I. Общие сведения о больном (паспортная часть)

#### Фамилия, имя, отчество

Возраст

Семейное положение

Образование: среднее специальное

Профессия: водитель

Место работы:

Адрес (место жительства больного)

Время поступления в клинику:

Через сколько часов (дней) госпитализирован от начала заболевания: через 3 дня

Диагноз направившего лечебного учреждения: хронический калькулезный сиалоаденит поднижнечелюстной железы справа

Диагноз при поступлении в клинику: Слюнокаменная болезнь поднижнечелюстной железы справа

Клинический диагноз:

Основное заболевание: Хронический поднижнечелюстной сиалоаденит справа

Осложнение основного заболевания: нет.

Сопутствующие заболевания: нет.

Название и дата операции: 2.10.12 Удаление конкремента поднижнечелюстной слюнной железы

Вид обезболивания: Местная (торусальная и инфильтрационная) анестезия

Осложнения во время операции: нет

Дата выписки: 10.10.2012

Исход заболевания: выздоровление

##### II. Жалобы больного (molestia)

При поступлении: на боли при глотании, припухлость поднижнечелюстной области справа, увеличивающуюся при приеме пищи.

На момент курации: активных жалоб не предъявляет

III. История развития настоящего заболевания (anamnesis morbi)

Со слов больного припухлость в поднижнечелюстной области появлялась и ранее, но особого значения пациент ей не придавали за медицинской помощью не обращался.

Около двух недель назад вновь появилась припухлость, которая самостоятельно не проходила. Инфильтрация нарастала.

27.09.2012 обратился в СОКБ к стоматологу-хирургу. Было назначено УЗИ исследование поднижнечелюстной слюнной железы справа.

1.10.2012 с результатами исследования повторно посетил стоматолога-хирурга, откуда и был госпитализирован в ЧЛХ СОКБ.

##### IV. История жизни (anamnesis vitae)

Больной в детстве рос и развивался соответственно возрасту, признаков рахита в детстве не было, жил вместе с родителями в благоустроенной квартире. Финансовое и жилищное состояние семьи было удовлетворительным. Ветряной оспой, корью, болезнью Боткина не болел. Получил среднее специальное образование. В данный момент проживает в собственном квартире с женой, питается три раза в день горячей пищей. Материально обеспечен. Наследственность не отягощена. Туберкулез, сифилис, и венерические заболевания отрицает. Операций и травм не было. Имеет двух детей.

Аллергологический анамнез

Непереносимость лекарственных средств, бытовых веществ и пищевых продуктов не отмечает.

Вредные привычки

Курит. Алкоголь употребляет редко.

V. Данные объективного исследования (status praesens communis)

Общее обследование

Общее состояние: удовлетворительное Сознание: ясное

Положение: активное Выражение лица: спокойное

Конституциональный тип телосложения: нормостенический

Рост: 185 см Вес: 87 кг Температура тела: 36,7 С

Состояние кожи

Цвет: телесный

Влажность: умеренная

Эластичность: эластичная

Сыпь и другие образования: не обнаружено

Подкожная клетчатка

Развита умеренно, распределена равномерно.

Отеки

Не обнаружено

Лимфатические узлы

Не пальпируются.

Мышцы

Развитие: симметричное, в умеренной степени

Сила: достаточная

Тонус: обычный

Суставы

Конфигурация: обычная.

В плечевых, локтевых, лучезапястных, межфаланговых, тазобедренных, голеностопных и коленных суставах движения свободные, в полном объеме.

## Система органов дыхания

#### Осмотр

Дыхание через нос: свободное

Форма грудной клетки: нормостеническая

Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания: равномерно

Тип дыхания: смешанный

ЧДД: 18 в минуту

Участие вспомогательных мышц в акте дыхания: не участвуют

#### Пальпация

При пальпации болезненности и деформации ребер и ключиц не обнаружено.

Грудная клетка эластичная.

Голосовое дрожание: над периферическими участками грудной клетки передних, задних и боковых отделов голосовое дрожание симметрично.

#### Перкуссия

#### Сравнительная перкуссия легких: над передними, боковыми и задними отделами легких перкуторный звук одинаков в симметричных точках, легочный, гамма звучности сохранена.

