

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

А. К. КОРСАК

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕТЕЙ

Учебно-методическое пособие

Издание второе, переработанное и дополненное



Минск 2006

УДК 616.316–002–053.2 (075.8)

ББК 56.6 я 73

К 69

Утверждено Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 29.03.2006 г., протокол № 5

Рецензенты: зав. каф. челюстно-лицевой хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования, д-р мед. наук, проф. А. С. Артюшкевич; доц. каф. челюстно-лицевой хирургии Белорусского государственного медицинского университета, канд. мед. наук А. В. Глинник

Корсак, А. К.

К 69 Воспалительные заболевания слюнных желез у детей : учеб.-метод. пособие / А. К. Корсак ; 2-е изд., перераб. и доп. – Минск: БГМУ, 2006. – 42 с.

ISBN 985–462–594–X.

Освещены вопросы этиологии, классификации, клиники, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения наиболее часто встречающихся воспалительных заболеваний слюнных желез у детей. 1-е издание было выпущено в 2000 г. авторским коллективом в составе А. К. Корсак, С. В. Трихманенко, С. В. Кузнецова. Во второе издание включена новая глава: «Ситуационные задачи по теме»; обновлен список литературы; отредактированы и дополнены главы 1, 2, 3, 4.

Предназначено для студентов стоматологического и педиатрического факультетов, а также медицинского факультета иностранных учащихся.

УДК 616.316–002–053.2 (075.8)

ББК 56.6 я 73

ISBN 985–462–594–X

© Оформление. Белорусский государственный медицинский университет, 2006

1. Общая характеристика

Слюнные железы представляют собой особую группу секреторных органов. Их функции многообразны и не ограничиваются только участием в процессе пищеварения. Из ткани слюнных желез выделен гормон апоэритеин и ряд других веществ, обладающих гормональной активностью (паротин — фактор роста нервов и эпителия; тимоцин и др.). Гормон апоэритеин влияет на рост зубов и увеличивает количество гликогена в печени. Паротин стимулирует рост и развитие зубов и скелета человека, оказывая нормализующее действие на белковый и минеральный обмен в костных структурах. Кроме того, паротин оказывает воздействие на пролиферацию эластического каркаса мезенхимальных тканей, влияет на генез тромбоцитов и лейкоцитов, на метаболизм инсулина. Доказано наличие взаимных влияний в деятельности слюнных желез, сердечно-сосудистой, репродуктивной и других систем.

Слюна человека содержит более 50 пищеварительных ферментов: лизоцим, амилаза, липаза, протеаза, фосфатаза и др. Однако до сих пор еще не вполне понятна роль слюнных желез в пищеварительном процессе. Кроме того, слюна выполняет антимикробную функцию, что определяется действием содержащихся в ней ферментов: нуклеаз, лизоцима, трипсина, пероксидазы и др. Антибактериальные свойства слюны обусловлены также наличием в ней IgA. Продуценты секреторного IgA — плазматические клетки, располагающиеся в строме слюнных желез вокруг протоков. Их гибель при гнойных и гангренозных сиалоаденитах сопровождается снижением местной (в железе) и общей (во всем организме) иммунологической защиты.

Самая крупная из слюнных желез — околоушная. Она подковообразно располагается вокруг мочки уха и распространяется следующим образом: кзади — до сосцевидного отростка; книзу — до угла нижней челюсти; кпереди — до переднего края жевательной мышцы; кверху — до уровня скуловой дуги. Вес железы — 25–30 г. Главный выводной проток (стенон) отходит от железы в верхней ее части, направляется параллельно скуловой дуге, прободает щечную мышцу и открывается в преддверии полости рта напротив второго верхнего моляра. Длина внежелезистой части протока — 5–7 см. Диаметр — 2–3 мм. По составу секрета околоушная железа относится к серозным железам. В норме в течение 1 ч железа вырабатывает от 1 до 15 мл слюны.

Железа покрыта хорошо выраженной соединительно-тканной капсулой. Но на внутренней части железы капсула тонкая, а в области глоточного отростка её и вовсе отсутствует. В этом месте обнаженная часть железы прилежит к окологлоточному пространству. Околоушную слюнную железу прободают ветви лицевого нерва. К задневнутренней поверхности железы прилежит наружная сонная артерия. Толще железы в междольковой со-

единительной ткани и поверх капсулы железы в предушной области располагаются лимфатические узлы.

Поднижнечелюстная железа значительно меньше околоушной (8–10 г) и располагается в поднижнечелюстном треугольнике. Она округлой формы, покрыта плотной капсулой. Главный выводной проток (вартонов) открывается на дне полости рта, сбоку от уздечки языка за нижними резцами. Его диаметр — 2–4 мм, длина — 5–7 см. В поднижнечелюстном треугольнике, среди рыхлой клетчатки, кроме слюнной железы расположены лимфатические узлы, а также проходят лицевая артерия и вена. По характеру секрета поднижнечелюстная железа является серозно-слизистой. В норме за 1 ч она вырабатывает в среднем около 12 мл слюны.

Подъязычные железы меньше поднижнечелюстных. Их вес — 3–5 г. Они имеют овальную форму и располагаются сбоку, под языком, непосредственно под слизистой оболочкой полости рта. Главный выводной проток железы впадает в проток поднижнечелюстной слюнной железы.

Паренхима слюнных желез представлена системой ацинусов и протоков, объединенных в дольки. Между дольками располагаются соединительно-тканые прослойки (интерстиций), в которых проходят сосуды и нервы. По характеру секрета околоушные железы относятся к белковым, поднижнечелюстные — к смешанным, а подъязычные — к слизистым. У взрослых в сутки выделяется около 1000–1500 мл слюны. При этом поднижнечелюстные железы продуцируют 69 %, околоушные — 26 % и подъязычные — 5 %.

2. Методы обследования

Диагностика воспалительных заболеваний слюнных желез у детей требует общих, частных и специальных методов обследования. Общие методы включают: опрос, осмотр, пальпацию, термометрию, лабораторные исследования крови и мочи и др., применяемые, как правило, при обследовании всех больных с воспалительными заболеваниями.

Подробно не останавливаясь на каждом из указанных методов обследования, следует подчеркнуть, что во время сбора анамнеза у ребенка с воспалительным заболеванием слюнных желез в первую очередь необходимо выяснить, как долго длится заболевание, какое проводилось лечение, болел ли он ранее эпидемическим паротитом и был ли он в контакте с этими больными.

Далее необходимо выяснить были ли или имеются признаки сухости в полости рта, болезненность и увеличение железы, а также солоновато-горький привкус во рту во время приема пищи.

Осмотр и пальпация позволяют определить конфигурацию лица больного, состояние кожных покровов в области слюнных желез, консистен-

цию тканей железы, состояние устьев выводных протоков слюнных желез, характер и количество выделяемого секрета и др.

К частным методам обследования детей с воспалительными заболеваниями слюнных желез относятся: зондирование выводных протоков, обзорная рентгенография слюнных желез, исследование секреторной функции желез, качественный анализ слюны (исследование физико-химических свойств ее), цитология мазков слюны, контрастная сиалография, посев отделяемого из выводных протоков на микрофлору и ее чувствительность к антибиотикам и др. Применение вышеуказанных методов исследования, наряду с клинико-лабораторными данными, позволяют верно диагностировать заболевание.

Однако в некоторых случаях для уточнения диагноза и составления плана лечения необходимо использовать специальные методы обследования слюнных желез, к которым относят (И. Ф. Ромачева и соавт., 1987): стереорентгенографию, сиалотомографию, сиалографию с прямым увеличением изображения, электрорентгенконтрастную сиалографию, компьютерную томографию, радиосиалографию, сканирование, эхосиалографию (УЗИ), термовизиографию и др. Наиболее применяемый из них в клинической практике — УЗИ слюнных желез. С его помощью можно получить представление о макроструктуре железы, локализации и размерах патологических элементов в тканях железы. Кроме того, к специальным методам исследования слюнных желез можно отнести пункционную биопсию, которая дает возможность получить материал для цитологического и гистологического исследования тканей железы и более точно поставить диагноз.

Среди заболеваний слюнных желез выделяют пять основных групп:

1. Воспалительные заболевания (неспецифические и специфические).
2. Системные заболевания.
3. Слюнно-каменная болезнь.
4. Опухоли и опухолевидные образования.
5. Повреждения слюнных желез.

Как правило, чаще всего у детей встречаются воспалительные заболевания. Этиология и патогенез их различны. Так, воспаление слюнной железы может быть вирусной (эпидемический паротит) и бактериальной природы: при закупорке протока слюнным камнем, на фоне тяжелого инфекционного и других заболеваний, при рефлексорной задержке слюноотделения (послеоперационные паротиты) и др. Проникновение инфекции в слюнную железу возможно несколькими путями: стоматогенным, гематогенным, лимфогенным и по протяжению (В. А. Козлов, 1985). В развитии воспалительных заболеваний слюнных желез у детей ведущее значение имеют задержка оттока слюны и стоматогенный путь инфицирования.

