



# Слинокам'яна хвороба

*Методичні вказівки  
для студентів та лікарів-інтернів  
стоматологічного факультету*



## АНАТОМО-ТОПОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Захворювання слинних залоз в клініках хірургічної стоматології зустрічаються відносно часто. Так, за даними різних авторів патологія СЗ виявлена від 3,9 до 7 % усіх хірургічних захворювань щелепно-лицевої ділянки.

Слинні залози людини розподіляються на великі і малі. Великих СЗ три пари: білявушна, піднижньощелепна і під'язикова.

Багаточисленні малі (або слизові) СЗ розміщені в слизовій оболонці порожнини рота.

Найбільша із СЗ — білявушна — відноситься до числа серозних залоз, що виділяють багато білка і не виділяють слизу. Висота її дорівнює 4,5 см, ширина — 3,5 см, товщина — 2-2,5 см, вага — 20-30 г. Зовнішня поверхня залози дольчаста і випукла.

Більша частина залози займає позадущелепну ямку. Зверху залоза доходить до зовнішнього слухового проходу і вискового нижньощелепного суглоба, знизу межує із піднижньощелепною СЗ, зовні лягає на латеральну поверхню жувального м'язу. Позаду вона межує із пипкоподібним відростком і груднинно-ключично-пипкоподібним м'язом, знизу досягає рівня нижнього краю нижньої щелепи, до середини утворює пролиговий відросток, який доходить до стінки пролигу і розміщується в межах переднього парафарингеального простору.

В середині білявушної залози розміщується ряд утворень. Знизу в неї входить лицева артерія. В залозі знаходяться три нерви: вушно-висковий, лицевий і вушний. Лицевий нерв, що виходить з шило-пипкоподібного отвору, вступає в залозу ззаду і розділяється на декілька стовбурів, які сполучаються між собою і з вушно-висковим нервом. Нерв розташований над судинами.

Взаємозв'язок судин і нервів та розміщення їх в середині залози є причиною ускладнень, що пов'язані з захворюваннями, операціями чи пораненнями залози. Кровотечі в ділянці обличчя бувають дуже масовими, а пошкодження лицевого нерва викликають параліч мимічних м'язів.

Навколо і в середині БСЗ є багато лімфатичних вузлів, які розділяються на поверхневі і глибокі. Поверхневі лежать під білявушною фасцією. Глибокі вузли розташовані в речовині залози,

один-два вузли розміщені в центрі залози і один-два — біля її задньої поверхні, близько поверхневих вискових судин.

Вивідна протока білявушиної СЗ відходить від переднього краю залози на 1 см нижче щелепної дуги. Проекційна лінія протоки проходить від зовнішнього краю мочки вуха довкола рота. Ширина просвіту протоки — 3-4 мм, довжина — 5-6 см. Вона огинає жувальний м'яз і на рівні другого верхнього великого корінного зуба відкривається великим отвором на слизовій щоки, що утворює підвищення (пиптик). Слід відмітити, що іноді цей пиптик, дещо збільшений, приймають за пухлину. Ми спостерігали випадок, коли стоматолог поліклініки видалив пиптик і рану зашив. Хвора через декілька годин була доставлена в клініку з різким збільшенням БСЗ і болями. Зняття швів в ділянці рани на слизовій щоки привело до спорожнення залози від слини і зупинки болю.

Піднижньощелепна СЗ відноситься до змішаних. Форма її кругло-плоска, довжина в середньому — 2,5-3,5 см, товщина — 1,5 см, вага — 10-15 г. Вона має явно виражену дольчасту будову і відрізняється від лімфатичних вузлів. Більша частина залози знаходиться в піднижньощелепній ділянці. До залози прилягає лицева артерія, і до її верхньої поверхні — язиковий нерв. Вивідна протока піднижньощелепної СЗ (вартонова) являє собою трубку з тонкими стінками довжиною 4-5 см. Біля заднього краю щелепно-під'язикового м'язу вартонова протока перехрещується з язиковим нервом.

