

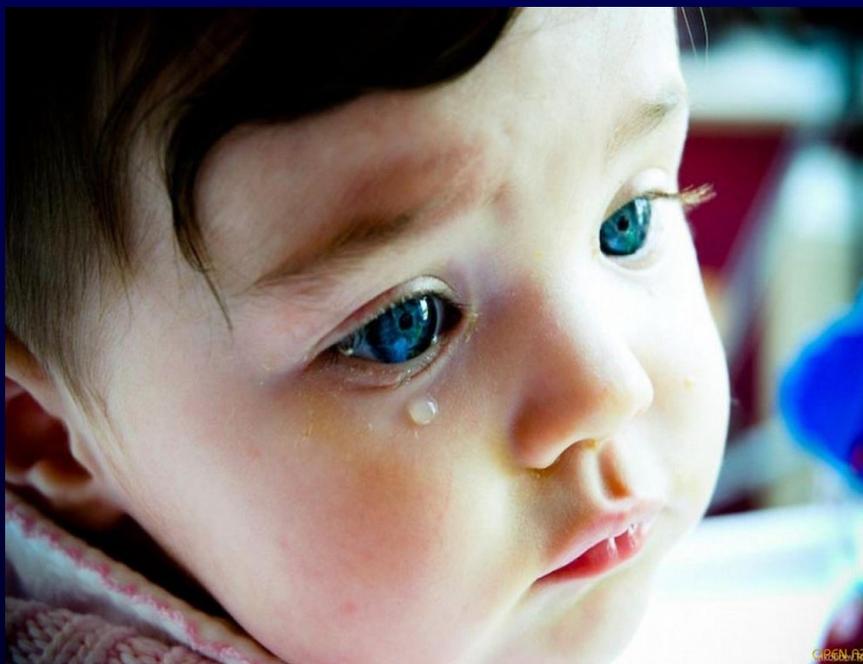


ГБОУ ВПО Московский Государственный Медико-
Стоматологический Университет им.А.И.Евдокимова
КАФЕДРА ДЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Заведующий кафедрой

доктор медицинских наук, профессор О.З. Топольницкий

СЛЮННОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ. РЕТЕНЦИОННЫЕ КИСТЫ МАЛЫХ И БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ



В поднижнечелюстных
слюнных железах
хронический
воспалительный процесс
протекает как
калькулезный (9 %).



СЛЮННОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

это хроническое, длительно протекающее заболевание, вызванное наличием камня в выводном протоке железы и сопровождающееся сиалоаденитом.

Чаще наблюдается в возрасте 7 – 12 лет, преимущественно в области поднижнечелюстной слюнной железы, что связано с её анатомическими особенностями

ОСОБЕННОСТИ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- ✓ ПНЧСЖ выделяет секрет с большим содержанием слизи и более вязкий, чем секрет ОУСЖ
- ✓ Секрет ПНЧСЖ более щелочной и содержит более высокий процент кальция и фосфатов, чем секрет ОУСЖ
- ✓ Проток ПНЧСЖ имеет перегиб

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- ✓ Нарушение минерального обмена, повышение экскреции кальция из протоков
- ✓ Механическое нарушение оттока слюны, связанное с аномалией развития протоков или атонией стенок протоков. Застой слюны и развитие воспаления способствуют образованию конкремента
- ✓ Наличие инфекционного процесса (стрептококк, стафилококк)

У больных слюннокаменной болезнью отмечается повышенное содержание кальция в плазме крови.

Хронический воспалительный процесс в железе обуславливает формирование ГЕЛЯ - органической основы конкремента, который потом кристаллизуется.

МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОНКРЕМЕНТА

1. Нарушение оттока секрета железы
2. Наличие матрикса для образования камня
3. Преципитация слюнных солей на матриксе

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- ✓ УЗИ
- ✓ Рентгенологическое обследование
- ✓ Дигитальная субтракционная сиалография
- ✓ Термовизиография
- ✓ КТ и МРТ

ВИДЫ ПРОЯВЛЕНИЯ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ

1. Слюннокаменная болезнь без клинически выраженных признаков
2. Слюннокаменная болезнь, осложненная острой стадией сиалоаденита без клинически выраженных признаков хронического воспаления железы
3. Слюннокаменная болезнь с выраженными признаками хронического сиалоаденита

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ БЕЗ КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННЫХ ПРИЗНАКОВ

- ✓ Чаще развивается у детей до 7 лет
- ✓ Жалоб нет, конкремент обнаруживается случайно
- ✓ Конкремент чаще располагается в устье выводного протока ПНЧСЖ
- ✓ Внешних изменений железы нет
- ✓ В полости рта - незначительная гиперемия слизистой оболочки над выводным протоком, в области устья проток спазмирован
- ✓ Секрет слегка мутноватый или прозрачный

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ БЕЗ КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННЫХ ПРИЗНАКОВ

