются к врачу, воспалительные явления нарастают и заболевание переходит во вторую, клинически выраженную стадию (рис. 8.4).

Клинически выраженная стадия. В этот период болезни помимо симптомов ретенции слюны появляются признаки обострения хронического сиаладени-

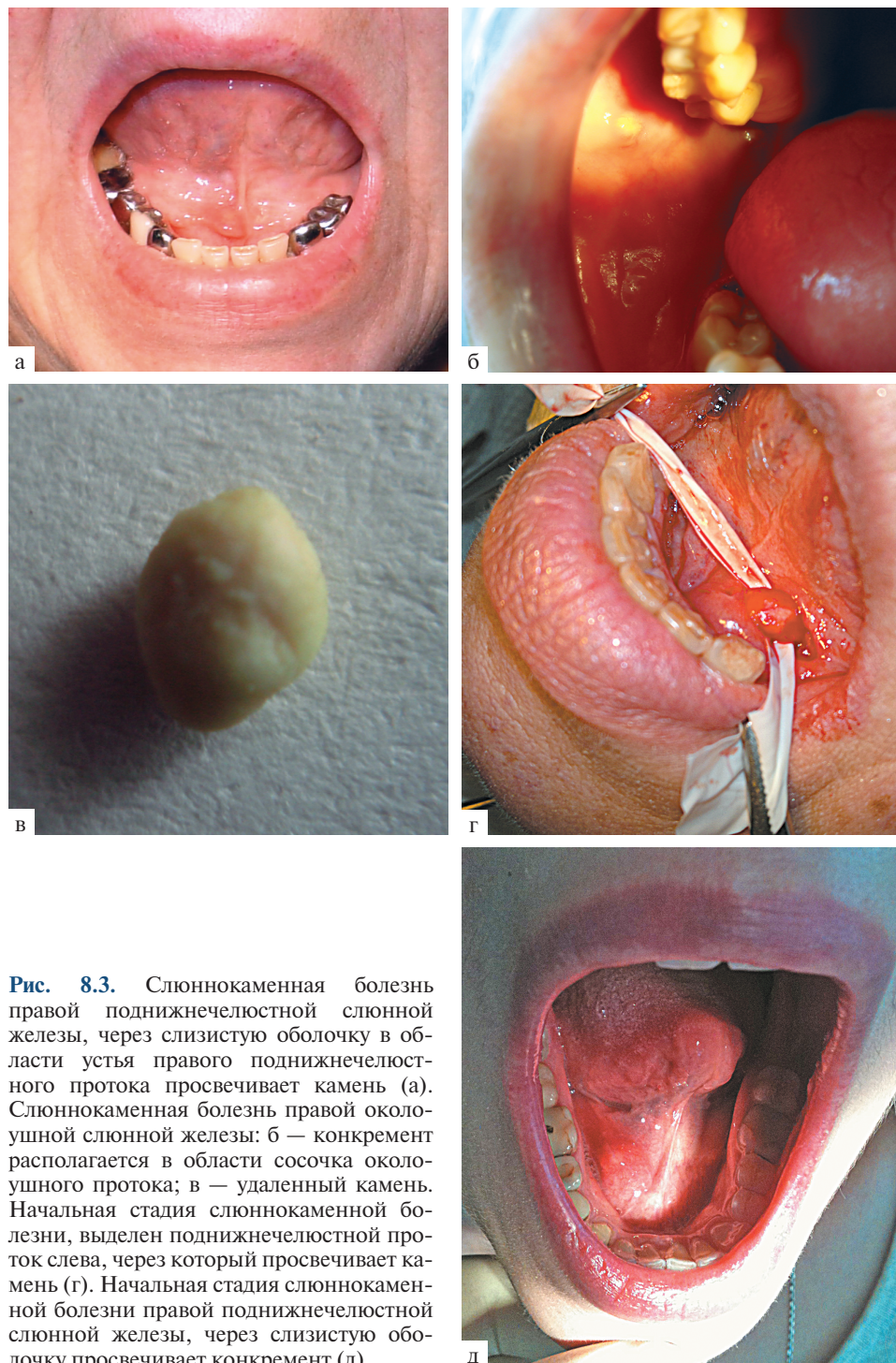


Рис. 8.3. Слюннокаменная болезнь правой поднижнечелюстной слюнной железы, через слизистую оболочку в области устья правого поднижнечелюстного протока просвечивает камень (а). Слюннокаменная болезнь правой околоушной слюнной железы: б — конкремент располагается в области сосочка околоушного протока; в — удаленный камень. Начальная стадия слюннокаменной болезни, выделен поднижнечелюстной проток слева, через который просвечивает камень (г). Начальная стадия слюннокаменной болезни правой поднижнечелюстной слюнной железы, через слизистую оболочку просвечивает конкремент (д)