Під'язикова СЗ, що відноситься до змішаних, виділяє слину з великою кількістю муцину. Довжина її — 3-4 см і товщина — біля 1 см, вага — біля 5 г. Залоза складається з окремих вертикально розміщених дольок. Дольки, які розташовані в задній частині залози, відкриваються власними вивідними протоками на верхівці під'язикових складок. Кількість вивідних проток коливається від 20 до 30. Тому верхня поверхня під'язикової СЗ тісно з'єднана з слизовою оболонкою дна порожнини рота. Дольки, які входять до складу передньої, більш товстої частини залози, мають загальну протоку. Вона відкривається в отвір під'язикового пиптика разом з вивідною протокою піднижньощелепної СЗ.

## ФУНКЦІІ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Слинні залози приймають активну участь у виконанні складних функцій організму людини: травної, видільної, ендокринної, протизапальної, а також у водному, жировому обміні, впливають на загальне харчування, діють на зуби.

До складу слини входить бактеріостатична субстанція (лізоцим, бактеріолізін), що пригнічує ріст пневмококів, стрептококів, сальмонел, кишкової і дифтерійної паличок. В слині БСЗ виявлені інгібітори, що мають властивість пригнічувати активність вірусу епідемічного паротиту і гальмувати його розвиток.

На функціональну активність СЗ великий вплив здійснюють не тільки зовнішні фактори, наприклад, кількість та умови переживання їжі, але й стан внутрішніх органів і систем. Виділення слини різне в різні моменти і залежить від стану центральної нервової системи.

Слинні залози, поряд з участю в травленні, виконують також регуляторну функцію. Ця функція здійснюється шляхом вироблення ряду біологічно активних речовин, які надходять в кров і слину, а також за участю в метаболізмі гормонів "класичних" ендокринних залоз (стероїдних, тиреоїдних і ін.).

В числі основних регуляторних впливів СЗ О.І.Сукманський (1991) називає:

- їх вплив на обмін кальцію, мінералізацію зубів і скелету,
- регуляцію росту і розвитку тканин епітеліального, мезенхімального і нервового походження,
- вплив на обмін вуглеводів, білків і жирів,
- участь в метаболізмі стероїдних гормонів і стимуляції ендокринної функції статевих залоз,
- участь в метаболізмі йоду і регуляцію функції щитовидної залози,
- регуляцію судинного тонуусу і проникності судин,
- участь в адаптивних реакціях організму (при взаємодії з наднирниками та іншими ендокринними органами).

## СЛИНОКАМ'ЯНА ХВОРОБА

Слинокам'яна хвороба є розповсюдженим захворюванням серед патології СЗ і складає від 20,5 до 61 %. (Лісова Н.Д., 1974;

Ромачова І.Ф. та ін., 1987; Шаяхметов Д.Б., 1990; Солнцев та ін., 1991; Szazama Z., 1975; Patton D., 1987, та ін.).

СКХ була відома ще від часів Гіппократа, який зв'язував наявність каміння під язиком з подагрою.

Перший опис каміння порожнини рота дав у 1556 р. Амбруаз Паре, коли видалив оперативним шляхом каміння у 2-х хворих з дна порожнини рота. Однак, Амбруаз Паре ще не згадував про зв'язки каміння з слинними залозами. Назва "слинні камені" походить від Шерера (1737). Перші згадки про слинні камені російською мовою зустрічаються в І.Буша (1831), а першою роботою є стаття професора В.А.Басова (1951).

### Етіологія і патогенез

Питання про етіологію і патогенез СКХ до цього часу до кінця не вирішене. Однією з найбільш старих є бактеріальна теорія. Згідно неї основу каменів складають мікроорганізми, які викликають випадіння розчинних солей з секрету СЗ, що призводить до утворення слинного каменя. Мікроби також сприяють вторинному запаленню в тканинах, котре прискорює каменеутворення. Ряд авторів відмічали найбільшу кількість клітин ближче до центру конкремента. Це дозволило зробити висновок, що утворенню каменя передує конгломерат з мікробних тіл.