- ✓ На рентгенограммах - проекция конкремента в устье выводного протока
- ✓ Термовизиография - повышение температуры железы на 0,5 - 1 градус
- ✓ Сиалография - стойкое расширение основного выводного протока и незначительное расширение внутрижелезистых протоков

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРОЙ СТАДИЕЙ СИАЛОАДЕНИТА БЕЗ КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЖЕЛЕЗЫ

- ✓ Чаще встречается в возрасте 7 – 12 лет
- ✓ Конкремент локализуется в среднем отделе выводного протока
- ✓ Жалобы на припухлость в области дна рта
- ✓ Повышение температуры до 38°С, недомогание
- ✓ При осмотре – припухлость в поднижнечелюстной области
- ✓ Пальпируется увеличенная слабоблезненная железа, лимфоузлы увеличены и болезненны
- ✓ Кожа в цвете не изменена, в складку собирается
- ✓ В передне-среднем отделе подъязычной области определяется приподнятый, гиперемированный плотный болезненный подъязычный валик и инфильтрат по его ходу
- ✓ Слизистая оболочка в области устья гиперемирована, отечна
- ✓ Секрет скудный, с гнойным содержимым

ДААННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРОЙ СТАДИЕЙ СИАЛОАДЕНИТА БЕЗ КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЖЕЛЕЗЫ

- ✓ При рентгенографии - конкремент в среднем отделе протока ПНЧСЖ, в железе камней нет
- ✓ Термовизиография - повышение температуры на 1 – 2 градуса (что указывает на наличие воспаления)
- ✓ На сиалограмме выводной проток расширен на всем протяжении. В железе протоки I-II порядка расширены, III-IV - прерывисты

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ВЫРАЖЕННЫМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО СИАЛОАДЕНИТА

- ✓ Наблюдается у детей 12 – 15 лет
- ✓ Конкремент локализуется в дистальных отделах протока
- ✓ Жалобы на постоянную припухлость в поднижнечелюстной области, колющие боли, нередко при приеме пищи
- ✓ При обострении - острая боль, резкое увеличение припухлости, повышение температуры тела до 38° градусов
- ✓ При осмотре - уплотненная, бугристая железа
- ✓ Кожа в цвете не изменена
- ✓ Из протока выделяется секрет с примесью гноя или хлопьев
- ✓ При бимануальной пальпации в заднем отделе протока отмечается уплотнение

ДАнные ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ВЫРАЖЕННЫМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО СИАЛОАДЕНИТА

- ✓ На рентгенограмме – камень в дистальном отделе протока, в железе конкрементов нет
- ✓ Термовизиография – повышение температуры на 1 – 2 градуса

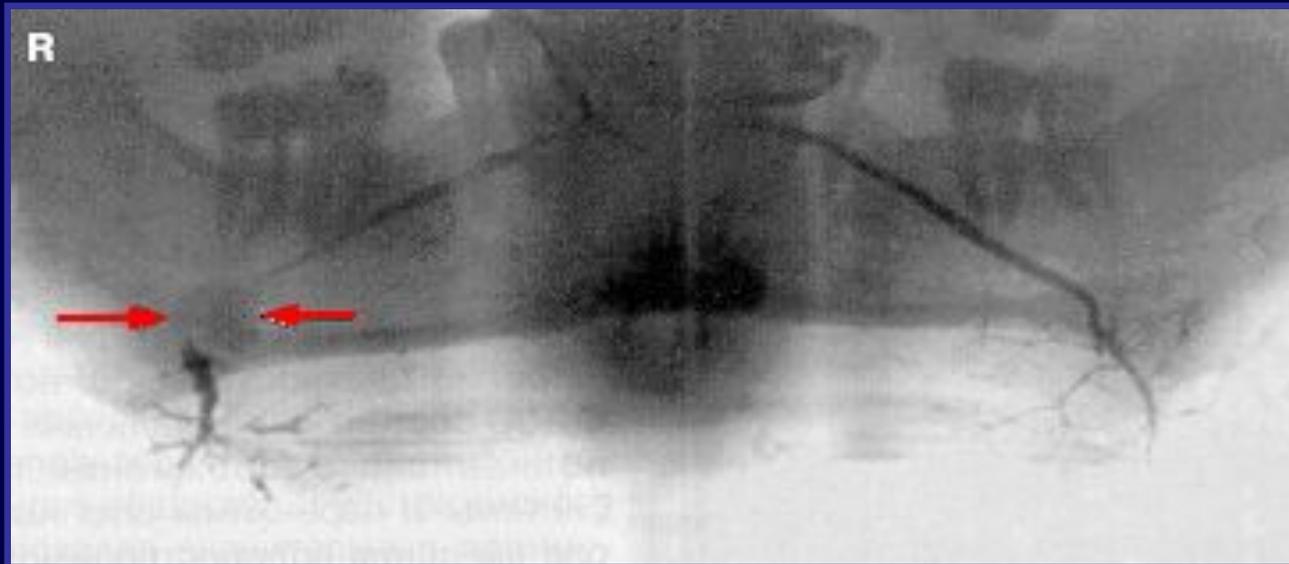
Особенность клинического течения калькулезного сialoadенита у детей:

- ✓ Отсутствие «слюнной колики», хотя железа при приеме пищи в размерах увеличивается
- ✓ Практически никогда не происходит полной обтурации протока камнем, и они не достигают больших размеров

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- ✓ С острыми и хроническими сialoadенитами
- ✓ С лимфаденитами
- ✓ С одонтогенными воспалительными процессами, развивающимися в области дна рта

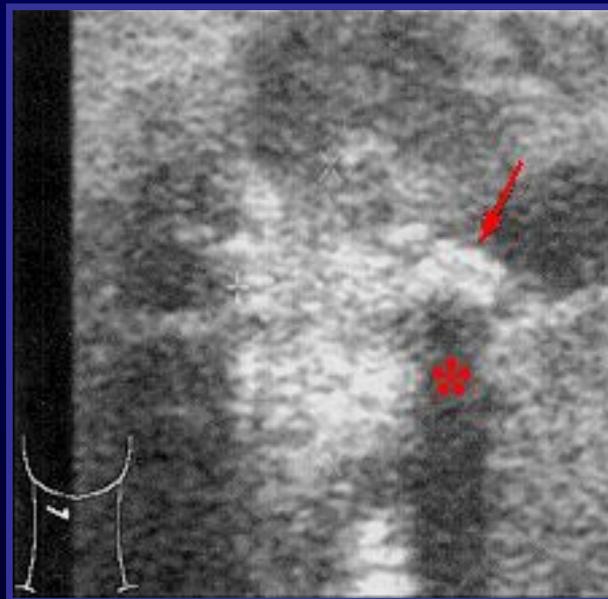
ПАНТОМОСИАЛОГРАММА ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ



Калькулезный сиалоаденит справа (→), прерывистость
основного протока, расширение и деформация протоков.
Неконтрастный слюнной камень

ЭХОГРАФИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Эхограмма правой поднижнечелюстной области.
Калькулезный сиалоаденит. В зоне соединения
протока с железой имеется конкремент (→) с
«акустической тенью» (*)



ДИГИТАЛЬНАЯ СИАЛОГРАФИЯ

Билатеральная дигитальная сиалография поднижнечелюстных слюнных желез в прямой проекции. Камни обоих выводных протоков (→), отсутствие контрастирования паренхимы правой железы (*).



КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ

Калькулезный сиалоаденит
Конкремент (1),
расположенный в протоке
левой поднижнечелюстной
слюнной железы, вызывает
видимый застой слюны (2).
Железа (3) имеет нечеткие
контуры.



ЛЕЧЕНИЕ КАЛЬКУЛЕЗНОГО СИАЛОАДЕНИТА

Тактика зависит от стадии воспалительного процесса. При обострении терапия проводится как при остром сиалоадените. Если слюна не выделяется - следует вскрыть проток над камнем, при этом возможно самопроизвольное удаление камня.

В хронической фазе показано удаление камня, а при невозможности этого - экстирпация поднижнечелюстной слюнной железы.

При абсцедировании проводят вскрытие гнойного очага в области поднижнечелюстного протока

Операция проводится внутриротовым доступом.

Разрез длиной 2-2,5 см делают параллельно подъязычной складке. Если при этом не получен гной, то рану расширяют тупым путем.

Целесообразно сразу удалить камень. В ране оставляют дренаж из перчаточной резины. При операции необходимо учитывать локализацию язычного нерва.

ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ КОНКРЕМЕНТА

Если камень находится в переднем отделе, операция не представляет трудностей. Ткани послойно рассекают. Для предотвращения смещения камня в дистальные отделы на проток накладывают лигатуру, проток рассекают, извлекают камень, рана послойно ушивается. Если камень находится в дистальных отделах, то удалить его чрезвычайно сложно. После извлечения камня в этом случае рана дренируется на 4 – 6 дней.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ КОНКРЕМЕНТА

- ✓ Ранение сосудов и нервов
- ✓ Нагноение послеоперационной раны
- ✓ Рубцовое сужение протока
- ✓ Оставление камня в протоке
- ✓ Ранение язычного и лицевого нервов
- ✓ Возникновение слюнного свища

КИСТЫ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ



Врожденные
(при атрезии протоков)

Приобретенные (ретенционные)
при травме, образовании
папиллом, слизистых пробок

КИСТЫ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

это патологическая полость в слюнной железе, стенка которой состоит из фиброзной ткани и часто выстлана эпителием

Содержимое кисты жидкое, чаще вязкое, напоминающее белок куриного яйца.