Воспалительные заболевания слюнных желез встречаются достаточно часто. По данным 4-й детской клинической больницы г. Минска, они вы-

являются у 3–5 % больных детей, находившихся на лечении в челюстно-лицевом стационаре. В детском возрасте, так же как и у взрослых, чаще наблюдается воспаление околоушной слюнной железы, реже — поднижнечелюстной и очень редко — подъязычной.

3. Классификация воспалительных заболеваний слюнных желез у детей

I. Острые воспалительные заболевания (сиалоадениты):

1. Сиалоадениты вирусной природы (эпидемический паротит, гриппозный, герпетический и др.).

2. Сиалоадениты бактериальной природы (неэпидемические).

II. Хронические воспалительные заболевания (сиалоадениты):

1. Неспецифические (в стадии обострения, в стадии ремиссии):

а) интерстициальный;

б) паренхиматозный;

в) сиалодохит;

2. Специфические:

а) актиномикоз слюнных желез;

б) туберкулез слюнных желез;

в) сифилис слюнных желез.

III. Сиалоадениты калькулезные (слюнно-каменная болезнь):

а) в стадии ремиссии;

б) в стадии обострения.

Кроме того, некоторые авторы (В. А. Козлов и др., 1985) среди воспалительных заболеваний слюнных желез отдельно выделяют заболевания околоушной слюнной железы, поднижнечелюстной и подъязычной слюнных желез. Помимо этого, И. Ф. Ромачева и соавт. (1987) выделяют группу реактивно-дистрофических изменений слюнных желез (сиалозов), которые встречаются при ревматических заболеваниях, сахарном диабете и др.

Следует отметить, что т. к. для детей нет отдельной классификации воспалительных заболеваний слюнных желез, то в детской клинике, как правило, пользуются классификациями, предложенными для взрослых. Кроме того, некоторые хронические заболевания слюнных желез (сиалозы, интерстициальные сиалоадениты, туберкулез, актиномикоз, сифилис) в детском возрасте встречаются редко, что дало нам основание не рассматривать их в данном издании.

4. Острые сиалоадениты

Чаще всего локализуются в области околоушных слюнных желез и значительно реже — в подчелюстных. Наиболее часто встречаются среди больных детей в инфекционных больницах, хирургических, стоматологических и реже — терапевтических отделениях детских больниц. Это обусловлено этиопатогенезом заболеваний. Так, в инфекционные больницы, как правило, поступают дети с острыми вирусными сиалоаденитами, в частности, с наиболее распространенным из них — эпидемическим паротитом. В хирургических стационарах острый сиалоаденит может развиваться как осложнение после операций на органах брюшной полости, в результате угнетения секреторной функции слюнных желез. В стоматологических клиниках чаще встречается острый сиалоаденит лимфогенной природы (паротит Герценберга), а также острый паротит новорожденных. У терапевтических больных острое воспаление слюнных желез может возникнуть при сердечно-сосудистой недостаточности, патологии обмена веществ, кахексии и др.

Таким образом, у детей выделяют 2 группы острых сиалоаденитов: вирусные и бактериальные.

4.1. ОСТРЫЙ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ (ВИРУСНЫЙ) ПАРОТИТ

Эпидемический паротит — это острое инфекционное заболевание, вызываемое парамиксовирусом. В большинстве случаев воспаление возникает в области околоушных слюнных желез. Намного реже в воспалительный процесс вовлекаются подчелюстные (2–10 %) и подъязычные (до 4,9 %) железы (А. П. Казанцев, 1988). Встречаются также и атипичные формы заболевания, при которых околоушные железы не страдают. Почти всегда воспаление обнаруживается и в других железистых органах: половых, молочных, поджелудочной железах. Поражается также нервная система.

Чаще болеют дети 5–10 лет, но болеют и взрослые, у них, как правило, заболевание протекает более тяжело. Заболевание характеризуется эпидемическими вспышками. Источником инфекции может быть только человек, но установить его не всегда удается, так как эпидемический паротит может протекать атипично и бессимптомно.

Инкубационный период длится 2–3 недели, продромальный — 2–4 дня. Во время продрома больные ощущают недомогание, познабливание, иногда беспокоят боли в области шеи, суставов, мышц конечностей. Чем тяжелее течение заболевания, тем короче продромальный период.

Поражается главным образом строма железы. Гистологически выявляется гиперемия, отек и лейкоцитарная инфильтрация стромы. В протоках обнаруживается большое количество слущивающихся эпителиальных клеток.

Эпидемический паротит, как правило, начинается остро. В зависимости от клинических проявлений выделяют легкую, среднюю и тяжелую формы течения заболевания. При легкой форме заболевание протекает при слабо выраженных общих и местных симптомах. Общие реакции организма (температура, недомогание и др.) выражены слабо. Припухание околоушных слюнных желез умеренное, слабо болезненное. Может быть припухлой только одна околоушная слюнная железа. При массаже железы из протока можно получить умеренное количество прозрачной слюны.

Среднетяжелые формы эпидемического паротита характеризуются фебрильной температурой (до 39 °), длительной лихорадкой и выраженными симптомами общей интоксикации (озноб, головная боль, боли в мышцах, суставах и др.). Продромальный период заболевания короткий — 2–3 дня. Как правило, припухают обе околоушные слюнные железы, иногда с интервалом в 1–2 дня. Боль в области желез часто усиливается при открывании рта и жевании.

Цвет кожи над железой не изменен. Мочка уха несколько оттопырена, возможно сужение наружного слухового прохода с нарушением слуха. При пальпации железа эластической консистенции, слабо болезненна. Иногда увеличены и другие крупные слюнные железы. Поэтому в обиходе эту болезнь часто называют «свинкой». В полости рта возникает сухость, так как слюны выделяется мало. Устье стенонова протока несколько расширено, возможна гиперемия слизистой вокруг него. Обычно через 3–4 дня воспалительные явления начинают купироваться.

Тяжелая форма эпидемического паротита характеризуется высокой температурой тела (выше 39 °) в течение недели и даже больше, выраженными признаками общей интоксикации: слабость, тахикардия, снижение артериального давления, миалгия, артралгия и др. Часто наблюдаются осложнения. Поражаются обе околоушные слюнные железы, иногда подчелюстные и подъязычные.

Местно определяется отек мягких тканей, окружающих железу, но кожа над железой не гиперемирована, хотя и напряжена. При пальпации железа тестоватой консистенции, болезненна. Увеличенная слюнная железа отесняет кнаружи мочку уха, суживает наружный слуховой проход с нарушением функции слуха. Для диагностики заболевания представляют интерес болевые точки Филатова, расположенные впереди мочки уха, в области верхушки сосцевидного отростка и в области вырезки ветви нижней челюсти.

В полости рта определяется выраженная сухость слизистых, гиперемия зева, катаральный стоматит и др. Важный признак поражения околоушных слюнных желез — «симптом Мурсона». Он характеризуется воспалительными изменениями (гиперемией) в области устья стенонова протока и зиянием устья в виде черной точки. В некоторых случаях возможно при-

соединение восходящей вторичной инфекции с появлением признаков банального воспаления железы (боль, гноетечение из протока, гиперемия кожи и др.) При тяжелой форме эпидемического паротита возможны клинические и другие симптомы панкреатита, мастита, орхита, поражения нервной системы и др.

Для установления диагноза необходимо учитывать данные анамнеза, клинической картины, специальных методов исследования. Во-первых, нужно выяснить эпидемическую обстановку, т. е. возможность контакта с ребенком, больным эпидемическим паротитом. Во-вторых, узнать — болел ли ребенок ранее данным заболеванием. В случае положительного ответа врачу следует помнить, что бывают ошибки диагностики. По литературным данным, относительно эпидемического паротита, они составляют от 11 % до 30 %.

Для клиники эпидемического паротита характерно то, что увеличенные и слабо болезненные околоушные железы имеют тестоватую консистенцию, а при массировании желез из протока выделяется небольшое количество чистой слюны (по крайней мере, в первые 3–4 дня заболевания). Данные объективных методов обследования следует оценивать только в комплексе. В случае, если в формуле крови отмечается лейкопения на фоне лимфо- и моноцитоза и нормальной СОЭ, а амилаза крови и диастаза мочи резко увеличены (64-128ЕД и выше), то можно с большой вероятностью предположить, что у больного эпидемический паротит. Информативной может оказаться реакция связывания комплемента, реакция торможения гемагглютинации, кожная аллергическая реакция.

Эпидемический паротит опасен своими осложнениями, самое частое из которых — орхит. Исходом орхита может быть атрофия яичка. На 3–5 день заболевания возможно развитие мастита как у мальчиков, так и у девочек, но это, как правило, быстро проходящее осложнение. Нередко, при эпидемическом паротите диагностируется панкреатит, который может как благоприятно заканчиваться, так и переходить в хроническую форму. При эпидемическом паротите возможны также явления острого нефрита, особенно при тяжелом течении заболевания. В этом случае в моче появляются белок, гиалиновые и зернистые цилиндры. Перехода в хроническую форму, как правило, не происходит. Нередко, наблюдается поражение нервной системы — менингит, энцефалит, иногда с параличом черепных и спинномозговых нервов. Занос инфекции во всех этих случаях происходит гематогенно.