Більш пізніми дослідженнями у вивченні цитологічного складу слини при СКХ було встановлено, що в препаратах серед елементів запального ексудату нерідко знаходять нитки міцелію променистого грибка (Рибалов О.Н., 1987). Т.Л.Пілат (1989) розглядає наявність актиноміцетів в слині як пусковий механізм патологічного мінералоутворення, так як вони розкладають білок слини і викликають осадження кальцію. Автор також стверджує, що утворення складних структур (зубний камінь, слинний камінь, дентиклі) може протікати виключно із-за пульсуючої мінералізації. Цей процес проходить в системі, в якій постійно забезпечується поповнення органічними і неорганічними компонентами поверхневих шарів і концентрації, достатньої для кристалізації.

Ряд авторів висловлюється на користь механічної теорії утворення слинних каменів. Часте знаходження побічних тіл, таких, як кусочки шкаралуп соняшнику, риб'ячих кісток, частинки пшона,

виноградні кісточки, зерно пшениці та ін., які знаходились в центрі СК, дозволили вважати, що в основі каменеутворення лежить механічна затримка секрету. В результаті цього підвищується в'язкість слини, яка і призводить до випадіння солей.

На основі клініко-морфологічних досліджень видалених залоз при сіалолітіазі зроблено висновок про вплив запалення на патогенез каменеутворення (Бернадський Ю.І., 1984; Клементов А.В., 1975; Лісова Н.Д., 1974). В результаті запального процесу в залозі розвиваються дистрофічні і атрофічні процеси, що ведуть до змін фізико-хімічних властивостей секрету. Наявність злушеного епітелію протоків, мікробних тіл створює сприятливі умови для випадіння солей кальцію з застійної слини.

В окремих доповідях стверджується, що запальний процес, який виникає в вивідних протоках СЗ, призводить до порушення колоїдної рівноваги слини, затвердіння геля — основи каменя, з випадінням солей і чергуванням навколо органічної мінеральної речовини, що сприяє виникненню складних концентричних структур.

А.В.Клементов (1975) вважав, що процес каменеутворення є дуже складним. Він залежить не тільки від інфекційного фактору, але і від цілого ряду додаткових моментів, на які впливає загальний реактивний і функціональний стан організму та процеси, що проходять безпосередньо в місці дії інфекційного агенту.

Існує думка, що каменеутворення в СЗ та інших органах зв'язане з порушенням мінерального обміну. Так, А.А.Колесов на основі досліджень кількості кальцію і неорганічного фосфору в сироватці крові хворих з масовими відкладеннями зубного каменя, а також хворих СКХ виявив відхилення від норми. У цих хворих відмічали підвищений вміст кальцію і зменшення неорганічного фосфору в сироватці крові.

Регуляцію фосфорно-кальцієвого обміну в організмі здійснюють два гормони — паратгормон (паратіреоїдин), що секретується парашитовидними залозами, і тіреокальцитонін, що секретується парафолікулярними клітинами "С" щитовидної залози.

О. І.Сукманський (1991) на основі експериментальних досліджень стверджував, що зв'язок слинних і парашитовидних залоз виявляється в близькості багатьох ланок дії їх гормонів, особливо у впливові на мінеральний обмін кальцію і фосфору. Е.В.Фомічов (1987) також вказував на виражені зміни в травній

системі при калькульозному сіалоаденіті. На гормональну залежність СЗ і підшлункової залози вказували Р.Д.Барабаш (1971), Б.Заріпов (1975), М.Г.Рибакова (1985) та ін.

Б.Л.Павлов і В.Ю.Шейнман (1976) провели клінічні, біохімічні, гістохімічні і мінералогічні дослідження для уточнення деяких питань етіології і патогенезу СКХ. Встановлено, що СКХ розвивається в більшості випадків на фоні різнобічних захворювань ряду внутрішніх органів і систем, які супроводжуються порушеннями фосфорно-кальцієвого обміну. В результаті подібних порушень в тканинах СЗ і, певно, в інших органах формуються білково-вуглеводні і фосфорно-кальцієві сполуки, які можуть стати попередниками мікролітів. В ділянці розміщення мікролітів при наявності індивідуальних анатомічних особливостей чи інших місцевих причин виникають ретенційні пункти, де через відкладення солей і проходить ріст каменя.

На основі спектрального напівкількісного аналізу СК і петрографії встановлено також, що навколишнє зовнішнє середовище (особливості краєвої патології, професія) впливають певним чином на процес каменеутворення.