В анамнезе часто выявляется периодическое уменьшение или полное исчезновение кисты с последующим повторным возникновением

КИСТЫ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Наиболее часто

кисты слюнных желез образуются в малых железах, обладающих спонтанной секрецией

Наиболее редко

в околоушной слюнной железе, имеющей нисходящий широкий выводной проток

ПАТОГЕНЕЗ КИСТООБРАЗОВАНИЯ

В происхождении кист определенную роль играет нейрогенная и лекарственная гиперфункция слюнных желез.

Обтурация протока не приводит к образованию кист, а развивается атрофия железы.

Высказывается предположение, что ретенционные кисты подъязычной слюнной железы развиваются из остатков шейного синуса, сходного с первой жаберной дугой.

ПАТОГЕНЕЗ КИСТООБРАЗОВАНИЯ

Развивается повышенное гидростатическое давление и расширение выводных протоков.

При этом на первые сутки происходит диффузное пропитывание окружающих тканей секретом железы. Клетки крови мигрируют в очаг патологии и способствуют его локализации и уничтожению. Сдавление сосудов приводит к дистрофии железистых клеток с их вакуолизацией. Позднее формируется соединительно-тканная капсула, атрофия ацинусов и уплотнение их клеток.

РЕТЕНЦИОННЫЕ КИСТЫ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

В среднем, в год в одно поликлиническое отделение обращается около 150 детей с ретенционными кистами малых слюнных желез (примерно 7 – 8 % от общего числа первичных больных)

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Жалобы на наличие образования на слизистой полости рта. Из анамнеза выясняется, что сначала появилось небольшое округлое образование, которое исчезало и вновь возникало. Боли не причиняло, мешало при приеме пищи.

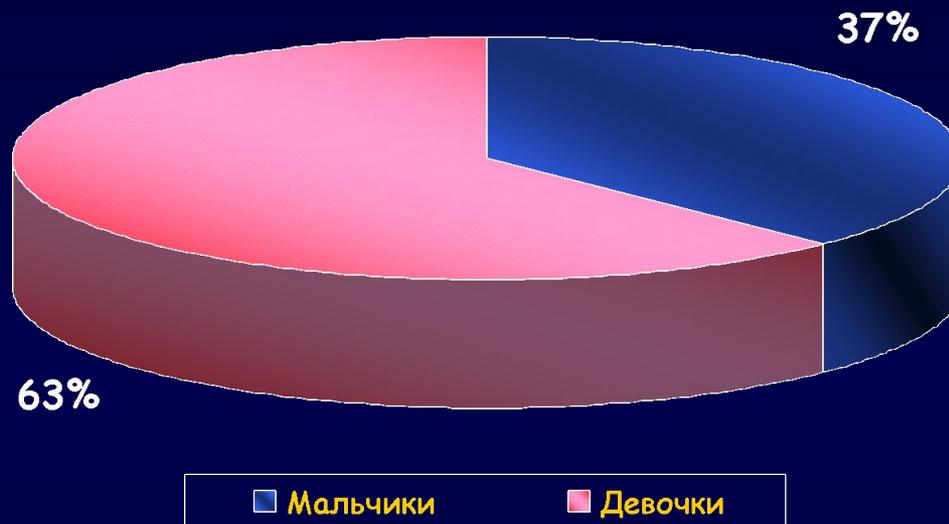
При осмотре обнаруживается образование округлой формы, покрытое неизменной слизистой оболочкой. При кисте больших размеров возможно истончение слизистой, она становится синеватого оттенка.

При пальпации плотно- или мягкоэластичной консистенции, отграничена от окружающих тканей, подвижна, безболезненна.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