Лечение детей с эпидемическим паротитом симптоматическое и общеукрепляющее, так как антибиотики и противовирусные средства на вирус эпидемического паротита не действуют. Ребенку показан постельный режим на весь период повышения температуры (особенно для мальчиков). Назначают обильное (кислое) питье, поливитамины. Для предотвращения восходящей бактериальной инфекции необходима слюногонная диета,

тщательный уход (гигиена) и антисептическая обработка полости рта. Местно на область слюнных желез наносят сухое тепло, мазевые повязки, назначают УВЧ- и УФО-терапию, лазерное облучение. Для орошения полости рта применяют интерферон. В первые дни заболевания, когда резко угнетено слюноотделение, массаж железы не показан. Он применяется на 3–4 день, после улучшения секреции слюны.

В качестве иммунотерапии назначают адаптогены. В тяжелых случаях показана пассивная иммунизация (γ -глобулин) и антибактериальная терапия для профилактики вторичного (бактериального) инфицирования. При присоединении бактериальной инфекции, когда в области железы пальпируется плотный болезненный инфильтрат, наряду с антибактериальной терапией, может проводиться обкалывание железы местными анестетиками с антибиотиками. При выраженной интоксикации проводится инфузионная дезинтоксикационная терапия.

Больного ребенка с легкой формой заболевания можно лечить дома, но в случае возникновения осложнений необходимо госпитализировать в инфекционную больницу. Исход заболевания при своевременном и правильном лечении, как правило, благоприятный. После выздоровления к вирусу эпидемического паротита остается стойкий иммунитет.

Для профилактики эпидемического паротита применяют иммунизацию противопаротитной вакциной. Противопаротитную прививку делают всем детям в возрасте 3–7 лет, не болевшим паротитом.

Для предупреждения распространения эпидемического паротита больного ребенка изолируют от других детей на 9–10 дней от начала заболевания. Комнату, в которой находится больной ребенок, нужно регулярно проветривать и проводить там влажную дезинфекцию, а также кипятить посуду, которой он пользуется и др. Детей, находившихся в контакте с заболевшим, необходимо изолировать от здоровых детей с 11-го по 21-й день от начала контакта с больным ребенком.

4.2. ОСТРЫЙ НЕЭПИДЕМИЧЕСКИЙ СИАЛОАДЕНИТ

Острый неэпидемический сиалоаденит — острое бактериальное неспецифическое воспаление железы. У детей встречается значительно реже, чем вирусные сиалоадениты. Чаще всего бывает острый сиалоаденит околоушных слюнных желез. Поднижнечелюстные и подъязычные, а также малые слюнные железы вовлекаются в воспалительный процесс редко. Возможно, это объясняется тем, что секрет желез богат муцином, который препятствует проникновению микроорганизмов из полости рта. Причины заболевания могут быть как местными, так и общими.

I. Местные причины возникновения острого бактериального сиалоаденита:

1. Травма железы.

2. Попадание в проток инородного тела.
3. Воспалительные процессы слизистой оболочки полости рта (стоматиты).
4. Распространение инфекции от лимфатических узлов, расположенных под капсулой железы и др.

II. Общие причины возникновения острого бактериального сиалоаденита:

1. Тяжелые инфекционные болезни (тиф, корь, грипп и др.), сопровождающиеся высокой температурой тела и сильной интоксикацией. Одна из компенсаторных реакций в этих условиях — задержка воды в организме для снижения концентрации токсинов. Слюнные железы участвуют в общем компенсаторном процессе снижением секреции и уменьшением слюноотделения. В итоге на фоне гипосаливации нарушается естественное самоочищение протоков и из полости рта начинается восходящее инфицирование паренхимы железы. Кроме того, после тяжелых инфекционных заболеваний возможно истощение иммунитета.

2. Онкологические заболевания, сопровождающиеся резким ослаблением иммунитета, кахексией и обезвоживанием.

3. Операции на органах брюшной полости и репродуктивной системы, во время которых раздражается парасимпатическое сплетение. Патологическая импульсация распространяется по *n. vagus* на все черепно-мозговые нервы, в том числе и те, которые иннервируют слюнные железы. Итог этого процесса — угнетение слюноотделения.

4. Тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы и др.

Таким образом, во всех случаях возникновения острого бактериального сиалоаденита непременными звеньями патогенеза заболевания являются угнетение секреции и выделение слюны. Неблагоприятные факторы в развитии сиалоаденита, вне зависимости от причины заболевания: гингивиты, стоматиты, зубные отложения, осложненный кариес зубов, нарушение гигиены полости рта и другие, при которых возрастает вероятность восходящей инфекции.

Среди возбудителей острого неэпидемического сиалоаденита обнаруживаются: стафилококк, пневмококк, диплококк, стрептококк, кишечная палочка, анаэробная микрофлора и др. Основным путем проникновения инфекции в железу считается дуктогенный или стоматогенный. Помимо последнего возбудитель может распространяться лимфогенно, гематогенно и по протяжению. Гематогенный путь возможен при попадании инфекции в кровь, т. е. при сепсисе. Лимфогенный путь инфицирования весьма вероятен, поскольку в толще околоушной слюнной железы и под ее капсулой расположены лимфатические узлы, которые реагируют на воспаление в челюстно-лицевой области. От них воспалительный процесс может распространяться на паренхиму железы. Контактный путь, или по протяже-

нию, представляет собой распространение инфекции на паренхиму железы при абсцессах и флегмонах околоушно-жевательной области.

Клинические проявления острого неэпидемического (бактериального) сиалоаденита во многом зависят от причин, вызывающих заболевание. В тех случаях, когда сиалоаденит возник от местных причин на фоне общего здоровья ребенка, течение заболевания относительно спокойное. Очень тяжело протекает острый сиалоаденит тогда, когда он развился как осложнение тяжелого общего заболевания или в ответ на операцию в брюшной полости.

По характеру воспаления в железе различают катаральную (серозную), гнойную, гангренозную или гнойно-некротическую формы сиалоаденита. Катаральная, начальная форма, может быстро перейти в гнойную. Гангренозная форма также не редка при наличии анаэробной микрофлоры и несвоевременно оказанной больному помощи. Таким образом, эти формы сиалоаденита можно рассматривать и как стадии одного заболевания.

Местная клиническая картина острого катарального (серозного) паротита характерна для инфекционно-воспалительного заболевания и усугубляется сопутствующим (причинным) заболеванием. Чаще всего поражается одна околоушная слюнная железа. Однако при наличии общей тяжелой патологии возможно и двухстороннее поражение. Заболевание начинается остро. У больных появляются боли в околоушной области, сухость в полости рта, повышается температура тела. При осмотре выявляется асимметрия лица за счет увеличения железы в объеме. Кожа над железой отечна, но в цвете при катаральной форме не изменяется. При пальпации железы определяется болезненность, особенно над вырезкой нижней челюсти, у мочки уха и у верхушки сосцевидного отростка. Рот больной открывает в полном объеме. Устье стенового протока зияет, слизистая вокруг него гиперемирована. При массаже железы из протока её выделяется небольшое количество густой, вязкой и мутной слюны. В крови определяется умеренный лейкоцитоз и ускорение СОЭ.

При переходе катаральной (серозной) формы в гнойную состояние ребенка ухудшается. Помимо высокой температуры тела, появляется головная боль и резкая болезненность в области пораженной железы, иррадиирующая в ухо, висок, глаз. Больные жалуются на сухость в полости рта, снижение слуха на стороне поражения (из-за сужения наружного слухового прохода), шум в ушах. При осмотре определяется выраженная асимметрия лица за счет наличия инфильтрата в околоушно-жевательной области. Кожа в области инфильтрата отечна, гиперемирована, лоснится и в складку не собирается. Пальпация железы резко болезненна. Мочка уха приподнята. Открывание рта ограничено и сопровождается усилением болей. Слизистая оболочка вокруг устья выводного протока железы отечна и гиперемирована. При массаже железы из протока выделяется скудное количество

гноя. В гемограмме определяется лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускорение СОЭ, в моче — белок.

При прогрессировании заболевания воспалительный процесс может перейти в гнойно-некротическую или гангренозную форму паротита с местной клиникой тяжелой флегмоны околоушно-жевательной области (отек, инфильтрация, флюктуация, гиперемия и др.). Открывание рта резко болезненно, во рту появляется гнилостный запах. Имеются затруднения и боль при глотании. При массаже железы, как правило, отделяемого из протока получить не удастся. Температура тела повышается до 40–41 °. Субфебрильная температура (на фоне такой клиники) — плохой прогностический признак. Общее состояние больного (с учетом причинного заболевания) оценивается как тяжелое и даже крайне тяжелое.