Таким чином, до теперішнього часу лишається ще до кінця не в'ясненою етіологія і патогенез СКХ. Багаточисленні і різнопланові дослідження, спрямовані на вивчення етіології та патогенезу СКХ, дозволили висловити тільки можливі концепції складного процесу каменеутворення.

### **Частота слинокам'яної хвороби**

За даними А.В.Клементова (1975) СКХ зустрічається у 51,6 %, Н.Д.Лісової (1974) — 61,2 %, Р.Г.Дмитрієвої (1981) — 30,9 % серед хвороб слинних залоз. Різна частота пояснюється тим, що в окремих щелепно-лицевих клініках не проводять операції на білявушній залозі при пухлинах.

### **Вік хворих слинокам'яною хворобою**

Звичайно вказується середній вік хворих СКХ, хоча зустрічаються окремі випадки наявності каменів у дітей та людей похилого і старечого віку.



## Локалізація слинокам'яної хвороби

Найбільш часто ураженою є піднижньощелепна, рідше білявушна СЗ. Що стосується під'язикової СЗ, більшість авторів вважає, що камені в ній не утворюються, а потрапляють з вартонової протоки.

Утворення каменів безпосередньо в піднижньощелепній СЗ, очевидно, пояснюється тим, що ця залоза має анатомо-топографічні особливості, які сприяють застою слини, а також фізико-хімічним складом секрету, змішаним за своїм характером.

СК утворюється як у позазалозистій, так і у внутрішньозалозистій частині протоки ("камінь СЗ"). Є описані випадки одночасного враження двох однойменних залоз.

### Хімічний склад слинних каменів

СК складаються з органічних і мінеральних речовин. Основну масу каменів складають мінеральні речовини у вигляді солей кальцію, фосфору, в меншому ступені — магнію. Вказується і на наявність малих домішок (сліди) марганцю, титану, міді, хрому, ванадію, алюмінію, стронцію і навіть таких рідких елементів, як ітербій, цербій.

### Форма і величина каменів

Форма і величина каменів бувають самими різнобічними і залежать від локалізації каменя. Камені в протоках, як правило, — подовгуватої форми, в залозах — круглі.

Величина каменів коливається від розміру просяного зерна до курячого яйця. Багаточисленні камені бувають більш дрібними.

Маса каменя різна від долей грама до декількох десятків грам і залежить не стільки від розмірів, оскільки від мінеральних компонентів.

Поверхня каменів переважно шершава, іноді — з нашаруваннями, рідко — гладка. Камені в залозі — шершаві, в протоці — гладкі. На поверхні чи в середині каменя спостерігають жолобки.

Колір СК — від білого до темно-коричневого. Темні камені відповідають тривалому анамнезу захворювання чи хірургічним втручанням, які проводились раніше. Темне забарвлення каменя,

очевидно, слід пояснити імпрегнацією гемосидерину на поверхню каменя.

На розпилі камені мають концентричну шаровість. В центрі їх знаходять різні чужорідні тіла у вигляді ядра (кусочок вугілля, кусочок шкаралупи соняшнику, остяк хлібного злака, соломинку, риб'ячу кістку, виноградну кісточку, частинку пшона, зерно пшениці).

Консистенція СК буває частіше щільною, але іноді камінь легко кришиться.

### **Гістологічні зміни в СЗ при слинокам'яній хворобі**

Характер і ступінь змін в СЗ знаходяться в прямій залежності від локалізації слинного каменя, тривалості захворювання і наявності в анамнезі загострень хронічного запалення.

При локалізації слинного каменя в паренхімі залози, коли вивідні протоки вільні, а відтік секрету порушений тільки з частини залози, відмічається строката картина будови залози. Частина дольок, з яких відтік утруднений, підлягає значним змінам. Між залишками епітелію залози відмічається розростання сполучної тканини, значно інфільтрованої лімфоцитами і плазматичними клітинами. Нарівні з дуже зміненими дольками в складі залози відзначаються і мало змінені дольки, і дольки залоз, що знаходяться в різних стадіях змін.