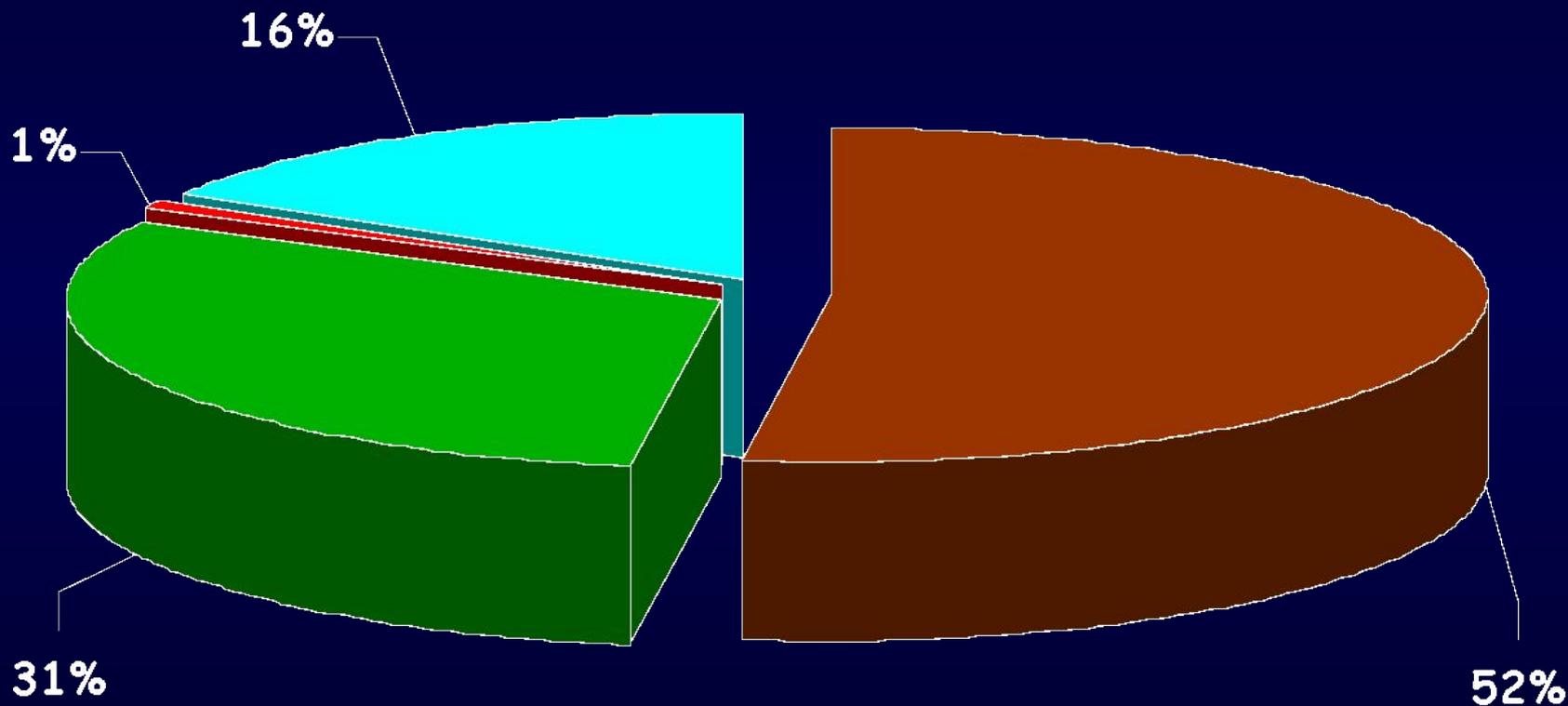


СООТНОШЕНИЕ МАЛЬЧИКОВ И ДЕВОЧЕК С КИСТАМИ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ



Наиболее часто кисты малых слюнных желез
наблюдаются у девочек 10 – 12 лет
Встречаются они и у детей до года, а к 16 годам частота
их обнаружения снижается

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ



■ Нижняя губа ■ Дно рта ■ Верхняя губа и слизистая щек ■ Остальное

ЛЕЧЕНИЕ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Удаление кисты вместе с малой слюнной железой

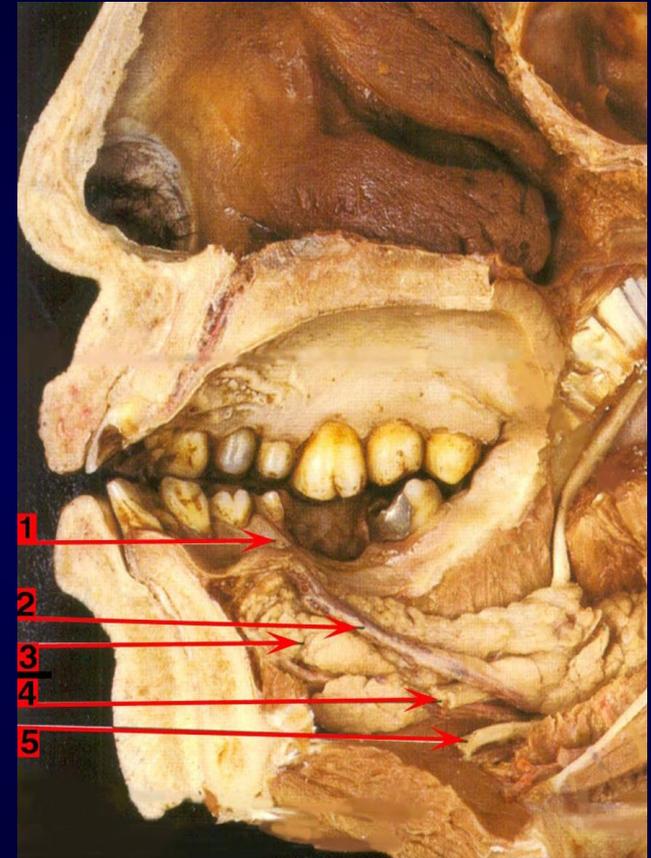
(цистаденэктомия)

Под местным обезболиванием проводят два сходящихся полуовальных разреза слизистой над кистой, оболочку тупым путем отделяют от окружающих тканей. Рану послойно ушивают кетгутом, дренаж не оставляют.