Острый гнойно-некротический паротит может сопровождаться серьезными осложнениями. На внутренней поверхности околоушной железы капсула отсутствует в области глоточного её отростка, и гнойный экссудат может распространиться оттуда в клетчатку окологлоточного пространства, а затем — в верхний отдел переднего средостения, вызывая передний медиастинит. Железа не имеет фасциального покрытия в области среднего уха и хвостовой ее части, из-за чего возможен прорыв гноя в наружный слуховой проход и развитие отита. Описаны случаи пареза мимических мышц вследствие неврита лицевого нерва при сдавливании его инфильтратом. В отдельных случаях, при проникновении гноя в клетчатку, окружающую сонную артерию, происходит расплавление сосудистой стенки, и возникает смертельное кровотечение. Другое грозное осложнение гнойного паротита — восходящий тромбоз, способный вызвать поражение мозговых синусов. Поздним осложнением гнойного паротита может быть образование слюнных свищей.

К острым бактериальным заболеваниям слюнных желез относится **паротит новорожденных**. Этиология заболевания точно не установлена. Оно чаще развивается на первых неделях жизни ребенка и, как правило, у недоношенных и ослабленных детей с сопутствующей врожденной патологией. Развитию болезни способствует мастит у матери. Поражение, в основном, одностороннее. Клиника заболевания вначале типична для серозного паротита. Однако при отсутствии лечения, быстро наступает гнойное или даже гнойно-некротическое расплавление железы. Болезнь, с учетом возраста ребенка и анамнеза, сопровождается выраженной интоксикацией.

Острый паротит новорожденных следует дифференцировать от гематогенного остеомиелита мышечного отростка нижней челюсти, который является признаком септикопиемии новорожденных.

Ложный **паротит Герценберга** не является острым заболеванием околоушной слюнной железы. Представляет собой воспаление лимфатических узлов, расположенных в толще околоушной слюнной железы и околоуш-

ной области. Клиника лимфаденита (в начальных стадиях) имитирует клиническую картину острого паротита. В детском возрасте необходимость дифференциальной диагностики этих двух воспалительных заболеваний возникает очень часто, так как лимфаденит околоушной области у детей — не редкое явление. Причина этого — конъюнктивиты, инфекционные поражения кожи лица, периодонтиты и др. Получение при массировании железы чистой слюны в достаточном количестве, а также обнаружение «причинного» заболевания, позволяет диагностировать «ложный паротит» и исключить острый неэпидемический паротит.

Кроме ложного паротита Герценберга, острый неэпидемический паротит необходимо дифференцировать с острым эпидемическим паротитом. В отличие от острого неэпидемического паротита, при вирусном паротите железа эластичной консистенции, кожа над воспаленной железой в цвете не изменяется, каких бы размеров не была припухлость. Самый достоверный дифференциальный признак — получение при массаже железы чистой слюны, хотя и в небольшом количестве. Для неэпидемического паротита характерна плотная напряженная железа и мутный секрет из протока. Различна при этих заболеваниях и картина белой крови: при эпидемическом паротите наблюдается умеренная лейкопения, лимфо- и моноцитоз, а СОЭ в пределах нормы. Для острого неэпидемического паротита характерен лейкоцитоз с увеличением количества палочкоядерных нейтрофилов до 7–10 %, а в тяжелых случаях — до 15–20 % и повышением СОЭ. Однако, несмотря на явные различия в клинике этих заболеваний, ошибки диагностики совсем не редки и составляют 35,2 % (А. А. Сакович, 1976 г.). Вероятно, это связано с тем, что по некоторым причинам клиническое течение всех воспалительных процессов, в том числе и рассматриваемых нами заболеваний, в последнее время атипично, имеет торпидный, смазанный характер.

Таким образом, диагноз острого неэпидемического паротита ставят на основании жалоб больного, анамнеза, клинических проявлений заболевания, исследования формулы крови и биохимического анализа.

В случае, если причиной неэпидемического сialoadенита явилось попадание в проток инородного тела, жалобы и клиническая картина заболевания меняются. Почти все больные при обращении к врачу помнят свои ощущения при попадании в проток инородного тела. Одни отмечают припухание железы во время еды, которое держится в течение 1–2 ч. Другие жалуются на увеличение и боль в железе, или чувство неловкости. Нередко, спустя несколько дней вокруг инородного тела в стенках протока или тканях железы возникает воспалительная реакция. Тогда боли во время еды усиливаются, ухудшается общее состояние, повышается температура тела и клиническая картина принимает типичные черты острого неэпидемического сialoadенита. Наиболее надежный метод выявления в протоке

инородного тела — контрастная сиалогграфия (уротраст, урографин, кардиотраст и др.).

Если инородное тело сразу выявить не удалось, то через 30 мин следует повторно провести рентгенографию железы с целью выявления задержки экскреции контрастного вещества в месте локализации инородного тела. Настойчивые попытки обнаружить инородное тело очень важны, так как в данном случае основным методом лечения больного является хирургическое вмешательство, направленное на удаление инородного тела. В редких случаях, при небольших размерах инородного тела, допустима консервативная терапия, включающая назначение слюногонной диеты, массаж железы. Но такая тактика возможна лишь при отсутствии острого воспаления в железе.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО НЕЭПИДЕМИЧЕСКОГО СИАЛОАДЕНИТА

Основные задачи хирурга на первом этапе лечения — определить причину острого неэпидемического паротита, объективно оценить общее состояние больного и местный статус. Тактика лечения зависит от клинической формы паротита и его осложнений. Огромное значение придается лечению «причинного» заболевания.

На стадии серозного воспаления комплекс лечебных мероприятий направлен на прекращение воспалительных явлений и восстановление слюноотделения. Хорошо себя зарекомендовал метод вакуумного дренирования железы. Суть его состоит в том, что слюна отсасывается с помощью капсулы Красногорского при постоянном орошении языка подкисленным раствором. Для нормализации слюноотделения применяют промывание железы через выводной проток растворами антисептиков, антибиотиков с местными анестетиками, ферментов и др. После этого осуществляют легкий массаж железы, назначают слюногонную диету. Хорошо себя зарекомендовали компрессы с диметилсульфоксидом (ДМСО) 1 раз в день на 20–30 мин до купирования воспаления (И. Ф. Ромачева и соавт., 1987). Кроме того, назначают физиотерапевтическое лечение: сухое тепло, УВЧ-терапию, УФО, магнито- и лазеротерапию. На стадии катарального (серозного) воспаления при адекватном лечении больного процесс обратим и, как правило, быстро купируется, причем в паренхиме железы не обнаруживаются какие-либо структурные изменения.

Если воспалительный процесс нарастает, а местно из протока железы выделяется гной, к указанному лечению добавляют антибактериальную, гипосенсибилизирующую терапию, сульфаниламиды. Антибиотики назначают в зависимости от чувствительности микрофлоры, для чего берут на посев отделяемое из выводного протока железы. При лечении в стационаре хорошие результаты получены при внутривенном введении антиферментных препаратов трасилола и контрикала. Местно применяют новокаин-

фурациллиновые, новокаиновые или новокоин-антибактериальные блокады путем введения под кожу над железой до 20 мл — через день.

В случае гнойного расплавления железы в стационаре проводят оперативное вмешательство, обеспечивающее дренирование гнойного очага воспаления. В области околоушной железы ткани следует разрезать параллельно ходу ветвей лицевого нерва. Рассекают кожу, подкожную клетчатку и околоушную фасцию, после чего тупо раздвигают ткани железы. Рану дренируют. Однако особенности анатомо-топографического строения околоушной слюнной железы исключают возможность полноценного оттока гнойного экссудата через рану. Поэтому необходимо сразу же приступить к дренированию железы через главный выводной проток путем промывания его растворами антисептиков, антибиотиков и др. С целью нормализации слюноотделения возможно вакуумное дренирование железы, слюногонная диета и легкий массаж железы. В комплекс проводимого лечения вводят антибактериальную, гипосенсибилизирующую, дезинтоксикационную, общеукрепляющую терапию и др. В дополнение к комплексу медикаментозных средств после операции назначают физиотерапию (УФО, УВЧ, ультразвуковая обработка воспалительного очага и др.).

При гангренозном (гнойно-некротическом) сиалоадените, при котором происходит некроз обширных участков или всей железы, показано срочное вскрытие капсулы железы несколькими разрезами. После операции рану орошают антисептиками, дренируют турундами с гипертоническим раствором и др. Особенность течения процесса при некрозе слюнной железы — длительность отторжения некротических участков паренхимы (2–3 недели). При гангренозной форме паротита эффективным методом комплексного лечения является гипербарическая оксигенация. Учитывая тяжелое или крайне тяжелое (септическое) состояние ребенка при гангренозном сиалоадените ему, помимо хирургического вмешательства, показана интенсивная терапия в условиях отделения ОИТР.

В отличие от других паренхиматозных органов слюнные железы не способны к регенерации и на месте участков, разрушенных гнойным воспалением, в паренхиме остаются полости. Еще более неблагоприятная форма — гангренозный сиалоаденит, когда железистая ткань может полностью заместиться рубцовой.

Профилактика острого сиалоаденита у тяжелобольных в инфекционных и хирургических клиниках заключается в антисептическом уходе за полостью рта и назначении слюногонной диеты. Если больному противопоказаны кислые соки, то можно рекомендовать минеральную воду и орошение полости рта подкисленной водой. Необходимо также тщательно соблюдать гигиену полости рта.