#### Топографическая перкуссия легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Справа | Слева |
| Окологрудинная | VI межреберье | IV межреберье |
| Среднеключичная | VI межреберье | VI межреберье |
| Передняя подмышечная | VII межреберье | VII межреберье |
| Средняя подмышечная | VIII межреберье | VIII межреберье |
| Задняя подмышечная | IX межреберье | IX межреберье |
| Лопаточная | X межреберье | X межреберье |
| Околопозвоночная | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Аускультация

Дыхание: везикулярное

Хрипы: нет

Крепитация: нет

Шум трения плевры: нет

# Сердечно – сосудистая система

Видимых изменений в области сердца не выявлено. Видимая пульсация в области сердца, яремной ямки и эпигастральной области отсутствует.

Пальпация

Верхушечный толчок не определяется.

Пульс лучевых артерий обеих рук симметричный, ритмичный, умеренного напряжения, нормальной величины, дефицита нет. Форма пульсовой волны правильная, сосудистая стенка эластична.

Частота 70 ударов в минуту.

#### Перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| Левая | По переднеподмышечной линии в V межреберье | По срединно-ключичной линии в V межреберье |
| Правая | IV межреберье на 1,5 см кнаружи от правого края грудины | IV межреберье по левому краю грудины |
| Верхняя | III ребро | Верхний край IV ребра |

Ширина сосудистого пучка: 6 см

#### Аускультация

Ритм сердечных сокращений: регулярный

I тон: на верхушке, совпадает с верхушечным толчком, пульсом на лучевой артерии, громче II тона, ниже по тональности, чем II тон.

II тон: на основании сердца, громче, чем I тон, выше по тональности, чем I тон.

Шумы: патологические не выслушиваются

При осмотре сосудов, капиллярный, венный пульс не определяется.

#### Артериальное давление

На правой руке 130/80мм рт. ст.

На левой руке 125/80 мм рт. ст..

##### Пищеварительная система

Язык: чистый, влажный

Слизистая оболочка полости рта: бледно-розового цвета, умеренно увлажнена

Живот правильной конфигурации, мягкий, обе половины симметричные, брюшная стенка участвует в акте дыхания равномерно, грыжевых выпячивании и послеоперационных рубцов нет. Тонус мышц передней брюшной стенки нормальный. Подкожная венозная сеть, видимая перистальтика кишечника, метеоризм отсутствуют. Данных, свидетельствующих о наличии свободной жидкости в брюшной полости, нет.

Глотание и прохождение по пищеводу: свободное

Поверхностная пальпация

Живот мягкий, безболезненный, грыжевые выпячивания отсутствуют. Тонус мышц передней брюшной стенки нормальный. Дефектов белой линии живота и объемных образований в брюшной полоти не обнаружено.

Глубокая пальпация:

Сигмовидная кишка: расположена правильно, на средней трети ориентировочного расстояния (перпендикуляр от пупка до линии, соединяющей ость подвздошной кости и пупартову связку), диаметр 2,5 см, эластичная; стенка гладкая, ровная; подвижность 3-4 см, безболезненная, урчания при пальпации нет.

Слепая кишка: расположена в средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости, диаметр 4-5 см; эластичная; стенка гладкая, подвижность достаточная (2 см); безболезненна, определяется урчание.

Восходящая и нисходящая ободочная кишка: не пальпируются

Поперечно-ободочная кишка – определяется только слева, под большой кривизной желудка - диаметр 2-3 см; эластичная; стенка гладкая, подвижность 3 см; безболезненна, определяется урчание.

Желчный пузырь: не пальпируется

Селезенка: не пальпируется

Желудок: граница нижнего края на 3 см выше пупка. Шум плеска не определяется. Стенка большой кривизны желудка ровная, эластичная, подвижная (2 см), безболезненная. Привратник не пальпируется.

#### Печень

Перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхняя граница | Нижняя граница | Левая граница |
| Относительной тупости - верхний край VI ребраАбсолютной тупости – VI межреберье | По срединно-ключичной линии справа – ниже края реберной дуги на 3 смПо срединной линии - на границе средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка | Выходит за пределы левой парастернальной линии на 1 см |

#### Размеры печени по Курлову

|  |  |
| --- | --- |
| Размер | См |
| По срединно-ключичной линии от верхней границы абсолютной тупости печени до нижней границы | 10 |
| От основания мечевидного отростка до нижней границы по срединной линии | 8 |
| От основания мечевидного отростка до левой границы | 7 |

Мочевыделительная система

Поясничная область: деформаций, отечности и покраснений кожи не обнаружено.

