

Г.П. Рузин

## **СЛЮННО-КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И МЕДИКО-ГЕОГРАФИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ**

*Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Харьковского  
национального медицинского университета, Харьков, Украина*

Слюнно-каменная болезнь (СКБ) составляет до 60% всех заболеваний слюнных желез. Преимущественно из-за анатомо-топографических условий поражается поднижнечелюстная слюнная железа. Несмотря на обширную литературу, посвященную проблемам этиопатогенеза СКБ, существуют разные взгляды на причины и механизмы возникновения и формирования конкрементов в железе. Большинство исследователей рассматривают возникновение условий для формирования камня за счет развития воспалительных изменений в протоковой системе и железистой структуре железы, связанных с этим застойных явлений при выделении слюны. По мнению авторов, на этом фоне появляются разнообразные «комочки» из слущенного эпителия протоков, микробных тел, микрочастиц пищевых продуктов, которые служат ядром для импрегнации их различными солями, в основном карбонатами и фосфатами кальция. Ряд авторов обращает внимание на возможные нарушения минерального метаболизма и гиповитаминоза витамина А в связи с тем, что СКБ встречается чаще у мужчин зрелого и пожилого возраста. Определенный интерес представляют мнения о роли пищевых продуктов, минеральных и белковых компонентов у больных СКБ.

Однако нам практически не встретились исследования, посвященные изучению или выявлению частоты и особенностей развития СКБ в различных медико-географических условиях. Но уже в работах В.И. Вернадского указывается на значительные различия в геохимическом составе почвы, продуктах питания, выращенных в разных географических широтах, подчеркивается разное соотношение минерального состава воды, которая является основой жизнедеятельности любого организма, в том числе и человека. Минеральный состав воды

является серьезным фактором регулирования минерального метаболизма, определяет уровень содержания в тканях и жидкостях организма основных макроэлементов, в том числе кальция и его солей. Естественно, что от состава воды во многом зависит и минеральный состав слюны. Если учесть, что слюнные конкременты в основном состоят из разнообразных солей кальция, то можно предположить, что частота встречаемости СКБ, характер формирования конкремента, его состав в определенной степени будут зависеть от состава питьевой воды в конкретном регионе.

**Материалы и методы исследования.** Изучена частота СКБ, локализация и характер конкрементов у больных, проживающих в различных медико-географических условиях, а именно: в Амурской области, в том числе и в зоне Восточного участка строительства БАМ (1974–1981 гг.), в различных регионах Прикарпатья (1987–1996 гг.) и в восточном регионе Украины – Харьковской области (1996–2010 гг.). Проводилось клинико-лабораторное, рентгенологическое и УЗ-исследование (Украина). Уровень макро- и микроэлементов в питьевой воде учитывался согласно данным соответствующих СЭС.

**Результаты исследования.** В Амурской области, особенно в эндемических по Уровской болезни районах, уровень кальция в воде по сравнению с Европейской зоной снижен в среднем до 18–20 раз. В зоне Центрального участка БАМ уровень кальция в питьевой воде не превышает 9–16 мг на литр. То есть в данном случае можно говорить о недостаточном уровне кальция в тканях и жидкостях организма. В то же время в предгорных и равнинных районах Прикарпатья уровень кальция составляет от 25 до 84 мг на литр, что гигиенистами оценивается как оптимальный. В восточном регионе Украины уровень содержания кальция в воде доходит до 260 мг на литр, что превышает гигиеническую норму более чем в два раза. Таким образом, в указанных трех регионах отмечается значительная разница в содержании кальция в питьевой воде.

В Амурской области количество заболевших СКБ не превышало 1–2% от общего числа госпитализированных в специализированную клинику. В основном это были мужчины зрелого и пожилого возраста. В подавляющем большинстве случаев болезнь длилась годами и не сопровождалась какими-либо яркими проявлениями. Чаще всего поводом для обращения к врачу служило развитие острого воспалительного процесса в поднижнечелюстной железе. Явлений калькулезного сиалодохита мы не наблюдали. Следует указать, что более чем в 50% наблюдений при клинически определяемом в железе конкременте достаточно четкого рентгенологического подтверждения мы не получали. При анализе удаленных конкрементов обращал на себя внимание их крошковатый характер, сероватого цвета конкременты легко разрушались при дотрагивании, не превышали в размерах 1,5–2 см, имели неправильную бугристую шаровидную или овальную форму. Отсутствие рентгенологической контрастности конкрементов, на наш взгляд, говорит о преимущественном фосфатном составе. Это обстоятельство нередко служило причиной диагностических ошибок, приводило к запущенности течения и развитию гнойно-воспалительного процесса в железе, что требовало urgentного вскрытия гнойного очага. Экстирпация железы вместе с конкрементом проводилась вторым этапом после ликвидации гнойного воспаления. У строителей БАМ, которые прибывали из различных регионов страны в возрасте от 18 до 25–30 лет, выявить какие-либо закономерности в частоте СКБ не удалось. Нами были отмечены единичные случаи этого заболевания.