5. Хронические неспецифические сиалоадениты

Хронический сиалоаденит — это воспалительное заболевание слюнных желез не совсем выясненной этиологии и малоизученного патогенеза. Так как отдельные формы хронического сиалоаденита сложно сгруппировать по этиологическому принципу, то современная классификация хронических сиалоаденитов предусматривает деление их на 3 группы, в зависимости от преимущественной (первичной) локализации воспаления в паренхиме, в интерстиции или в выводных протоках. В соответствии с этим выделяют:

1. Хронический интерстициональный сиалоаденит.
2. Хронический паренхиматозный сиалоаденит.
3. Хронический сиалодохит.

Эти формы хронического воспаления в железе могут быть дифференцированы клинико-рентгенологическими и другими специальными методами исследования. Однако следует сказать, что при любой из этих трех форм имеются морфологические поражения (в той или иной степени) всех элементов железы: стромы, паренхимы и выводных протоков.

Кроме того, как и любое хроническое воспалительное заболевание, хронические сиалоадениты клинически могут протекать в стадии ремиссии и в стадии обострения заболевания, что в значительной мере определяет план и методы лечения больных.

Наиболее часто хронические сиалоадениты возникают в околоушных слюнных железах, реже — в поднижнечелюстных и подъязычных. Хронический сиалоаденит в детском возрасте чаще всего бывает двусторонним, однако парные слюнные железы вовлекаются в воспалительный процесс (особенно при обострении заболевания) с некоторым интервалом. К общим клиническим признакам хронических сиалоаденитов относят: первично-хроническое начало, периодические обострения и длительное течение заболевания. Следует отметить, что у детей, количество обострений заболевания уменьшается и значительно увеличиваются периоды ремиссии. При хронических сиалоаденитах в протоках слюнных желез обнаруживают смешанную микрофлору: стафилококки, стрептококки, диплококки, кишечную палочку и др.

Патоморфологические изменения в слюнных железах характеризуются отеком, наличием отдельных расширенных выводных протоков. В просвете отдельных протоков выявляются клетки слущенного эпителия, розоватые бесструктурные массы. Местами вокруг протоков формируются лимфогистиоцитарные инфильтраты, отмечается разрастание фиброзной ткани в междольковых соединительно-тканых прослойках.

Так как хронический неспецифический интерстициальный сиалоаденит и хронические специфические сиалоадениты (туберкулезный, актиномикотический и сифилитический) в детском возрасте встречается редко, то

мы рассмотрим лишь те заболевания, которые наиболее часто встречаются у детей.

5.1. ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ СИАЛОАДЕНИТ (ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПАРОТИТ)

Это первично-хроническое воспаление, как правило, околоушной слюнной железы (99 %), характерные черты которого — рецидивирующее течение с прогрессирующим снижением слюноотделения. Этиология его не известна. Предполагают, что заболевание поражает людей, имеющих врожденный порок строения протоковой системы железы. В протоках у больных обнаруживаются кистоподобные расширения. Врожденные сиалэктазы способствуют ретенции слюны, в результате нарушается естественное самоочищение протоков с последующим восходящим инфицированием паренхимы железы. В пользу врожденной патологии говорит иногда выявляемое наследственное поражение слюнных желез. Имеется сообщение о выделении у больных хроническим паренхиматозным сиалoadенитом фактора кистозного фиброза, который строго специфичен для этого заболевания.

Предполагают также, что сиалэктазы могут быть не только врожденными, но и возникать у больных после перенесенного эпидемического паротита. Как известно, при эпидемическом паротите вирус локализуется в строме железы и в первую очередь поражает строму. Понятно, что воспалительный процесс не может долго быть ограниченным межлочечковой тканью и постепенно охватывает и протоки. Морфологические изменения, происходящие во время эпидемического паротита в железе, способны привести в последующем к развитию хронического паротита.

Немало сторонников имеет нейроэндокринная теория, поскольку трофические расстройства в пораженных железах обнаруживаются всегда.

Есть основание полагать, что появление хронического паротита возможно после механического повреждения железы. Замечено, что после сильного удара в область бокового отдела лица нарушается эвакуация контрастного вещества из железы. Кроме того, имеются сообщения об образовании у больных после травм железы ретенционных кист.

Один из возможных факторов возникновения заболевания — нарушение тонуса выводных протоков слюнных желез, что ведет к задержке слюны и сиалозктазии.

Таким образом, в настоящее время нет ни одной стройной теории, которая давала бы полное представление о том, почему в железе начинаются патологические процессы. Достоверно известно только то, что важнейшими звеньями патогенеза хронического сиалoadенита являются:

1. Угнетение факторов неспецифической защиты организма.

2. Стойкое снижение секреторной функции железы (снижение слюноотделения).

3. Восходящее инфицирование выводного протока и всей железы из полости рта.

Заболевание, как правило, выявляется у детей 3–10 лет. Чаще болеют девочки (60 %). Болезнь протекает длительно — годами. Клиническая картина заболевания различна в зависимости от стадии ремиссии или стадии обострения.

Обострения хронического паренхиматозного сиалоаденита наблюдаются больше в холодное время года, нередко, после ОРВИ и других инфекционных заболеваний. Обострение процесса происходит чаще в одной из парных слюнных желез, но может быть и симметричность поражения с некоторым интервалом.

В период обострения больные жалуются на припухлость и боли на стороне пораженной железы, повышение температуры тела. При осмотре определяется увеличенная, плотная железа, иногда с бугристой поверхностью, болезненная при пальпации. Кожа над ней умеренно гиперемирована, мочка уха оттопырена, имеется отек окружающих мягких тканей. При массаже железы из выводного протока выделяется мутная, вязкая, с хлопьями и прожилками гноя, а иногда и явно гнойная слюна. Она имеет солоновато-горький привкус. Устье выводного протока расширено, слизистая оболочка вокруг него отечна и гиперемирована.

Имеются и общие признаки воспаления (повышение температуры тела, головная боль, нарушение сна и т. д.). При исследовании формулы крови выявляется умеренный лейкоцитоз и ускорение СОЭ. Уровень факторов неспецифической защиты организма (фагоцитоз, лизоцимная активность сыворотки крови, комплемент) снижен.

Таким образом, клиническая картина заболевания при обострении хронического паренхиматозного сиалоаденита напоминает клинику острого паротита. Следует, однако, сказать, что при обострении хронического паренхиматозного паротита у детей крайне редко выявляются признаки абсцедирования, требующие хирургического вмешательства. В целом, обострение хронического паротита протекает легче, чем острый бактериальный сиалоаденит. Для диагностики заболевания очень важен сбор анамнеза с целью раннего выявления вышеуказанных симптомов.

При цитологическом исследовании в мазках секрета определяется много слизи, нейтрофилы, измененные эпителиальные клетки. Наблюдается скопление лимфоидных элементов и бокаловидных клеток.

В стадии ремиссии заболевание клинически выражено слабо, общие реакции организма, как правило, отсутствуют. Местно железа при пальпации или не пальпируется, или несколько увеличена в размерах, «зерниста» за счет увеличения ацинусов. Кожа над ней в цвете не изменена, свободно

собирается в складку. Сама пальпация безболезненна. Устье стенового протока зияет в виде черной точки (маковое зернышко).

При массаже железы утром (натошак) можно получить мутную, вязкую с хлопьями слюну, горько-соленого вкуса. Днем, при массировании железы, выделяется прозрачная слюна в уменьшенном количестве. У детей даже при активном течении воспалительного процесса ксеростомия не наблюдается. Диагностика заболевания основана на данных анамнеза (периодические обострения) и клинико-рентгенологической картины.

Контрастная сиалография проводится только в период ремиссии заболевания. В качестве контрастного вещества используются водорастворимые препараты. На сиалограмме в концевых отделах железы обнаруживается большое количество полостей диаметром 2–4 мм. Протоки I порядка прерывисты, главный выводной проток либо не изменен, либо неравномерно расширен. Протоки железы II, III, IV, V порядков прерывисты или не определяются. Такую рентгенологическую картину образно называют «цветущим деревом» или «гроздью винограда». Наиболее информативна контрастная ортопантомсиалограмма. По скорости выведения контрастного вещества из протоков слюнной железы можно судить о ее секреторной функции. При хроническом паротите она снижается.

В зависимости от активности процесса изменения в железе могут быть выражены в разной степени. Причем, давность заболевания не имеет значения. У некоторых детей воспалительно-деструктивные нарушения нарастают быстро и за 1–2 года приводят к значительным «разрушениям» в паренхиме. При торпидном течении даже через 5–8 лет у ребенка может обнаруживаться начальная стадия заболевания.

Хронический паренхиматозный паротит (в стадии обострения) следует дифференцировать с эпидемическим паротитом, острым неэпидемическим паротитом, острым лимфаденитом околоушно-жевательной области, а также с опухолями околоушной слюнной железы. Наиболее важна в детской практике — дифференциальная диагностика между эпидемическим и неэпидемическим паротитом (см. табл.).