Почки: не пальпируются

Симптом Пастернацкого: не выявляется

#### Мочевой пузырь: при перкуссии не определяется, не пальпируется.

#### Мочеиспускание: регулярное, безболезненное.

Эндокринная система

Рост выше среднего, тело развито пропорционально.

Щитовидная железа: не увеличена.

Вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту.

Нервная система.

Умственное развитие: соответствует норме

Настроение: ровное

Характер сна: глубокий

Явные признаки поражения нервной системы отсутствуют

Реакция на окружающее: адекватная.

В пространстве, времени, собственной личности ориентирован правильно. Отношение к своему заболеванию адекватное, контакт с окружающими хороший. Сухожильные, зрачковый рефлексы без отклонений. Зрение, слух, обоняние без отклонений. Координация движений сохранена.

Местный статус (status localis).

Видимой асимметрии лица нет. Пальпаторно в поднижнечелюстной области справа определяется слабо болезненный инфильтрат размером 5х6 см. Кожа над инфильтратом в цвете не изменена. Заушные, подчелюстные, шейные лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта слизистая оболочка в области язычного желобка слегка отечна, гиперемирована.

При пальпации в проекции поднижнечелюстной слюнной железы справа определяется уплотнение в дистальном отделе выводного протока размером 2х3 см, не спаянное с окружающими тканями.

При массировании поднижнечелюстной слюнной железы выделяется слюна с примесью гноя.

Полость рта санирована, имеется два полных съемных пластинчатых протеза.

Прикус: не фиксирован.

Предварительный диагноз

Хронический калькулезный поднижнечелюстной сиалоаденит справа.

Диагноз поставлен на основании:

Субъективных данных: жалоб больного на припухлость мягких тканей в поднижнечелюстной области справа, боль при глотании, увеличение припухлости во время еды.

Объективных данных: В результате осмотра челюстно-лицевой области видимой асимметрии лица не обнаружено. Пальпаторно в поднижнечелюстной области справа определяется слабо болезненный инфильтрат размером 5х6 см. Кожа над инфильтратом в цвете не изменена. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта слизистая оболочка в области язычного желобка слегка отечна, гиперемирована.

При пальпации в проекции поднижнечелюстной слюнной железы справа определяется уплотнение в дистальном отделе выводного протока размером 2х3 см, не спаянное с окружающими тканями.

При массировании поднижнечелюстной слюнной железы выделяется слюна с примесью гноя.

Результаты дополнительных методов исследования.

Исследование кала на яйца глист.

Не обнаружено.

Анализ мочи:

|  |  |
| --- | --- |
| Глюкоза, ммоль/л | 3.4 |
| Билирубин общий, мкмоль/л | Neg |
| Билирубин прямой, мкмоль/л | Neg |
| Кетоновые тела | Neg |
| Белок | Neg |
| Лейкоциты | Neg |
| Нитриты | Neg |
| Глюкоза | Neg |
| Удельный вес (относительная плотность) | 1.025 |
| рН | 5.5 |
| Витамин С ммоль/л | 0 |

Анализ мочи соответствует норме.

УЗИ поднижнечелюстной слюнной железы справа

Данные обследования: Эхогенность поднижнечелюстной слюнной железы справа снижена, эхоструктура неоднородная. Определяется кистозное образование 21,7 х 18,7 х 13,8 мм с цепочкой микро конкрементов в протоке от 2,1 дог 2,4 – 3,1мм, дающих четкую акустическую тень, в кисте локализуется гиперэхогенное включение диаметром около 6 мм.

Заключение: Эхопризнаки слюнокаменной болезни.

Обоснование диагноза.

Диагноз: Хронический калькулезный поднижнечелюстной сиалоаденит справа.

Диагноз поставлен на основании:

Субъективных данных: жалоб больного на припухлость мягких тканей в поднижнечелюстной области справа, боль при глотании, увеличение припухлости во время еды.

Объективных данных: В результате осмотра челюстно-лицевой области видимой асимметрии лица не обнаружено. Пальпаторно в поднижнечелюстной области справа определяется слабо болезненный инфильтрат размером 5х6 см. Кожа над инфильтратом в цвете не изменена. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта слизистая оболочка в области язычного желобка слегка отечна, гиперемирована.

При пальпации в проекции поднижнечелюстной слюнной железы справа определяется уплотнение в дистальном отделе выводного протока размером 2х3 см, не спаянное с окружающими тканями.