РЕТЕНЦИОННЫЕ КИСТЫ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Особенности анатомии

- ✓ Подъязычная слюнная железа располагается непосредственно под слизистой рта, окружена рыхлой клетчаткой.
- ✓ Из-за отсутствия капсулы и нахождения сразу в подслизистом слое возможны частые травмы.
- ✓ Около нее располагаются выводной проток поднижнечелюстной слюнной железы, подъязычная артерия и вена, язычный и подъязычный нервы



1-подъязычный сосочек; 2-проток поднижнечелюстной слюнной железы; 3-подъязычная слюнная железы; 4-язычный нерв; 5-подъязычный нерв.

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО С РЕТЕНЦИОННОЙ КИСТОЙ

- сбор анамнеза;
- клинический осмотр;
- аппаратные методы;
- пункция (по специальным показаниям);
- морфологическое исследование.

СБОР АНАМНЕЗА

- ✓ обратить внимание на давность заболевания;
- ✓ что предшествовало заболеванию (травма, вредная привычка);
- ✓ рост образования (быстрый, медленный);
- ✓ непостоянство размеров (лопалась с излитием вязкой жидкости, снова росла)

КЛИНИЧЕСКИЙ ОСМОТР

- ✓ Локализация -поднижнечелюстная и подподбородочная область;
- ✓ Лимфоузлы – не увеличены;
- ✓ Открывание рта - свободное или ограничено;
- ✓ Положение во рту - обычно с одной стороны от уздечки языка;
- ✓ Величина - от 1 см в диаметре;
- ✓ Форма - овоидная;
- ✓ Поверхность - гладкая;
- ✓ Слизистая оболочка - истончена, просвечивает, синюшной окраски;
- ✓ Консистенция - мягкая, эластичная, определяется флюктуация.
- ✓ Выводной проток - свободен, слюна выделяется;
- ✓ Подвижность - при бимануальном обследовании жидкое содержимое кисты перемещается;
- ✓ Соотношение с соседними областями - образование не спаяно с ними, язык оттесняется вверх и в сторону.

АППАРАТНЫЕ МЕТОДЫ

- ✓ УЗИ слюнных желез
- ✓ Контрастная сиалография
- ✓ Пантомосиалография
- ✓ Компьютерная томография
- ✓ Термографическое исследование
- ✓ Магнитно-резонансная томография

ЛЕЧЕНИЕ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Только хирургическое - цистаденэктомия

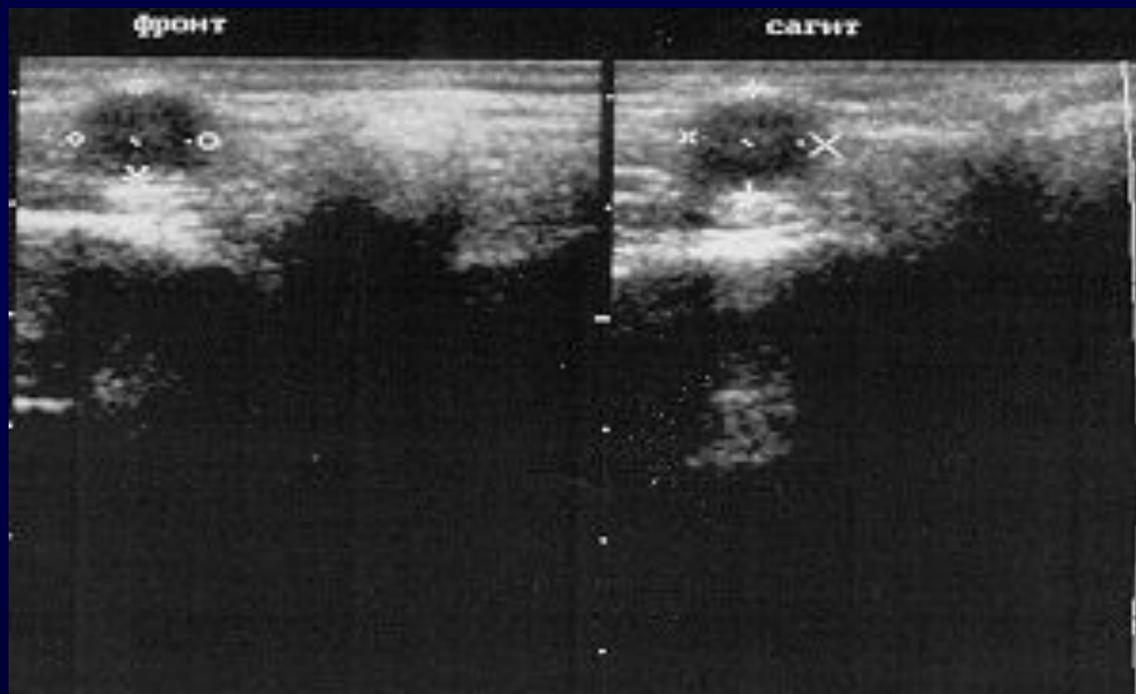
При цистаденэктомии вместе с кистой удаляется подъязычная слюнная железа, т.к. они плотно между собой сращены. Если кисту удалить не полностью, обязательно будет рецидив.



