

Количество и форма конкрементов вартонова протока как дифференциально-диагностический признак слюннокаменной болезни

П. И. Ткаченко, А. М. Гоголь, С. А. Белоконь, Л. И. Щербань, Украинская медицинская стоматологическая академия, кафедра детской хирургической стоматологии

По данным литературы, слюннокаменная болезнь (СКБ) у взрослых составляет от 40 до 60% заболеваний слюнных желез [1, 2]. У детей же калькулезный сиалоаденит встречается в 6,61% случаев от общего числа больных хроническим сиалоаденитом [3]. В последние годы отмечается рост количества обращений пациентов с проявлениями СКБ. Так, по материалам клиники детской хирургической стоматологии УМСА, за период с 2001 по 2004 год зарегистрировано 16 случаев заболевания, которые требовали оперативного вмешательства. Вышеизложенные факты послужили поводом для анализа клинико-рентгенологических признаков данной патологии с целью усовершенствования методов ее диагностики и лечения.

При клиническом обследовании области больших слюнных желез у всех пациентов отмечались болевые симптомы различной интенсивности, усиливающиеся при приеме пищи, которые сопровождались припухлостью мягких тканей в подязычной области. В главных выводных протоках слюнных желез при бимануальной пальпации определялись плотные образования различной формы и размеров. Одновременно отмечались реактивные воспалительные явления непосредственно в самих железах. Рентгенологическое обследование подтверждало наличие СКБ с последующим установлением диагноза «калькулезный сиалоаденит». В 87,5% случаев плотные образования локализовались в поднижнечелюстных слюнных железах (ПНСЖ). В публикациях других авторов также отмечается закономерность локализации конкрементов в ПНСЖ

[1, 2, 4]. Кроме того, исследователи обратили внимание на факт наличия врожденной аномалии главного протока ПНСЖ в виде дивертикула, который определялся в значительном числе случаев при проведении контрастной рентгенографии протоковой системы желез [5, 6].

В наших наблюдениях наиболее часто конкременты локализовались в главном выводном протоке ПНСЖ. Для более точного определения местоположения камней мы проводили контактную внутривартоновую рентгенографию дна полости рта.

При анализе всех случаев заболевания мы обращали внимание на количество, размер и форму образовавшихся камней у каждого из пациентов. В большинстве случаев конкременты, удаленные из вартонова протока, имели округлую форму от 2 до 5 мм в диаметре. Значительно реже встречались камни продолговатой формы диаметром до 4–5 мм и длиной до 1 см. У некоторых больных одновременно были выявлены конкременты продолго-

ватой и округлой формы разных размеров, которые располагались близко друг к другу. Данное обстоятельство явилось основанием для более детального анализа случаев заболевания.

В качестве примера предлагаем следующую выписку из истории болезни. Пациентка Л., 15 лет, обратилась в нашу клинику с жалобами на боль и периодическое припухание тканей в правой поднижнечелюстной области во время и сразу после приема пищи. Наиболее часто так называемая «слюнная колика» провоцировалась употреблением кислых продуктов. Обращал на себя внимание тот факт, что подобные явления возникали с разной периодичностью, начиная с 10-летнего возраста, и самостоятельно разрешались в течение 5–7 дней. Ранее за помощью к врачу не обращалась.

При осмотре наблюдалась незначительная припухлость мягких тканей в правой поднижнечелюстной области. Кожа над припухлос-



Рис. 1.
Внутривартоновая контактная рентгенограмма дна полости рта.

тью без видимых патологических изменений. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены. Открытие рта свободное. При бимануальной пальпации правая ПНСЖ увеличена, кроме того, определялось продолговатое тяжистое уплотнение длиной до 1 см в пределах переднего отдела ее выводного протока на уровне 45, 46 зубов. Слизистая оболочка подъязычной области с синюшным оттенком. Вокруг устья протока выявлялся венчик гиперемии. При массировании железы получено скудное отделяемое с прожилками гноя. Слюнной зонд удалось ввести в проток на глубину до 1 см, после чего он достиг конкремента.

Для подтверждения предварительного диагноза «Калькулезный сиалоаденит правой поднижнечелюстной слюнной железы» проведена внутриротовая контактная рентгенография подъязычной области справа с использованием дентального аппарата 5Д 2. Обнаружено два конкремента. Один из них, округлой формы, диаметром до 2 мм располагался ближе к устью протока. Другой, продолговатой формы, длиной до 1 см и диаметром до 4 мм локализовался дистальнее первого (рис. 1).