При массировании поднижнечелюстной слюнной железы выделяется слюна с примесью гноя.

Данных дополнительных методов исследования:

УЗИ поднижнечелюстной слюнной железы справа

Эхогенность поднижнечелюстной слюнной железы справа снижена, эхоструктура неоднородная. Определяется кистозное образование 21,7 х 18,7 х 13,8 мм с цепочкой микро конкрементов в протоке от 2,1 дог 2,4 – 3,1мм, дающих четкую акустическую тень, в кисте локализуется гиперэхогенное включение диаметром около 6 мм.

Дифференциальный диагноз.

Необходимо отличать слюннокаменную болезнь от хронического или острого сиалоаденита, злокачественного или доброкачественного новообразования, неспецифического лимфаденита, флегмоны. В последние годы число диагностических ошибок уменьшается, но все еще остается значительным Внимательный анализ данных анамнеза и объективного обследования помогает установить правильный диагноз. В особо затруднительных для диагностики случаях хронического течения болезни можно прибегнуть к удалению подчелюстной железы и последующему гистологическому исследованию ее. При затруднениях в дифференцировании слюнокаменной болезни от злокачественной неоплазмы с успехом используем метод радиоиндикационного исследования с применением радиоактивного фосфора (Р32).

Острый гнойный лимфаденит характеризуется появлением значительной боли в пораженном месте. Кожа над пораженным лимфатическим узлом гиперемирована, отечна, постепенно спаивается с ним. Общее самочувствие значительно ухудшается, повышается температура тела до 38 – 39 С, в крови значительный лейкоцитоз. У пациентов в течении 1-2 недель происходит абсцедирование, сопровождающееся отчетливыми общими и местными явлениями.

При флегмоне дна полости рта больные жалуются на интенсивные боли, невозможность глотания, ограничение открывание рта, затрудненное дыхание и речь. Лицо одутловатое, определяется плотный. Разлитой инфильтрат в обоих поднижнечелюстных и подбородочных треугольниках. Подъязычные складки инфильтрированы, выбухают , иногда выше коронок зубов.

Необходимость дифференциальной диагностики обострившегося хронического калькулезного сиалоаденита с абсцессом челюстно-язычного желобка обусловлена сходством этих процессов в клинических проявлениях: повышение температуры тела, ухудшение общего состояния, отек и инфильтрация тканей в области челюстно-язычного желобка и дна полости рта. Отличие обострившегося хронического калькулезного сиалоаденита от абсцесса челюстно-язычного желобка выражается в различии характера предшествующих процессов. Обострению хронического калькулезного сиалоаденита предшествуют боли типа слюнной колики, возникающие во время приема пищи. Абсцессу челюстно-язычного желобка предшествуют воспалительный процесс в периодонте нижних коренных зубов, травма слизистой дна полости рта. При обострении хронического калькулезного сиалоаденита из выводного протока железы выделяется мутная слюна или гной либо выделения из протока отсутствуют. При абсцессе челюстно-язычного желобка из выводного протока поднижнечелюстной слюнной железы выделяется прозрачная слюна.

Отличие слюнокаменной болезни от хронического паренхиматозного сиалоаденита проявляется в увеличении железы и появлении слюнных колик во время приема пищи, обнаружение на рентгенограмме слюнного камня в протоке или паренхиме железы.

Калькулезный сиалоаденит с локализацией камня в поднижнечелюстной слюнной железе отличается от метастазов злокачественных опухолей и первичной опухоли железы наличием слюнных колик и увеличением слюнной железы при приеме пищи.

Для первичных опухолей слюнной железы характерен продолжительный рост, отсутствует период обострения.

Этиология и патогенез заболевания

Этиология СКБ до настоящего времени окончательно не установлена. Существует ряд предположений о причинах и механизме образования слюнного камня.

В начале ХХ века полагали, что в основе образования конкремента лежит внедрение инородного тела в протоки слюнных желез, вокруг которого оседают известковые соли, выпадавшие из слюны. Вместе с тем многие клиницисты при попадании инородных тел в протоки желез значительно чаще наблюдали развитие сиалоаденита, а не слюнокаменной болезни.