У випадках тривалого захворювання з загостренням хронічного запалення розростання міждолькової сполучної тканини виражене більш значно. При тривалому протіканні хвороби і численному утворенні СК можливі значні зміни залоз, іноді до повної атрофії їх паренхіми.

При локалізації каменя в вивідній протоці у зв'язку з порушенням відтоку слини з усієї залози змінам підпадає в більшому чи меншому ступені вся залоза, до того ж ступінь змін паренхіми залежить від тривалості захворювання. Поміждолькові протоки, що збереглись, значно розширені, епітеліальний покрив їх прозору змінений і місцями поданий багатоядерним війчастим епітелієм.

Загальними для всіх форм СКХ є атрофічні зміни паренхіми залози і явища хронічного запалення в сполучній тканині.

## Класифікація слинокам'яної хвороби (за А.В.Клементовим, 1975)

- I. СКХ з локалізацією каменя в протоці  
    підщелепної  
    білявушної                      залози  
    під'язикової
  - а) без клінічних проявів запалення в залозі;
  - б) з хронічним запаленням залози;
  - в) з загостренням хронічного запалення залози.
- II. СКХ з локалізацією каменя в  
    підщелепній  
    білявушній                      залозі  
    під'язиковій
  - а) без клінічних проявів запалення в залозі;
  - б) з хронічним запаленням залози;
  - в) з загостреннями хронічного запалення залози.
- III. Хронічне запалення  
    підщелепної  
    білявушної                      залози на ґрунті СКХ.  
    під'язикової

В класифікацію А.В.Клементов включив і під'язикову СЗ, хоча не спостерігав жодного випадку в ній СКХ, однак повністю виключити не наважився.

Н.Д.Лісова (1972) запропонувала класифікацію з врахуванням клініки і локалізації каменя. Вона виділяє три періоди хронічного калькульозного сіалоаденіту: прихований (без виражених клінічних ознак), період виражених клінічних ознак і період їх загострення. В кожній стадії розрізняє за локалізацією каменя: у внутрішньо-залозному відділі; в незалозистому відділі (передньому, середньому, задньому відділах), в поза- і внутрішньозалозистому відділах одночасно; по протіканню захворювання: без ускладнень і з ускладненнями; по віддаленим результатам лікування: рецидив каменеутворення, запальні явища після відходження чи видалення каменів, сіалодохіти після видалення залози і ін. Однак і ця класифікація не позбавлена недоліків, вона дуже невкладиста.

Для практичної охорони здоров'я найбільше прийнятною є класифікація І.Ф.Ромачової (1987), де виділені три клінічні стадії: початкова, клінічно виражена і пізня. Автор конкретизує ці три стадії: I — початкова, що протікає без клінічних ознак запалення; II — клінічно вираженого запалення, що протікає з періодичними загостреннями сіалоаденіту; III — пізня, з вираженими признаками хронічного запалення.

## КЛІНІКА

Клініка СКХ залежить від локалізації каменя і стадії захворювання.

СКХ з локалізацією каменя в вивідній протоці піднижньощелепної СЗ. Перші симптоми хвороби з'являються в момент порушення відтоку слини. Перш за все виникає затруднення відтоку слини під час прийому їжі, особливо гострої і кислої, що проявляється збільшенням залози і виникненням болю. Біль носить приступоподібний характер і визначається як "слинні кольки". Відмічається зглаженість тканин підщелепної ділянки. Колір шкіри не змінений, добре збирається в складку.

В підщелепній ділянці пальпується щільна, малорухома, дещо болюча підщелепна СЗ, поверхня якої горбиста. Горбистість обумовлена збільшенням лімфатичних вузлів, спаяних з капсулою залози. Відкривання рота — вільне, неболюче.

В порожнині рота: під'язиковий валик різко виражений і вибухає в просвіт порожнини рота. В ділянці вивідної протоки відмічається гіперемія слизової оболонки. При надавлюванні на залозу і легкому масажі з протоки виділяється декілька краплин гною.