Было принято решение об оперативном вмешательстве с целью удаления камней. Под инфильтрационной анестезией 2%-ым раствором лидокаина дистальнее расположения камней наложена кетгуттовая лигатура, по слюнной зонду произведено рассечение протока длиной до 5 мм до контакта с первым конкрементом, который без особых усилий вышел в полость рта. Через рассеченный отдел протока с помощью зажима типа «москит» конкремент фиксировали и извлекли. На рис. 2 представлены извлеченные конкременты. Слизистая выводного протока железы подшита к прилежащей слизистой полости рта. Послеоперационный период протекал без осложнений. При контрольном осмотре на 7-е сутки рана эпителизовалась. Из вновь сформированного устья выделялось обильное количество прозрачного секрета. При пальпации правая ПНСЖ была безболезненной и мягко-эластической консистенции.

Данное клиническое наблюдение, при котором отмечено образо-

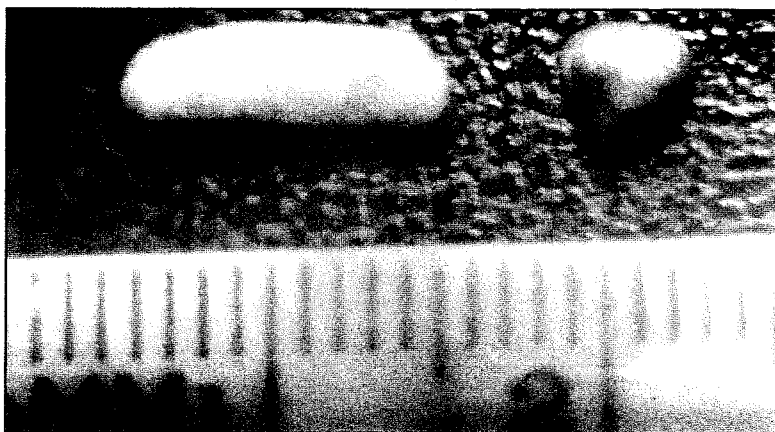


Рис. 2.
Удаленные конкременты

вание двух конкрементов различных размеров и формы в разных отделах протока ПНСЖ, вероятно, также может свидетельствовать о большой вероятности образования слюнных камней у лиц с врожденной аномалией протока в виде неравномерного расширения его просвета. В то же время, можно предположить, что конкрементная обтурация устья протока может вызвать дилатацию его дистальных отделов, которая в таком случае будет носить приобретенный характер.

В литературе мы обнаружили утверждение, что камни округлой формы имеют внутрижелезистое происхождение, а конкременты продолговатой формы образуются в главных выводных протоках слюнных желез [1, 4]. Исходя из этого, в приведенном клиническом случае, вероятнее всего, камень первоначально образовался во внутрижелезистой части протоковой системы. Далее током слюны он сместился в вартонов проток, но в силу определенных обстоятельств не состоялся его самопроизвольный выход в ротовую полость (такие явления отмечают пациенты при сборе анамнеза заболевания). В результате развившееся замедление пассажа секрета на фоне воспалительных изменений стенок вартонового протока способствует образованию конкремента уже продолговатой формы. Таким образом, имеются все основания для предположения, что обнаружение в протоковой системе одновременно слюнных камней округлой и продолговатой формы свидетельствует о первичности калькулезного сиалоаденита, кото-

рый в дальнейшем сопровождается явлениями калькулезного сиалодохита. Исходя из этого, в данном конкретном клиническом случае первичным заболеванием является калькулезный сиалоаденит, а сиалодохит следует рассматривать как один из сочетанных вариантов его течения.

Данный дифференциально-диагностический признак, по нашему мнению, имеет значение для патогенетического обоснования лечебной тактики при различных нозологических формах слюннокаменной болезни и требует более углубленного изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ромачева И. Ф., Юдин Л. А., Афанасьев В. В., Морозов А. Н. Заболевания и повреждения слюнных желез. — М.: Медицина, 1987. — 240 с.
2. Сазама Л. Болезни слюнных желез. — Прага: Авиценум, 1971. — 253 с.
3. Рыбалов О. В., Ткаченко П. И. Воспалительные заболевания слюнных желез у детей: Метод. рекомендации. — Полтава, 1991. — 35 с.
4. Вернадский Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии: 3-е изд., перераб. и доп. — Витебск: Белмедкнига, 1998. — 416 с.
5. Абдусаламов М. Р., Афанасьев В. В. Врожденные аномалии протока поднижнечелюстной слюнной железы, способствующие развитию слюннокаменной болезни // Рос. стом. ж-л. — 2004. — № 2. — С. 32–33.
6. Афанасьев В. В., Стародубцев В. С., Абдусаламов М. Р. Новый способ лечения сиалодохита и слюннокаменной болезни при расширении внутрижелезистой части околушного протока // Стоматология. — 2004. — № 3. — С. 30–32.