



СЛЮННО-КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ.

Выполнила: студентка 5 курса 12 группы
Никитенко Татьяна Сергеевна

План

- Этиология
- Механизм образования камней
- Клиника
- Диагностика
- ДИФ диагностика
- Лечение

Этиология

- Слюннокаменная болезнь проявляется образованием конкрементов в слюнных железах и их выводных протоках. Среди всей патологии слюнных желез на долю слюннокаменной болезни приходится от 20,5 до 61,1 %, с преобладающим поражением (91-95,4 %) поднижнечелюстных желез. Частота развития болезни у мужчин и женщин практически одинакова. Данному заболеванию подвержены люди в любом возрастном периоде, включая даже раннее детство.

Этиология

- До настоящего времени этиология и патогенез слюннокаменной болезни окончательно не выяснены. Пока нет убедительного научного объяснения, почему у одних пациентов факторы, рассматриваемые в качестве этиологических для слюннокаменной болезни, приводят к развитию таких патологических процессов слюнных желез, как сиалоаденит, сиалодохит, ретенционные кисты, но формирование слюнного конкремента при этом не происходит, а у других пациентов бывает проблематичным назвать даже предположительный фактор, который способствовал образованию конкремента.

Химический состав

- При исследовании химического состава слюнных конкрементов установлено, что они являются сложными органоминеральными структурами, при этом органический компонент составляет 25-30 %. Основными составляющими минерального компонента слюнных камней являются фосфатные группировки, характерные для апатитоподобных структур, карбонатные — для соединения типа брушита, монита и кальцита. Органическая субстанция слюнных конкрементов — это остатки клеток выстилки слюнных протоков, бактерии, грибковая микрофлора и другие органические компоненты слюны. При исследовании структуры конкрементов отмечается, что процесс их роста происходит неравномерно (в результате чего они имеют слоистое концентрическое строение) и не подчиняется каким-либо закономерностям соотношения фаз отложения органических и минеральных компонентов, значительное содержание микроорганизмов в одних зонах чередуются с почти полным отсутствием их в других.

Химический состав

- Химический состав конкрементов поднижнечелюстных и околоушных желез имеет некоторые отличительные особенности, что связано с химическим отличием секрета этих желез.
- Для околоушных конкрементов характерно большее преобладание в составе органических, а для поднижнечелюстных — минеральных компонентов. Основываясь на результатах физико-химических исследований секрета слюнных желез, доказано, что слюна не является просто ультрафильтратом плазмы крови, а представляет собой биологическую жидкость сложного комплексного состава, формирующуюся в ходе активных энергозатратных процессов. А по содержанию в ней некоторых органических и минеральных компонентов слюна может рассматриваться как перенасыщенный раствор этих компонентов.

Патогенез

- Одни авторы считают, что компоненты слюны, образующие конкремент, находятся в термодинамическом неустойчивом состоянии и склонны к коагуляции и кристаллизации. Появление ядра кристаллизации провоцирует данный процесс. Вокруг ядра формируется минералообразующий слой (мантия), обогащенный за счет явления адсорбции и имеющий желеобразную консистенцию. Рост кристаллов предполагается следующим образом. Когда появляется первый кристалл «А» (органический или неорганический), он растет, поглощая компонент «А» из образующейся вокруг него мантии. Когда концентрация компонента «А» в последней снижается, создаются благоприятные условия для начала роста кристалла «В», и из мантии начинает интенсивно поглощаться компонент «В».

Патогенез

- Последующее обеднение мантии компонентом «В» совпадает с восполнением ее за счет диффузии из окружающей среды компонентом «А». Когда концентрация «А» возрастет и превысит неустойчивое состояние равновесия, 7 начнется повторение цикла. Присущие мантии свойства мембраны обуславливают пульсирующий характер образования и роста кристаллов с формированием слоистой структуры. Пульсирующая минерализация характерна только для открытой системы, в которой постоянно обеспечивается восполнение органическими и неорганическими компонентами в критической концентрации.

Патогенез

- Другие авторы считают, что ядром слюнного конкремента всегда является органическое вещество (нередко конгломерат актиномицетов), и не исключают в качестве пускового момента местные нарушения функции слюнной железы в результате попадания в проток инородного тела или как следствие локального воспалительного процесса. При этом появляются аномальные сиаломукоиды, на которых откладываются соли кальция, путем гликогенолиза АТФ-азой или щелочной фосфатазой освобождается фосфор, и образуется гидроксиапатит

Этиология

- Среди других факторов, способствующих развитию слюннокаменной болезни, также рассматриваются: нарушение в организме минерального обмена (прежде всего, фосфорно-кальциевого); гипо- и авитаминоз А, приводящий к выраженному слущиванию эпителия выводных протоков и изменению рН слюны; нарушение минерального обмена в самой железе; изменение электролитного состава слюны, возникающее на фоне нарушения обмена веществ при сахарном диабете и циррозе печени; наследственные нарушения ферментативной активности; снижение секреторной активности слюнной железы, которое сопровождается сгущением слюны с формированием геля; нарушение образования слюны с уменьшением скорости ее выделения, что способствует задержке элементов «ядра» будущего конкремента; врожденные нарушения анатомического строения протоковой системы слюнных желез.