При загостренні хронічного запалення в ділянці залягання каменя чи загострення запалення самої залози клінічна картина нагадує флегмону, що починається. Шкірні покрови над залозою можуть бути набряклі, але в кольорі частіше не змінені. Залоза збільшується в розмірах, відкривання рота може бути болюче, слизова над протокою гіперемована. При натискуванні з протоки з'являється гній. При численних загостреннях камінь може викликати пролежень стінки протоки і виділитися в порожнину рота, залишивши норицевий хід. В період загострення хронічного

запалення неодноразово спостерігається самовільне відходження слинних каменів.

СКХ з локалізацією каменя в залозі. Спочатку хвороби СК нічим себе не проявляє. Прихований період значно довше, ніж при каменях в протоках. Виявлення каменя в прихованому періоді хвороби носить, звичайно, випадковий характер при рентгенологічному дослідженні ділянці залози з якогось приводу.

В подальшому розвитку хронічного запалення в залозі призводить до появи набрякості в ділянці залози, яке хворі зв'язують з застудою. Потім відмічають періодичність припухання, яку вже зв'язують з прийманням гострої і кислої їжі. Деякі відзначають набряклість навіть при запаху смачної чи любимої їжі. Через деякий час з'являється щільна, болюча набряклість в ділянці залози.

При огляді відмічається невелика набряклість, шкіра над залозою в кольорі змінена, відкривання рота неболюче, вільне. При бімануальному обстеженні можна пропальпувати болючу збільшену СЗ.

Наявність хронічного запалення і застою слини в залозі є сприятливим фактором для виникнення гнійного запалення, що дає картину загострення запалення в залозі. З'являються скарги на різку болючість в області залози. При прийомі їжі, навіть при вигляді її чи запаху, болі збільшуються, і хворі відмовляються від прийому їжі. Можна спостерігати підвищення температури до 38-39°C. З вивідної протоки виділяється гній. Бімануальне дослідження залози різко неболюче, визначається збільшена залоза.

Аналіз даних літератури свідчить про те, що клінічне протікання СКХ в більшій мірі залежить від локалізації СК, ніж від його величини.

### **Діагностика слинокам'яної хвороби**

Анамнез — перш за все звертаємо увагу на збільшену залозу при прийомі їжі.

Огляд — наявність збільшення залози, колір шкіри, стан слизової над вивідною протокою, виділення з протоки слини.

Бімануальне дослідження — часто вдається пропальпувати камінь в протоці, інфільтрат чи збільшену залозу.

Зондування — деякі вдаються до зондування тонким зондом протоки. Ми не приміняємо і не рекомендуємо через можливість прошовування каменя дозад.

Рентгенологічне дослідження — камінь в залозі на початку протоки можна отримати на позаротовій рентгенограмі за методикою В.А.Гінзбург. Хворого в боковому положенні з відкритим ротом кладуть так, щоб хвора сторона прилягала до касети, центральний промінь проходить косо між верхньою і нижньою щелепами. Для більш повного відкриття рота В.А.Гінзбург рекомендував вкладати між зубами пробку.

Каміні в вартоновій протоці знаходять на внутрішньоротовій рентгенограмі: плівка вводиться в порожнину рота як можна глибше і втримується зубами, а центральний промінь спрямовується перпендикулярно до поверхні дна порожнини рота.

Каміні стоквої протоки: плівка закладається в переддвір'я рота за щоку, фіксується пальцем хворого, центральний промінь направляється перпендикулярно до тканин щоки.

Рентгенографія білявущої залози звичайно проводиться в 2-х проєкціях: пряма (лобно-носова) і бокова.

СК в основній більшості є рентгеноконтрастними, однак біля 20 % — рентгеноконтрастними. В зв'язку з цим проводиться контрастування СЗ — контрастна сіалографія (поза загостренням). Контрастування СЗ використовується і при електрорентгенографії.

Пневмосубмандибулографія — рентгенологічне дослідження з використанням газу (кисень чи закис азоту). Ультразвукове дослідження (ехосіалографія) — отримання ехограм, які потім інтерпретуються. УЗД дозволяє визначити локалізацію каменів, їх розміри, кількість, а також рентгеноконтрастні камені.