Зёдерлунд, исследуя конкременты, обнаружил в них значительное содержание колоний актиномицетов, которые составляли ядро камня. Исходя из этого, И. Лукомский, Н. Лесовая, Stones и другие полагали, что в механизме образования слюнного камня главную роль играют микроорганизмы, под влиянием которых нарушается физико-химическая структура стенки протока, отторгаются клеточные элементы, образующие ядро, инкрустирующееся известковыми солями, выпадавшими из слюны. В то же время Н.Пшеничный считал, что микроорганизмы не являются причиной формирования камня и для его образования необходим еще какой-то дополнительный фактор.

А. Колесов, А. Клементов, Е. Андреева выявили у пациентов с СКБ повышенное содержание кальция в плазме крови и считали, что в патогенезе заболевания несомненную роль играет нарушение минерального обмена в организме. Кроме того, А. Колесов отметил, что увеличение количества кальция и неорганического фосфора в сыворотке крови и слюне сопровождается обильным отложением зубного камня в полости рта.

Существенную роль в образовании камня может играть А-авитаминоз. Согласно наблюдениям Г. Гребенщикова, рацион питания с низким содержанием витамина А приводит к возникновению мочекаменной болезни. И. Худояров, создав А-авитаминозную диету в эксперименте, отметил армирование микролитов в слюнных железах крыс.

А. Клементов указывал, что хронический сиалоаденит, развивающийся в силу разных факторов, является причиной образования геля - органической основы камня, который в последующем, кристаллизуясь, превращался собственно в камень. М. Григалашвили с соавторами отметили, что жители Западной Грузии, чаще употреблявшие кислые и острые приправы, чем население Восточной Грузии, реже болели сиалоаденитами, в том числе калькулезными.

На основании результатов клинического и экспериментального исследований установлено, что СКБ развивается на фоне врожденных нарушений протоковой системы. При этом образование слюнного камня происходило в расширенных отделах протока, перед стриктурированной (стенозированной) ее частью. Расширение отдельных участков протока является следствием врожденных нарушений, а не результатом образования и роста слюнного камня, как ранее полагали некоторые ученые. Участки стеноза (стриктуры) протока являлись, по сути, физиологически нормальными, однако по отношению к эктатическим отделам протока они становились стенотическими, замедляя скорость выделения секрета. Кроме наличия врожденных изменений протоковой системы для образования конкремента также была необходима особая анатомическая форма околоушного или поднижнечелюстного протоков, которые имели вид ломаной линии с резкими изгибами.

Все известные теории возникновения СКБ не противоречили, а дополняли друг друга, поэтому верным считается мнение о том, что болезнь носит полиэтиологический характер.

В своем составе слюнные камни имеют органические и минеральные вещества. В структуре камней преобладают такие минеральные компоненты, как фосфат, карбонат кальция и фосфат магнезии, а органическая основа камня в виде протеинов составляет 25-30% . В то же время А.Кораго и соавт. (1993) установили, что в составе камня превалируют органические вещества (75-90%) в виде различных аминокислот с преобладанием аланина, глутаминовой кислоты, глицина, серина. Минеральный компонент представлен карбонатсодержащим гидроксилапатитом, витлокитом и следами гипса. D. Karengera et al. (1996), изучая минеральный состав 23 слюнных камней, обнаружили, что их органический компонент (белки) может колебаться в пределах 33-66% и выше.

По мнению А. Денисова, образование минеральных конкреций в СЖ является обычным явлением. В ацинарных клетках в 80% случаев авторы выявили микрокамни размером 25 мкм, состоявшие из ионов кальция и обломков внутриклеточных мембран. При нарушении оттока слюны эти микрокамни могли остаться внутри протока и в дальнейшем вызвать местную обструкцию. Редкое образование конкрементов в околоушных слюнных железах связано с тем, что в их секрете содержится статхерин, который является мощным ингибитором осаждения из слюны фосфата кальция. Длительная ретенция слюны из-за обтурации протоков камнем обычно ведет к ее застою и развитию хронического сиалоаденита, гибели ацинарной ткани и замещению ее фиброзной.

Патогенез камнеобразования окончательно не выяснен. Существует ряд теорий, которые выдвигают значение того или иного фактор или комплекса факторов. Например, еще в 1899 г. В. В. Подвысоцкий указывал на четыре условия, способствующие камнеобразованию:

* задержка выделения слюны (приводящая к ее застою и сгущению);
* повышение концентрации свежей слюны;
* появление в слюне инородных веществ — бактерий, сгустков фибрина, слизи, отторгнувшихся клеток;
* изменение состава слюны (химические процессы разложения в ней, способствующие выпадению нерастворимых соединений).