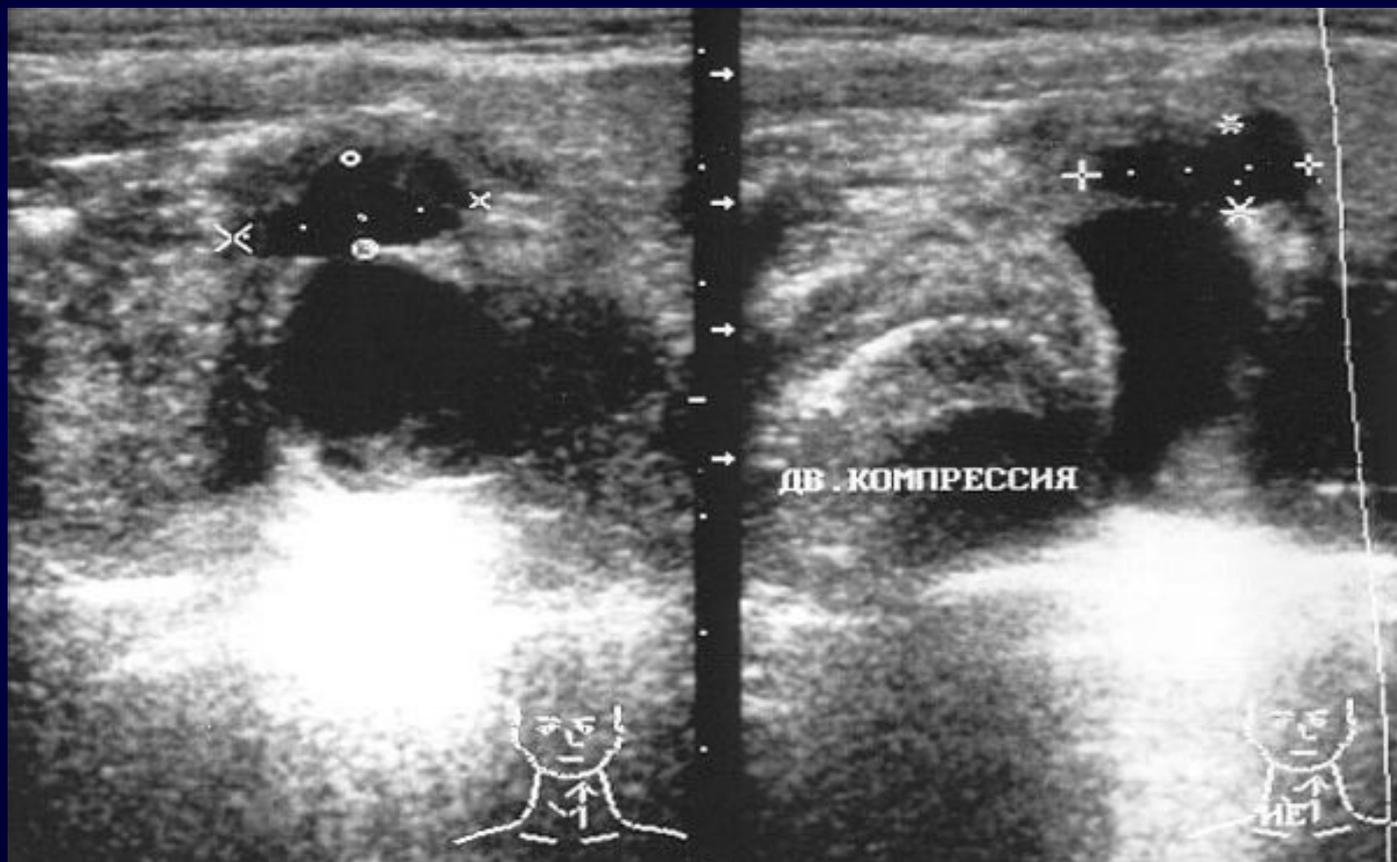
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- ✓ с кистозными лимфангиомами
- ✓ с дермоидными и эпидермоидными кистами