Найбільш інформативною порівняно з іншими методами дослідження є комп'ютерна томографія. Комп'ютерна томографія в 10 разів випереджає звичайне томографічне дослідження і правдивість даних складає 80-100 %. В найбільш важко діагностованих випадках СКХ цей метод використовується успішно.

Дослідження крові, сечі дають зміни, характерні для любого гострого чи хронічного запального процесу щелепно-лицевої ділянки.

Цитологічне дослідження слини дозволяє уточнити фазу запального процесу і локалізацію каменя. При розміщенні каменя в

внутрішньозалозистій протоці в секреті знаходять гній з домішками крові, а при розміщенні каменя в позазалозистій частині протоки визначають нейтрофіли, частіше незмінні, а інші клітинні елементи зустрічаються не завжди, в великій кількості і без змін. З елементів епітеліальної вистилки проток відмічаються небагаточисленні клітини кубічного епітелію і помірна кількість клітин циліндричного епітелію. В препаратах серед елементів запального ексудату знаходять нитки міцелію променистого грибка (О.В.Рибалов, 1984). Показники мікробіологічного дослідження залежать від стадії захворювання. При гострому процесі переважають гноєрідні коки, при хронічному протіканні мікрофлора більш різноманітна.

### **Диференціальна діагностика СКХ**

СКХ з локалізацією каменя в протоці ПСЗ слід диференціювати з абсцесом щелепно-язичкового жолобка, з дермоїдною кістою, злоякісними новоутвореннями, ангіною Людвіга.

При локалізації каменя в ПСЗ: з флегмоною дна порожнини рота, лімфаденітом, остеомієлітом щелепи, перитонзиллярним абсцесом, кістою.

При локалізації каменя в БСЗ слід диференціювати з хронічним сіалоаденітом некалькульозного походження, флегмоною білявушно-жувальної області, пухлинами, з лімфаденітом.

Помилки при діагностиці СКХ зустрічаються в 40,4 % (Шаяхметов Д.Б., 1983), 43,3 % (Дмитрієва А.А., 1991) випадків.

### **ЛІКУВАННЯ**

Методами лікування СКХ є хірургічний, медикаментозний і комплексний.

В основі медикаментозної терапії лежать заходи, які направлені на самовільне відходження каменів, застосування компресів, слиногінних засобів і дієти. Даний метод не є радикальним. При проведенні консервативної терапії нерідкі рецидиви каменеутворення. Консервативний метод лікування СКХ з одночасним застосуванням протизапальної терапії використовується в тих випадках, коли неможливо проведення хірургічного методу.

В нинішній час хірургічний метод лікування СКХ залишається основним, не дивлячись на те, що ведуться пошуки засобів розчинення слинних каменів.

Об'єм хірургічного лікування залежить від: 1) локалізації каменя і 2) змін в залозі, що викликані наявністю каменя.

При локалізації каменя в протоці, після знеболення камінь виділяється внутрішньоротовим шляхом. Позаду від каменя протока прошивається і перев'язується, розріз робиться над розміщенням каменя і він витягується, лігатура знімається, протоки не зашивають. Слинний камінь в протоці іноді викликає значні зміни в СЗ, які не зникають після його видалення і тоді виникає питання про видалення залози.

При локалізації каменя в верхньому полюсі ПСЗ перевага надається видаленню каменя внутрішньоротовим шляхом.

При локалізації каменя в залозі показано її видалення.

Показання до видалення ПСЗ при слинокам'яній хворобі:

- 1) рецидиви утворення каменів в СЗ і їх протоках;
- 2) наявність каменя в залозі, видалення якого через протоку технічно неможливе;
- 3) камінь в залозі, що розміщується близько до зовнішніх покровів;
- 4) атрофія паренхіми залози із-за великих розмірів каменя;
- 5) облітерація слинної протоки, обумовлена наявністю каменів в залозі і протоці;
- 6) нориці на шкірі обличчя і слизовій порожнині рота, зв'язані з наявністю каменя в залозі, які не закриваються.

Враховуючи важливе призначення СЗ як органу зовнішньої і внутрішньої секреції, більшість хірургів намагаються зберегти СЗ при слинокам'яній хворобі. Використовують методики розрізу верхнього полюсу залози чи розширення нориці при наявності її і видалення каменя з залози, розріз протоки і формування нового вийстя і, зрештою, видалення залози і пластичний розріз протоки.