Частота заболеваний СКБ у жителей Прикарпатья также была невысокой. Следует указать, что, если в Амурской области контингент населения в основном приезжий, то в Прикарпатье подавляющее большинство населения постоянно проживает в указанной местности и пользуется одними водоисточниками. Как и в Амурской области, среди небольшого числа заболевших преобладали мужчины пожилого возраста. При выявлении жалоб и давности заболевания часто можно было установить длительность его течения и нежелание больного подвергаться каким-либо хирургическим вмешательствам. Использование УЗИ наряду с рентгенологическим исследованием также выявило у 37% рентген-неконтрастные конкременты, что позволило улучшить диагностику и уменьшить число диагностических ошибок. Характер конкрементов по сравнению с аналогичными в Амурской области значительно изменился. Так, большая часть конкрементов имела значительную «каменистую» плотность, более светлую окраску, что свидетельствует о превалировании карбонатных солей. Интерес представляют несколько случаев калькулезного сиалодохита, которые мы наблюдали у детей 7–9 лет и у двух женщин 23 и 27 лет. В первом случае ядром образования конкремента послужил волосок зубной щетки, на котором после его удаления из протока четко определялись мелкие кристаллы солей каль-

ция. Во втором аналогичном ядром с похожей картиной формирования кристаллов послужил кусочек травинки, проникшей в проток у любительницы жевать траву.

Совершенно иная картина наблюдается в восточном регионе Украины, где явно увеличено содержание кальция в питьевой воде. Количество больных с СКБ, поступающих в клинику, составляет до 7% от общего числа госпитализированных больных и более 56% пациентов с патологическими процессами слюнных желез, исключая больных со злокачественными опухолями. Абсолютное большинство больных постоянно проживает в г. Харькове и в области. Т. к. базой клиники является отделение областной клинической больницы, то подавляющее большинство пациентов составляли жители области. Возраст больных колебался от 18 до 82 лет, причем особой разницы в количестве мужчин и женщин не отмечено. Сроки течения заболевания колебались в широких пределах – от нескольких месяцев до 11 лет. Клиническая картина чаще всего соответствовала типичному течению СКБ. Значительно чаще, чем в других регионах, встречались случаи калькулезного сиалодохита, даже с длительным течением, когда удаленный из протока камень имел удлинненную веретенообразную форму, повторяющую диаметр протока, и его длина достигала 4 см. Практически во всех случаях, за редким исключением, клинические данные о СКБ подтверждались рентгенологически, что свидетельствует, на наш взгляд, о преобладании карбонатных, более рентген-контрастных солей кальция. Об этом же говорит и то, что удаленные камни, достигающие 2,5 см в диаметре, очень плотные, не разрушаются при механическом воздействии.

Лечебная тактика во всех случаях сводилась к хирургическому вмешательству: экстирпации поднижнечелюстной железы или – при локализации конкремента в протоке – удалении его из протока с фиксацией рассеченных стенок протока к слизистой оболочке рта во избежание стриктуры.

**Выводы.** Проведенное клинико-лабораторное исследование частоты развития СКБ в различных медико-географических регионах с достоверно различным уровнем содержания кальция в питьевой воде выявило определенную взаимосвязь между частотой развития заболевания и уровнем содержания кальция в воде, а также определенную разницу в структуре конкрементов и их рентген-контрастности. Дальнейшие более углубленные исследования в этом направлении позволят расширить представления о механизмах формирования конкрементов и, возможно, составить карту частоты заболевания в зависимости от конкретных медико-географических условий.

**Сведения об авторах:**

**Рузин Геннадий Петрович**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Харьковского национального медуниверситета, e-mail: kaforalsurgery@list.ru.