Эхографическая картина при ретенционной кисте подъязычной слюнной железы



Эхографическая картина при кистозной лимфангиоме дна рта



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

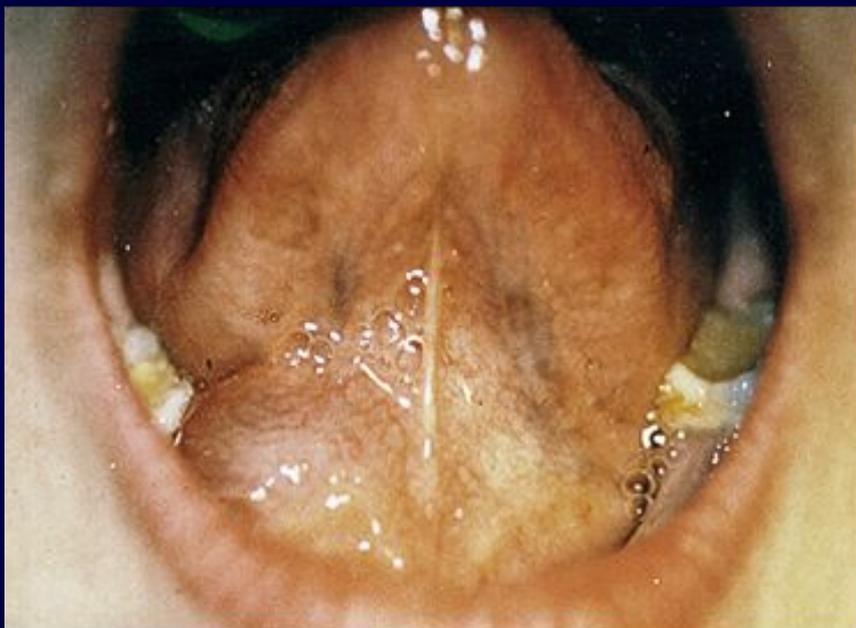


дермоидная киста дна
полости рта



ретенционная киста
подъязычной слюнной
железы

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ



лимфангиома дна
полости рта



ретенционная киста
подъязычной слюнной
железы

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

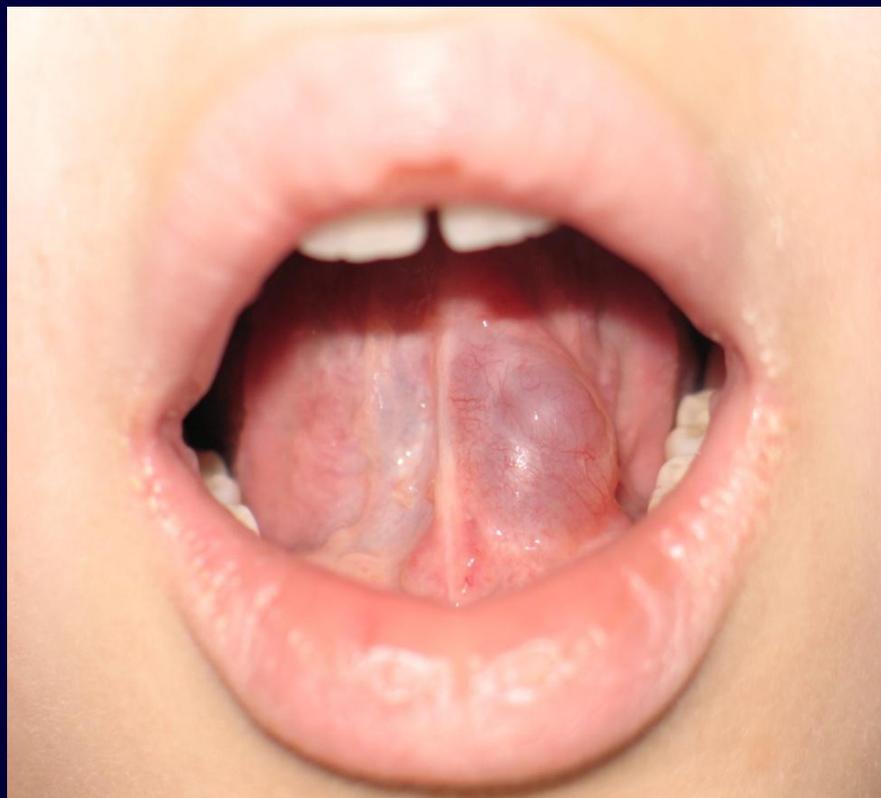


Для лимфангиом характерно наличие
пузырьковых высыпаний в других участках
слизистой рта

РЕТЕНЦИОННАЯ КИСТА ПОДЪЯЗЫЧНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Ретенционная киста Блан-дин-нунновской слюнной железы



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- ✓ ретенционная киста располагается на соответствующей половине дна полости рта
- ✓ при лимфангиоме и дермоидных кистах переход купола на другую сторону
- ✓ при ретенционной кисте слизистая синюшная, прозрачная
- ✓ при лимфангиоме слизистая желтоватая или багровая
- ✓ при пальпации ретенционная киста мягкая
- ✓ при пальпации лимфангиома упругая, плотная за счет толщины оболочки



**СПАСИБО
ЗА
ВНИМАНИЕ**