Дифференциальная диагностика острого лимфаденита околоушно-жевательной области от паротита основана, в первую очередь, на физических свойствах слюны и наличии причины для возникновения лимфаденита. Если из протока выделяется нормальное количество чистой слюны, то заболевание околоушной слюнной железы, как правило, можно исключить.

При наличии в области железы уплотнения следует исключить опухоль железы путем пункционной или инцизионной биопсии. С этой же целью возможно проведение контрастной сиалографии.

**Дифференциальная диагностика эпидемического и неэпидемического
хронического паротита**

	Паротит	
	эпидемический	неэпидемический
I. Анамнез	1. Можно выявить контакт с заболевшим ребенком, хотя и не всегда. 2. Возникает внезапно, на фоне полного здоровья	1. Как правило, предшествует простудное или инфекционное заболевание. 2. В анамнезе может быть эпидемический паротит. 3. Неоднократное воспаление
II. Клинические признаки	1. При пальпации определяется мягкоэластичная, слабоболезненная тестоватой консистенции железа 2. При массировании железы выделяется небольшое количество чистой слюны. 3. Симметричное поражение	1. При пальпации определяется плотная, напряженная, болезненная, иногда с бугристой поверхностью железа. 2. При массировании железы из протока выделяется уменьшенное количество мутной вязкой слюны, иногда с комочками гноя. 3. Одностороннее обострение
III. Методы объективного обследования	1. Повышение активности амилазы крови и диастазы мочи в 3–5 раз. 2. Лейкопения, лимфо- и моноцитоз, СОЭ — в пределах нормы	1. Увеличение амилазы крови и диастемы мочи не обязательно. 2. Лейкоцитоз, увеличение количества палочкоядерных нейтрофилов, ускорение СОЭ

**ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ
ПАРЕНХИМАТОЗНЫМ СИАЛОАДЕНИТОМ**

Лечение детей с данным заболеванием зависит от стадии воспалительного процесса. При обострении хронического воспаления в железе проводят те же мероприятия, что и при остром неэпидемическом сиалоадените. При этом несколько больше внимания уделяют общеукрепляющему лечению и иммунотерапии. Детей для проведения лечения лучше всего госпитализировать.

При поступлении ребенка в стационар его должны обследовать педиатр, эндокринолог, ЛОР-врач и другие специалисты.

Необходимо сделать не только общий, но и биохимический анализ крови, выяснить уровень иммунологической реактивности больного. Возможно, что патологический процесс в железе — признак серьезного общего заболевания. Установлено, например, что у некоторых больных хроническим паротитом изменяется углеводный обмен; в крови повышается уровень тиреотропного гормона гипофиза и трийодтиронина; изменяется сопряженность работы гормонов репродуктивной системы. Известны случаи увеличения и хронического воспаления околоушной слюнной железы за 2 года до появления клинических признаков сахарного диабета и т. д.

Лечение больных с обострением хронического паротита состоит из трех важных моментов:

1. Противовоспалительной, в том числе и антибактериальной терапии.
2. Нормализации слюноотделения.
3. Повышения защитных сил организма.

Не останавливаясь подробно на каждом методе лечения (см. раздел 4.2), рассмотрим подробнее только некоторые из них, а также сообщим о ранее не упоминавшихся.

Хорошие результаты дает вакуумное дренирование железы с последующим введением в проток раствора хлорофиллипта с 20–30 %-ным раствором димексида.

Фурациллин-новокаиновые блокады применяют с целью нормализации трофических процессов в железе путем прерывания патологической импульсации в кору головного мозга. Для блокады используют раствор фурацилина (1:5000) и 1 %-ный раствор новокаина. Оба раствора берут в равных частях и на одно введение необходимо, в зависимости от возраста ребенка, разное количество смеси: детям 7–10 лет — 20 мл; 4–7 лет — 10 мл; 1,5 года — 7 мл. Для блокады можно использовать также 0,0077 %-ный раствор фурагина с 1 %-ным новокаином или тримекаином. Блокады лучше проводить через день. На курс — до 10 процедур. Сразу же после блокады больной направляется на физиолечение — УВЧ или гелий-неоновый лазер и УФО. Возможна магнитотерапия, гальванизация и др.

В настоящее время разработан принципиально новый метод воздействия гелий-неоновым лазерным излучением на околоушную железу. Облучение паренхимы производится через главный выводной проток с помощью гибкого световода. В ходе клинических наблюдений было установлено, что внутрижелезистый путь воздействия на железу наиболее эффективен при паренхиматозном паротите. Хорошие результаты получены также при внутрипротоковом УФО-облучении паренхимы железы. Однако использование этих методов лечения требует специальной аппаратуры, а применение ее у детей младшего возраста проблематично.

Хорошее противовоспалительное действие оказывает использование компрессов с 30 %-ным раствором димексида. Компресс накладывается на область околоушной железы на 20 мин. Эффективность проводимой комплексной терапии повышает также местное применение гелевого раствора кверцетина. Оба эти препарата можно назначать одновременно или чередовать. Всем больным детям назначается курс десенсибилизирующей терапии, поскольку паренхиматозный сиалоаденит имеет черты аутоиммунного заболевания.

Лечение детей с хроническим паренхиматозным сиалоаденитом в стадии ремиссии должно быть направлено, в первую очередь, на профилактику обострений воспалительного процесса, что предотвращает прогрессирование болезни. С этой целью, во-первых, необходима тщательная санация полости рта, ЛОР-органов, лечение общих хронических заболеваний. Сто-

матолог должен объяснить родителям важность закаливания ребенка, соблюдения им режима дня, организации полноценного питания. Ребенок должен быть обучен гигиене полости рта для профилактики восходящей (дуктогенной) инфекции.

Для улучшения реологических свойств слюны, уменьшения ее вязкости назначают растворы йодистого калия в возрастающей концентрации — 2–3–5 % по 1 десертной (столовой) ложке 3 раза в день внутрь. Препарат можно принимать длительно — до 1–2 месяцев. Лечение основано, кроме того, на способности выделения слюнными железами солей йода, обладающих антисептическим действием. Отменять йодистый калий необходимо при выявлении признаков йодизма (слезотечение, ринорея, покраснение век).

С целью предупреждения застоя слюны, кроме того, рекомендуется систематический массаж желез, применение слюногонной диеты.

Важнейший этап лечения больных с сиалоаденитом — повышение иммунологической реактивности, поскольку многочисленные клинические наблюдения подтверждают наличие в патогенезе этого заболевания нарушения иммунного статуса.

Иммунокоррекцию проводят только после иммунологического обследования ребенка и консультации педиатра. До получения этих данных можно назначить настойку женьшеня, эхинацею, элеутерококк, настойку лимонника и другие адаптогены.

С целью повышения иммунных сил организма всем детям необходимо также назначать поливитамины с минералами. По данным ученых, дефицит витаминов и таких важных микроэлементов как фтор, железо, селен и др., отмечается у 94–96 % детей нашей республики.

Опытным путем было установлено, что у больных сиалоаденитами происходит чрезмерное накопление в организме продуктов окисления липидов. Это нарушает функционирование биологических мембран, снижает их резистентность и повышает проницаемость. Применение антиоксидантов в комплексном лечении сиалоаденитов позволяет ускорить выздоровление ребенка и увеличить период ремиссии.

Заслуживает внимания методика лечения больных хроническим сиалоаденитом аутовакциной. Как известно, в протоках железы при хронических сиалоаденитах обнаруживается разнообразная микрофлора. Аутовакцину готовят из культур микроорганизмов, выделенных из слюны больного паротитом. Готовую аутовакцину вводят подкожно по 0,1–0,3 мл. На курс делают 20 инъекций. После такого лечения был отмечен хороший терапевтический эффект и длительная (до 3 лет) ремиссия процесса.

Нередко, для лечения хронических сиалоаденитов используют протеолитические ферменты. Однако обработка протока энзимами в период обострения сиалоаденита иногда вызывает ухудшение состояния больного.

Возможно это связано с тем, что расщепленные ферментами белки из содержимого протоков получают возможность диффундировать через стенки протоков. В результате, нарастают воспалительные явления. Поэтому использование ферментов целесообразно во время ремиссии заболевания, но не при обострении. Но имеются и другие точки зрения по этому вопросу.

Всем детям с хроническим паренхиматозным сиалоаденитом в стадии ремиссии можно проводить курсы противорецидивной терапии.

Для того, чтобы определить частоту противорецидивного лечения, нужно выяснить, как часто обостряется заболевание у ребенка. Поскольку хронический сиалоаденит отличается сезонностью, т. е. обострение процесса чаще наблюдается в холодное время года, то и профилактический курс проводится обычно осенью и весной или зимой и весной. В том случае, если рецидивы заболевания возникают 3–5 и более раз в год, целесообразно проводить не менее 4 профилактических курсов лечения.