Некоторые авторы придают большое значение попаданию микробов в проток железы, особенно актиномицетов. Современные авторы (И. Г. Лукомский, 1950; Н. Д. Лесовая, 1955; Pfeifer, 1953; Stones, 1954, и др.) трактуют процесс камнеобразования следующим образом: возникшее воспаление в выводных протоках и паренхиме слюнных желез приводит к отеку стенок протоков и сужению их просвета; это влечет за собой затруднение оттока слюны и застой ее. Кроме того, воспаление и воздействие микроорганизмов нарушают физико-химическую структуру стенки выводного протока, вызывают отторжение клеточных элементов стенок протоков, выпадение геля. Отторгнувшиеся клетки и гель образуют комки, которые составляют ядро будущего камня. Это ядро постепенно инкрустируется солями извести, выпадающими из слюны в результате застоя или изменения ее состава. В частности, по данным А. А. Колесова и А. В. Клементова, существенную роль в камнеобразовании играет такой фактор, как повышение содержания кальция и фосфора в плазме крови, отмеченное ими у больных слюнокаменной болезнью.

Преимущественное поражение слюнокаменной болезнью лиц среднего и пожилого возраста находит объяснение в исследованиях Р. П. Подорожной, которая установила, что возрастные изменения биохимического состава слюны и проникновение ряда веществ через слюнные железы способствуют, по мере роста и старения организма, выпадению слюнного камня. Ее данные свидетельствуют о том, что с возрастом в слюне уменьшается количество растворимых веществ и увеличивается концентрация осаждаемых соединений.

Возможно, что в образовании слюнных камней определенную роль играет и А-авитаминоз. Высказанное некоторыми авторами предположение о наличии связи слюнокаменной болезни с другими «каменными» заболеваниями не подтвердилось при обследовании больных с урологическими заболеваниями в санаториях Трускавца (В. М. Соболева). Соответственно рентгенологическим исследованиям Г. А. Зедгенидзе, наиболее частая локализация слюнных камней в подчелюстных железах связана с тем, что в местах изгибов Вартонова протока перистальтика его выражена значительно слабее, чем в других участках. Это способствует застою слюны и выпадению из нее солей.

По мнению других авторов, этому процессу благоприятствуют такие факторы, как большие размеры протока и паренхимы подчелюстной слюнной железы, частое раздражение устья протока и окружающей слизистой оболочки дна рта пищей и другими раздражителями, наличие в слюне подчелюстной железы большого количества белковых веществ и наличие в протоке железы дивертикулов.

Таким образом, процесс образования слюнных камней весьма сложный, зависящий, очевидно, от ряда местных и общих факторов, среди которых следует учитывать и такие, как сила ответной воспалительной реакции организма и, в частности, тканей железы на внедрение микроорганизмов, на травматические воздействия и др.

Выбор и обоснование метода лечения.

Возможные лечебные мероприятия при калькулезном сиалоадените: при слюнокаменной болезни может использоваться ультразвуковое дробление камня (массово этот метод не применяется). Основное значение имеет хирургическое лечение.

При обострении калькулезного сиалоаденита показано то же лечение, что и при любом остром сиалоадените (тепловые процедуры, антибактериальная терапия: антибиотики широкого спектра действия, лучше с учетом чувствительности микрофлоры, сульфаниламидные препараты, витамины группы А и С, дегидратационная, десенсибилизирующая терапия. Бужирование растворами протеолитических ферментов, антибиотиков.)

Если камень находится в выводном протоке, то производят вскрытие (продольное рассечение) протока над камнем. При вскрытии протока камень может выделиться самопроизвольно или его удаляют. Операция проводится в амбулаторных условиях. Швы на рану не накладывают.

Если камень находится в подчелюстной слюнной железе или если имеет место рецидив слюнокаменной болезни после удаления камня из протока железы, то производят экстирпацию железы в условиях стационара.

Если камень находится в околоушной слюнной железе, то в условиях стационара удаляют участок железы с камнем.

Лечение может считаться успешным и законченным при полном или частичном восстановлении функции железы.

Режим больного: палатный.

Диета: ОВД (общий, стол №15)

Подготовка к проведению оперативного вмешательства: УЗИ поднижнечелюстной слюнной железы справа, общий анализ мочи, анализ калана яйцеглист. Премедикация: Димедрол 1% - 2 мл, Анальгин 50% - 2 мл, Атропин 0,1% - 1мл внутримышечно.