Каміні білявушної протоки, коли вони пальпуються, видаляють з боку порожнини рота під провідниковим знеболюванням щочного нерва. Розріз проводиться назад від білявушного піптика паралельно лінії змикання зубів довжиною 1,5 см. Коли



камінь зміщується в глибину протоки, необхідно видалити залозу.

Після видалення каменя протоку не зашивають.

При локалізації СК в паренхімі БСЗ чи в місці виходу з неї протоки видалення СК проводять позаротовим шляхом. Під інфільтраційною анестезією розрізають шкіру, підшкірну жирову клітковину і білявушну фасцію над каменем. З метою запобігання пошкоджень гілок лицевого нерва, тканини розсувають тупим шляхом. Після видалення каменя рану пошарово зашивають. Накладають давліючу пов'язку.

При локалізації каменя в протоках I-III порядку видалення можна проводити через розріз по Ковтуновичу.

Хірургічні методи лікування в усіх випадках поєднуються проведенням протизапальної, дезинтоксикаційної терапії, фізіотерапевтичними методами лікування, використанням ферментів і засобів, які підвищують реактивність організму.

Для покращення кровообігу в тканинах залози, кращої евакуації слини назначають фізіотерапевтичні процедури, які дають глибоке прогрівання тканин (УВЧ, діатермія, гелій-неоновий лазер, мікрохвильова резонансна терапія і ін.). Фізіотерапевтичне лікування призначається після відходження слинного каменя чи для забезпечення відтоку гною після розрізу.

Таким чином, визначеним в нинішній час є комплексний метод лікування СКХ. Він складається з поєднання хірургічного і консервативного методів. Консервативне лікування включає заходи, які направлені на ліквідацію запального процесу і підвищення реактивності організму. Хірургічний метод вибирають в залежності від локалізації СК, частоти загострень, ступеня порушень функції залози, частоти рецидивів каменеутворення.

### **Ускладнення при хірургічному лікуванні**

Ускладнення можуть залежати від топографо-анатомічних особливостей оперованої ділянки (білявушна, піднижньощелепна) і від погрішності в техніці операції.

При видаленні ПСЗ можливе пошкодження крайової гілки лицевого нерва. Лікування: масаж, електрофорез, МРТ, лазеротерапія.

При видаленні ПСЗ також зустрічаються випадки пошкодження язикового нерва, що призводять до втрати чутливості

половини язика. Рідко може бути пошкодження під'язикового нерва, порушуються рухи язика, затруднюється мова і приймання їжі. Можливо нагноєння шкірної рани, утворення гематом.

При видаленні каменя з білявушної СЗ спостерігають поранення гілок лицевого нерва, що призводить до знівечення обличчя і ряду функціональних розладів: лагофталм, розвиток кон'юнктивіту і слъзотечі, опущення вугла рота, яке приводить до витікання рідкої їжі з порожнини рота, затруднення при жуванні, а також до можливого утворення неповних слинних нориць.

### Результати лікування

Після видалення ПСЗ віддалені результати сприятливі. Сухість в роті пояснюється рефлексорним заторможенням і зникає через 7-10 днів. Можливе ускладнення у вигляді парезу крайової гілки лицевого нерва, ліквідується повністю на протязі 3-4 місяців після операції. Слинні нориці вдається ліквідувати консервативним лікуванням.

Після видалення каменя зі збереженням залози можливі рецидиви каменів (до 3-4%). Рецидиви свідчать про те, що утворення СК є результатом місцевих змін при наявності запалення в залозі на фоні порушеного мінерального обміну.

Після видалення каменя зі збереженням залози функція її в значній мірі відновлюється, ось чому в нинішній час при СКХ перевага надається лікуванню зі збереженням залози.

### СПИСОК СКОРОЧЕНЬ, ВИКОРИСТАНИХ У ТЕКСТІ

СЗ — слинна залоза

БСЗ — білявушна слинна залоза

ПСЗ — піднижньощелепна слинна залоза

СК — слинний камінь

СКХ — слинокам'яна хвороба