Противорецидивное лечение можно проводить как в условиях стационара, так и амбулаторно. Больному назначают массаж, слюногонную диету, делают инстилляции протоков железы антисептиками, ферментами и др., обкалывание железы фурациллин-новокаиновой смесью. Проводят физиолечение. Методом выбора может быть курс электрофореза йодистого калия или электрофореза витамина С и одновременное введение в проток смеси масляных растворов витаминов А и Е. Хорошие результаты отмечены при проведении фонопунктуры (сочетание фонофореза с акупунктурой). Для повышения иммунитета ребенку назначают адаптогены и поливитамины с минералами. Возможно санаторно-курортное лечение.

Все дети с хроническим неспецифическим сиалоаденитом нуждаются в диспансерном наблюдении сразу же, с момента постановки диагноза. С диспансерного учета детей снимают в случае стойкой (2–3 года) ремиссии заболевания. Диспансеризация часто продолжается до 15 лет.

5.2. ХРОНИЧЕСКИЙ СИАЛОДОХИТ

Хронический сиалодохит — это хронический воспалительный процесс, первично возникающий в выводных протоках железы. Как правило, поражается околоушная слюнная железа (98 %). Хронический сиалоаденит наблюдается у трети больных с хроническим неспецифическим сиалоаденитом.

Этиология заболевания точно не установлена. Многие считают, что причина расширения выводного протока — сужение его устья в результате травмы, опухоли, воспаления или обтурации его (устья) инородным телом, слюнным камнем, слущенным эпителием и др. Это приводит к ретенции слюны с последующей дилатацией протока. Другие склонны считать, что в основе хронического сиалодохита лежит врожденный порок развития железы. Вероятнее всего, расширение выводных протоков слюнных желез

происходит как в результате общих причин (см. раздел 5.1), так и вследствие врожденного порока их развития.

Многие авторы рассматривают хронический сиалодохит не как самостоятельное заболевание, а как один из вариантов хронического паренхиматозного сиалоаденита. В детском возрасте хронический сиалодохит встречается редко и часто сочетается с хроническим паренхиматозным сиалоаденитом или слюннно-каменной болезнью. Заболевание, подобно хроническому сиалоадениту, протекает в стадии ремиссии или стадии обострения процесса.

В стадии ремиссии заболевание часто протекает бессимптомно и обнаруживается лишь после обострения процесса. Однако при тщательном сборе анамнеза, можно установить, что ранее были периодические боли (покалывания) при приеме пищи и припухание железы. Иногда больные жалуются на самопроизвольное вытекание в полость рта большого количества вязкой слюны, горько-соленого вкуса, особенно, перед или во время приема пищи. При внешнем осмотре патологические изменения не выявляются. При массаже железы и протока, особенно утром натошак, выделяется большое количество вязкой с примесями слюны, но слизистая оболочка полости рта остается бледно-розовой. Устье стенонова протока широко зияет, часто имеет не круглую, а продолговатую, овальную форму.

В стадии обострения клиническая картина хронического сиалодохита сходна с клинической картиной обострения хронического паренхиматозного сиалоаденита. Околоушная слюнная железа увеличена, болезненна при пальпации. Устье стенонова протока зияет. Слизистая вокруг него гиперемирована. Выводной проток пальпируется в виде тяжа, а при массаже из протока выделяется мутная, с прожилками гноя слюна. Имеются общие реакции организма (повышение температуры тела, лейкоцитоз и др.).

Ведущий метод диагностики сиалодохита — контрастную сиалографию, которую должны проводить в стадии ремиссии заболевания. Рентгенограмма при сиалодохите настолько характерна, что имеет самостоятельное диагностическое значение. Наиболее оптимальна контрастная ортопантомо-сиалография, так как часто поражаются обе парные слюнные железы.

На рентгенограмме определяется неравномерно расширенный главный выводной проток с ровными четкими контурами. Расширение протоков I–II порядка, а также прерывистость контуров выводных протоков в детском возрасте наблюдается редко. Вероятно, это обусловлено начальной стадией заболевания. Кроме того, во многих случаях, рентгенологически определяется «гроздь винограда», что является патогномичным признаком хронического паренхиматозного сиалоаденита.

Лечение детей с хроническим сиалодохитом зависит от стадии ремиссии или стадии обострения заболевания и практически ничем не отличается от лечения детей с хроническим паренхиматозным сиалоаденитом. При

этом больше внимания уделяется массажу железы и протока с последующим его промыванием растворами антисептиков и антибиотиков. Следует отметить, что при хроническом сиалодохите, после проведения курса лечения, наступает, как правило, длительная стадия ремиссии. Детям с хроническим сиалодохитом проведения хирургических методов лечения (бужирование устья протока, рассечение устья протока, экстирпация околоушного протока и др.) не требовалось, все они подлежат диспансерному наблюдению, как любой ребенок с хроническим заболеванием слюнных желез.

Что касается исходов заболевания при хронических сиалоаденитах, то ситуация также не ясна, также как и в вопросе этиопатогенеза. Существует мнение, что неэпидемический паротит может регрессировать с возрастом, особенно, когда первые проявления заболевания возникли в детстве, а не у взрослого. Некоторые исследователи категорически отрицают эту точку зрения, считая, что с годами неэпидемический паротит может лишь перейти в следующую стадию — интерстициальный. Тем более, что с морфологической точки зрения, паренхиматозный и интерстициальный сиалоадениты — не самостоятельные морфологические формы, а варианты одного и того же патологического процесса. Можно предположить, что, вообще, все хронические воспалительные процессы в железе — лишь стадии одного заболевания. Болезнь может, вероятно, «взрослеть» вместе с ребенком и со временем приобретать новые признаки. Правда, это происходит не всегда, и в некоторых случаях у больного возникает стойкая ремиссия. Такие больные составляют приблизительно 15 %. Почему же у некоторых людей болезнь прогрессирует, а других — нет? Может быть, дело не только и не столько во врожденной деформации протоковой системы, а скорее во врожденной несостоятельности нервной регуляции, результатом которой являются нарушения секреции и выделения слюны, а также нарушение трофики всей паренхимы. Если это так, то одним из способов коррекции трофики и функции больного органа может стать, возможно, нейропексия. Метод заключается в имплантации нервных стволов в органы с нейрогенными нарушениями. Основной смысл подобных вмешательств заключается в создании новых дополнительных, но не достаточных иннервационных связей периферического органа с центральной нервной системой (Д. М. Голуб, С. В. Трихманенко, 1991).

В отношении слюнных желез метод реиннервации находится еще в стадии экспериментального изучения. Однако на основе метода органопексии разработан ряд операций на внутренних органах (почка, мочевого пузыря, яичники, матка, желудок), которые успешно проводят в клинике. Возможно, что, пройдя через неизбежные модификации, экспериментальная модель реиннервации слюнных желез найдет свое применение в кли-

нической практике и будет получен метод коррекции трофики и функции слюнной железы.

6. Слюнно-каменная болезнь (калькулезный сиалоаденит)

Это достаточно частое заболевание, поражающее слюнные железы. Первые указания на возможность образования камней в слюнных железах имеются уже в сочинениях Гиппократ и Галена. Термин «слюнные камни» предложил Scherer, а «слюнно-каменная болезнь» — Л. П. Лазаревич. Дети редко болеют слюнно-каменной болезнью (городские в 3 раза чаще, чем дети из сельской местности).

Патогенез камнеобразования в слюнной железе окончательно не выяснен. Существует несколько точек зрения. Большое значение придается нарушению минерального обмена, главным образом, кальциевого. У большинства больных слюнно-каменной болезнью отмечено повышенное содержание в крови кальция и фосфора. Возможно, что в образовании слюнных камней определенную роль играет А-авитаминоз, т. к. установлено, что питание продуктами с низким содержанием ретинола ведет к возникновению мочекаменной болезни. Однако, высказанное некоторыми авторами предположение о наличии связи слюнно-каменной болезни с другими «каменными» заболеваниями, не подтвердилось.

Современное представление этиопатогенеза слюнно-каменной болезни следующее. Воспаление паренхимы железы сопровождается отеком стенок протоков и сужением их просвета, что приводит к застою слюны. Воспаление, застой слюны и воздействие микроорганизмов нарушают физико-химическую структуру стенки протоков, вызывая усиление слущивания эпителиальных клеток в просвет протоков и выпадения геля. В условиях угнетения слюноотделения отторгнувшиеся клетки и гель образуют комочки (ядро кристаллизации), которые постепенно инкрустируются солями кальция.

Наиболее часто камни располагаются в поднижнечелюстной слюнной железе (95 %). Предполагают, что это связано с ее расположением и некоторыми анатомическими особенностями. Например, в месте изгибов вартонова протока его перистальтика выражена значительно слабее, чем в других участках. Это способствует застою слюны и выпадению солей. Устье протока и слизистая оболочка вокруг него постоянно травмируется пищей, а слюна поднижнечелюстной слюнной железы содержит много муцина. В околоушной слюнной железе камни встречаются намного реже, и совсем редко бывают в подъязычных и малых слюнных железах.

Таким образом, процесс образования слюнных камней очень сложен и до сих пор не вполне понятен. Пока еще не решен вопрос, что является

первичным — образование камня с последующим развитием хронического воспаления в железе, или сиалоаденит, приводящий к образованию конкремента. Очевидно, заболевание связано с нарушением ряда общих и местных факторов, среди которых нужно учитывать и вероятную врожденную несостоятельность нейрогуморальной регуляции слюнной железы.