Клиника

Три клинико-морфологические стадии течения слюннокаменной болезни:

- 1) начальную;
- 2) клинически выраженную;
- 3) позднюю.

Клиника

В начальной стадии болезни,

- характеризующейся отсутствием клинических симптомов воспаления, в железе отмечаются умеренно выраженные признаки хронического воспаления: развитие околопротоковых и околососудистых лимфогистиоцитарных инфильтратов, отек и разрыхление соединительной ткани, расширение и полнокровие кровеносных сосудов. При этом ацинусы полностью сохранены, в них отмечается обильное накопление гликозаминогликанов и муцина, внутри- и междольковые протоки расширены, вокруг протоков отмечается увеличение и уплотнение коллагеновых волокон и наличие плотных лимфоидных инфильтратов.

Клиника

В клинически выраженной стадии заболевания

- могут возникать признаки типичного воспалительного процесса хронически-рецидивирующего характера. В железе при этом наблюдается выраженная атрофия ацинусов с сохранением небольших групп их, преимущественно слизистых, в склерозированной строме — диффузные круглоклеточные инфильтраты, представленные лимфоцитами, гистиоцитами и плазматическими клетками, выводные протоки в виде муфт окружены плотной фиброзной тканью, в просветах обнаруживаются скопления слущенных эпителиальных клеток и лимфоцитов.

Клиника

Поздняя стадия характеризуется

- почти полной атрофией паренхимы железы и замещением ее склерозированной соединительной тканью с выраженным ангиоматозом, внутридольковые протоки кистовидно расширены либо щелевидно сужены за счет муфтообразного сдавления их гиалинизированной фиброзной тканью. Отмечается диффузная лимфогистиоцитарная инфильтрация, междольковые протоки деформированы за счет плотного лимфогистиоцитарного вала, окружающего их, эпителий содержит слизепродуцирующие бокаловидные клетки.

Диагностика

- Характерной жалобой пациентов является возникновение образования в поднижнечелюстной области в ответ на пищевой раздражитель, которое, как правило, спустя некоторое время самостоятельно исчезает. При этом болевой фактор на ранних стадиях заболевания может либо полностью отсутствовать, либо имеют место типичные «слюнные колики». Механизм возникновения «слюнных колик» — болевой рефлекс на закупорку протока конкрементом и растяжение его слюной.

Диагностика

- При клиническом обследовании пациента применяется бимануальная пальпация поднижнечелюстной железы и ее выводного протока. Для этого пальцы одной руки помещаются в полость рта на слизистую оболочку подъязычной области, а другой – на кожу поднижнечелюстной области. Метод бимануальной пальпации позволяет достаточно четко определить плотный конкремент, располагающийся во внежелезистой части выводного протока железы, его относительные размеры, а также изменения величины и консистенции самой слюнной железы.

Диагностика

- При клинически выраженной стадии болезни могут возникать признаки типичного воспалительного процесса хронически-рецидивирующего характера, осложняющие течение заболевания. Обострения воспалительного процесса могут протекать достаточно легко и быстро купироваться при минимальном воздействии, но иногда развиваются и как острый гнойный воспалительный процесс (гнойный сиалоаденит, абсцесс, флегмона), требующий активного лечения. После купирования острых воспалительных явлений, железа длительное время остается плотной, при этом слюна может быть прозрачной или слизеподобной.

Диагностика

- В поздней стадии заболевания обострения наблюдаются значительно реже, симптоматика не ярко выражена, имеется уплотненная увеличенная железа с клиническими признаками, характерными для сиалодохита и хронического сиалоаденита.

Диагностика. Ренген

- За счет наличия в составе слюнных конкрементов неорганического компонента, большинство их являются рентгенопозитивными, хорошо визуализируются при обзорной внеротовой рентгенографии поднижнечелюстной области и внутриротовой рентгенографии дна полости рта. При этом конкремент, находящийся в переднем и среднем отделе выводного протока, лучше выявляется при рентгенографии дна полости рта, а при внутрижелезистом расположении и в начальном отделе протока — на рентгенограмме поднижнечелюстной области в боковой проекции. Однако 15-40 % слюнных конкрементов являются рентгенонегативными и не выявляются при обзорной рентгенографии.