Физиотерапевтическое лечение: электрическое поле УВЧ № 7на поднижнечелюстную область справа.

Медикаментозное лечение: Панклав 0,625 х 3 р/д в течение10 дней.

Антисептические полоскания

Протокол операции.

Диагноз: Хронический калькулезный поднижнечелюстной сиалоаденит справа.

Премедикация: Sol. Analgini 50% 2,0 ml

Sol. Promidoli 1% 2,0 ml

Sol. Atropini sulf. 0,1% 1,0 ml

Вид обезболивания: местная анестезия (торусальная, инфильтрационная)

Под торусальной и инфильтрационной анестезией Sol. Lidocaini 2% - 6 ml произведен разрез в челюстно-язычном желобке по ходу кости, тупым путем пройдено к поднижнечелюстной слюнной железе. Выделен и удален конкремент бело-желтого цвета размером 2 х3 см. Рана антисептически обработана, дренирована перчаточным дренажом.

Дневник наблюдения за больным

5.10.2012

Жалоб активно не предъявляет, отмечает значительное улучшение.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, без отрицательной динамики,сон крепкий, аппетит сохранен.Физиологические отправления в норме. АД 130/80 мм. рт. ст. Пульс 68 ударов в минуту. ЧДД 18 в минуту. Температура 36,9 С. Кожные покровы телесного цвета. Пальпация грудной клетки безболезненна. Границы легких не смещены, перкуторный звук легочный. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС 68 в минуту. Шумов и акцентов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.

Местно: отек и инфильтрация мягких тканей в поднижнечелюстной области справа практически не изменились. По дренажу из раны скудное гнойное отделяемое.

Антисептическая обработка раны0,06% раствором хлоргексидина. Смена перчаточного дренажа.

6.10.2012

Жалоб активно не предъявляет, отмечает значительное улучшение.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, без отрицательной динамики, сон крепкий, аппетит сохранен.Физиологические отправления в норме. АД 130/80 мм. рт. ст. Пульс 68 ударов в минуту. ЧДД 18 в минуту. Температура 36,6 С. Кожные покровы телесного цвета. Пальпация грудной клетки безболезненна. Границы легких не смещены, перкуторный звук легочный. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС 68 в минуту. Шумов и акцентов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.

Местно: отек и инфильтрация мягких тканей в поднижнечелюстной области справа незначительно уменьшились. По дренажу из раны скудное гнойное отделяемое.

Антисептическая обработка раны0,06% раствором хлоргексидина. Смена перчаточного дренажа.

8.10.2012

Жалоб активно не предъявляет, отмечает значительное улучшение.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, без отрицательной динамики, сон крепкий, аппетит сохранен. Физиологические отправления в норме. АД 130/80 мм. рт. ст. Пульс 68 ударов в минуту. ЧДД 18 в минуту. Температура 36,7 С. Кожные покровы телесного цвета. Пальпация грудной клетки безболезненна. Границы легких не смещены, перкуторный звук легочный. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС 68 в минуту. Шумов и акцентов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.

Местно: отек и инфильтрация мягких тканей в поднижнечелюстной области справа незначительна. По дренажу из раны отделяемого нет.

Антисептическая обработка раны0,06% раствором хлоргексидина.

Эпикриз

Пациент поступил в отделение ЧЛХ СОКБ с диагнозом Хронический поднижнечелюстной сиалоаденит справа. На момент госпитализации больной предъявляла жалобы на: боли при глотании, припухлость поднижнечелюстной области справа, увеличивающуюся при приеме пищи.

Из диагностических мероприятий было сделано: УЗИ поднижнечелюстной слюнной железы справа, ОАМ.

2.10.2012 под торусальной и инфильтрационной анестезией была проведена операция, в ходе которой был удален конкремент размером 2 х3 см, рана промыта раствором хлоргексидина и проставлен перчаточный дренаж.

Состояние пациента к моменту окончания курации значительно улучшилось, рана умеренно болезненная, чистая.

Прогноз для здоровья, жизни и труда благоприятный, т.к. в условиях стационара было проведено адекватное лечение данной патологии.

Список литературы:

1. Клементов А.К. Слюнокаменная болезнь. М.: Медицина, 2002
2. Солнцев А.М. Колесов В.С. Хирургия слюнных желез. Киев: Здоровье, 2000
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология, М.: Медицина, 2008