Диагностика. Сиалография

- Контрастная сиалография основана на ретроградном заполнении протоковой системы и паренхимы железы рентгеноконтрастным веществом с последующим проведением рентгенографии. Данный метод широко применяется в диагностике заболеваний больших слюнных желез и по-прежнему высокоинформативен при слюнокаменной болезни. В настоящее время в качестве рентгеноконтрастного вещества при сиалографии общепринято применять только водорастворимые контрасты, используемые в медицине (верографин, урографин, кардиотраст и другие), которые не оказывают выраженного отрицательного воздействия на железистую ткань. На контрастной сиалограмме определяются как рентгенопозитивные, так и рентгенонегативные (по наличию дефекта наполнения) конкременты, их локализация и относительные размеры. К

Диагностика. Сонография

- Ультразвуковое исследование (сонография) слюнных желез основано на разной способности тканей отражать ультразвуковые колебания, в зависимости от плотности их структуры. С помощью датчиков разных типов исследование может проводиться как со стороны кожных покровов, так и слизистой оболочки полости рта. При сонографии достаточно хорошо визуализируются слюнные конкременты, в том числе и рентгенонегативные, можно определить их размеры и локализацию. Метод позволяет определить размеры самой железы, а по изменению эхогенности дает определенную информацию о степени структурных изменений железистой ткани — замещении ее акустически более плотной соединительной тканью.

Диагностика

- С целью уточнения структурно-функциональных изменений со стороны железы, пораженной слюннокаменной болезнью, могут применяться методы радионуклидной диагностики – сканирование слюнных желез, сцинтиграфия, радиометрическое исследование слюны. Имеются единичные работы по применению магнитно-резонансной компьютерной томографии в диагностике слюннокаменной болезни. Наибольшей информативностью обладает магнитно-резонансная компьютерная сцинтиграфия. Относительно новым методом исследования в диагностике слюннокаменной болезни является фиброэндоскопия слюнных желез, основанная на применении ультратонкой волоконной оптики, вводимой через основной проток слюнной железы

Дифф. диагностика

- Дифференциальную диагностику слюннокаменной болезни проводят с другими заболеваниями слюнных желез: сиалоаденитами (особенно с миоэпителиальным сиалоаденитом, для которого характерна интенсивная лимфоидная инфильтрация с включением в инфильтраты эпимиоэпителиальных островков с камнями-кальцификатами); опухолями; кистами; реактивнодистрофическими изменениями слюнных желез. Также дифференцировать заболевание следует с патологическими процессами, не связанными со слюнными железами, но локализованными в зоне их анатомического расположения или их выводных протоков: поражениями лимфатических узлов различной этиологии с явлениями их обызвествления (петрификации); кавернозной гемангиомой с наличием флеболитов (обызвествленных внутрисосудистых тромбов); инородными телами мягких тканей дна полости рта (фрагменты удаленных зубов и костной ткани); патологическими изменениями со стороны нижней челюсти (остеома, остеофиты, ретенированные зубы, одонтома, хронический остеомиелит).

ПРИМЕНЕНИЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ УДАЛЕНИЯ СЛЮННЫХ КОНКРЕМЕНТОВ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАРУЖНЫМ ДОСТУПОМ

- Проводится стандартный разрез в поднижнечелюстной области, несколько окаймляющий угол нижней челюсти. Рассекаются послойно ткани до собственной фасции шеи, которая тупо вскрывается с выходом на наружный полюс поднижнечелюстной железы. Затем проводится выделение только верхнего и внутреннего полюсов слюнной железы, с поворотом ее по продольной оси до момента появления в операционной ране выходящего из железы выводного протока. При выполнении этого этапа операции стараются максимально сохранить питающие слюнную железу кровеносные сосуды. Пальпаторно определяется точная локализация конкремента.

Лечение

- При локализации конкремента во внутрижелезистом отделе выводного протока слюнной железы с использованием микрохирургического инструментария и операционного микроскопа проводится анатомическое разъединение долек железы по междольковым соединительнотканым прослойкам и выделение внутрижелезистого отдела протока до уровня залегания конкремента. После этого под контролем операционной оптики проводится продольная сиалодохотомия в области определяемого конкремента на длину, достаточную для его удаления. Изогнутой узкой стоматологической гладилкой или стоматологическим экскаватором заходят под конкремент и извлекают его наружу

Лечение

- Под оптическим контролем проводят щадящую механическую обработку внутрипротокового ложа извлеченного конкремента, удаляя грануляционную ткань и измененные участки эпителиальной выстилки выводного протока. Осуществляют ретроградную ревизию выводного протока со стороны полости рта с помощью слюнного зонда и массаж железы на предмет возможного наличия и удаления дополнительных мелких конкрементов. Проводят промывание выводного протока и операционной раны водными растворами антисептиков. Со стороны полости рта в просвет протока вводят эластичный катетер соответствующего протоку диаметра, на котором восстанавливают анатомическую целостность рассеченной стенки выводного протока путем наложения отдельных узловых микрохирургических швов из этилона 7-8/0 на атравматической режущей игле.

Лечение

- Стенку выводного протока прошивают не через все слои, а только до эпителия, чтобы исключить в дальнейшем вероятность возникновения провоцирующего фактора для формирования нового конкремента в области выходящего в просвет протока шовного материала. После этого катетер извлекают из протока. Слюнную железу возвращают в исходное состояние, восстанавливают целостность ее фасциального футляра, рану послойно зашивают, и в ней оставляют на 1-2 суток резиновый дренаж (рис. 21, ж, з). В послеоперационном периоде проводится профилактический курс антибактериальной терапии, назначаются ненаркотические анальгетики. Препараты, влияющие на функцию слюнных желез, не применяют.