Слюнные камни могут располагаться в главном выводном протоке железы, что наиболее часто бывает в детском возрасте, а также в протоках II–VI порядков. В этом случае принято говорить, что конкремент расположен в паренхиме железы. Как правило, в главном протоке обнаруживаются овальные, продолговатые, гладкие камни. В паренхиме железы конкременты имеют округлую форму и, нередко, неровную поверхность. Цвет слюнных камней желтоватый или с сероватым оттенком. На распиле обнаруживается слоистое строение. Иногда в центре камня находится инородное тело. В некоторых случаях в толще конкремента можно обнаружить друзы лучистого гриба. На поверхности камня могут быть желобки, по которым оттекает слюна. Величина и вес камня различны. В основном, конкременты состоят из фосфата кальция (до 70 %), карбоната кальция (10 %), небольшого количества натрия, магния, железа. До 25–30 % в камне обнаруживаются органические включения: белок, эпителий, муцин.

Клиника слюнно-каменной болезни зависит от того, в какой железе расположен камень, его размеров и локализации, длительности заболевания, наличия или отсутствия воспаления в железе, от уровня иммунологической реактивности больного и других факторов.

Классификация слюнно-каменной болезни (по А. В. Клементову, 1975):

I. Слюнно-каменная болезнь с локализацией камня в протоке железы:

1. Поднижнечелюстной.
2. Околоушной.
3. Подъязычной:
 - а) без клинических проявлений воспаления в железе;
 - б) с хроническим воспалением железы;
 - в) с обострением хронического воспаления железы.

II. Слюнно-каменная болезнь с локализацией камня в железе:

1. Поднижнечелюстной.
2. Околоушной.
3. Подъязычной:
 - а) без клинических проявлений воспаления в железе;
 - б) с хроническим воспалением железы;
 - в) с обострением хронического воспаления железы.

III. Хроническое воспаление железы на почве слюнно-каменной болезни:

1. Поднижнечелюстной.
2. Околоушной.

3. Подъязычной:

- а) после самопроизвольного отхождения камня;
- б) после оперативного удаления камня.

Эта классификация несколько сложна для применения в клинике. Поэтому мы предлагаем её упростить и использовать в следующем виде:

I. Слюнно-каменная болезнь с хроническим сиалоаденитом в стадии ремиссии.

1. С локализацией камня в протоке железы.
2. С локализацией камня в паренхиме железы.

II. Слюнно-каменная болезнь с хроническим сиалоаденитом в стадии обострения.

1. С локализацией камня в протоке железы.
2. С локализацией камня в паренхиме железы.

У детей слюнные камни обнаруживаются, как правило, в поднижнечелюстной слюнной железе и крайне редко — в других слюнных железах. На этом основании особое внимание нужно уделить клинике, диагностике и лечению слюнно-каменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы.

Клиническая картина слюнно-каменной болезни, как и любого хронического заболевания, во многом зависит от того, имеется или нет обострение воспалительного процесса, т. е. от стадии заболевания. Помимо прочих причин, обострение данного заболевания зависит от возможности экскреции слюны, так как нарушение слюноотделения при закупорке камнем выводного протока очень быстро приводит к обострению воспалительного процесса.

При хроническом течении заболевания в начальной стадии некоторое время болезнь может протекать бессимптомно. Нередко, мелкие слюнные камни, если они не препятствуют слюноотделению, обнаруживают случайно при рентгенологическом обследовании больных. При тщательном собранном анамнезе можно установить, что больные ранее ощущали некоторую болезненность или «неловкость», возможно увеличение (распирание) железы во время приема пищи.

Позже заболевание проявляется увеличением поднижнечелюстной слюнной железы, а иногда и болью (слюнная колика) во время приема пищи или даже при мысли о еде. Эти явления держатся от нескольких минут до нескольких часов и постепенно исчезают, появляясь во время следующего приема пищи.

Однако слюнная колика редко наблюдается при нахождении камня в протоке. Медленное увеличение конкремента обычно сочетается с растяжением протока или образованием на поверхности камня борозды, по которой оттекает слюна. Чаше приступ слюнной колики возникает при перемещении камня из паренхимы в главный выводной проток или по ходу протока, что сопровождается его «неожиданной» обтурацией.

В этот период при осмотре больного можно заметить припухлость в поднижнечелюстной области. При пальпации слюнная железа увеличена, мягкая, эластичная (в виде резинового баллончика), слабоболезненна. При локализации камня в выводном протоке поднижнечелюстной слюнной железы его можно пропальпировать (бимануально) на дне полости рта, по ходу подъязычного валика. Мелкие слюнные камни часто обнаруживаются в области устья вартонова протока, где имеется его физиологическое сужение. При мягком массаже железы из протока можно получить мутную, хлопьями слизи, солоновато-горькую слюну. Слизистая оболочка без воспалительных изменений.

Если камень локализуется не в протоке, а в паренхиме железы, то скрытый период воспаления протекает значительно дольше. Периодически возникающее, постепенное припухание железы, становится все более частым. Однако боли долго могут не беспокоить больного, даже при достижении камнем значительных размеров.

Диагностика слюнно-каменной болезни в стадии ремиссии основана на характерных жалобах больного, данных анамнеза, результатах осмотра, пальпации. Наличие камня и его локализацию необходимо подтвердить рентгенологически. На обзорной рентгенограмме дна полости рта хорошо выявляются камни переднего и среднего отделов вартонова протока. Камень в паренхиме может быть обнаружен на снимке нижней челюсти в боковой проекции или на ортопантограмме. При оценке ортопантограммы нужно учитывать следующее: если тень камня расположена выше нижнечелюстного канала, то камень находится в протоке, а если ниже канала — то в толще железы.

Рентгенологические снимки должны быть «мягкими», так как слюнные камни могут быть слабоконтрастными. Контрастную сиалографию проводят в тех случаях, когда конкременты на обзорных рентгенограммах не выявляются. На контрастной сиалограмме, помимо слюнного камня (дефект наполнения), очень часто выявляются рентгенологические признаки хронического паренхиматозного сиалоаденита и сиалодохита (см. раздел 5). Однако в детском возрасте в начальной стадии заболевания этих признаков может и не быть. Особо следует подчеркнуть, что контрастная сиалография возможна только лишь в стадии ремиссии болезни. Рентгенография — основной диагностический метод при слюнно-каменной болезни. Структуру паренхимы слюнной железы и наличие в ней конкрементов можно исследовать также с помощью УЗИ.

Причины обострения хронического воспаления железы при слюнно-каменной болезни могут быть как общими, так и местными. Не останавливаясь на общих причинах, следует сказать, что основная местная причина обострения заболевания — obturация выводного протока железы слюнным камнем. При этом появляются боли при глотании, боли, иррадирую-

щие в корень языка, боли в подъязычной области. У детей воспалительный процесс быстро распространяется за пределы железы на окружающие мягкие ткани. При пальпации поднижнечелюстная слюнная железа плотная, болезненная, бугристая. Однако она не спаяна с окружающими тканями и имеет четкие границы. Кожа над ней не гиперемирована. Всегда имеется выраженная реакция лимфатических узлов (лимфаденит).

В полости рта определяется гиперемия и отек слизистой по ходу подъязычного валика. Язык приподнят и смещен в «здоровую» сторону. При пальпации по ходу подъязычного валика определяется резкая болезненность. При этом из устья вартонова протока можно получить мутную, вязкую, с примесью гноя слюну. Однако при полной обтурации камнем выводного протока отделяемого из него получить не удастся. В этих случаях по ходу челюстно-язычного желобка часто наблюдается самопроизвольное «вскрытие абсцесса» с формированием слюнного свища, из которого выделяется слюна с гноем. Состояние больных после этого значительно улучшается.

Имеются также и общие признаки обострения воспалительного заболевания (повышение температуры тела до 38–39 °, признаки интоксикации, лейкоцитоз и др.).

Таким образом, развивается типичная клиническая картина обострения хронического паренхиматозного сиалоаденита. В связи с этим, особо следует подчеркнуть, что хронический паренхиматозный сиалоаденит — неперенный спутник слюнно-каменной болезни, а выраженность проявлений хронического воспаления железы зависит от давности заболевания, а также от размеров, количества и локализации конкрементов. Для постановки диагноза и составления плана лечения этим больным во всех случаях показана обзорная рентгенография «мягкими лучами». Контрастная сиалография противопоказана.

При расположении слюнного камня (камней) в околоушной слюнной железе, что в детском возрасте встречается исключительно редко, клинкорентгенологическая картина аналогична калькулезному сиалоадениту поднижнечелюстной слюнной железы. Заболевание также имеет стадию ремиссии и стадию обострения.

Слюнно-каменную болезнь у детей следует, в первую очередь, дифференцировать с лимфаденитом и некалькулезным сиалоаденитом.

ЛЕЧЕНИЕ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Лечение больных слюнно-каменной болезнью комплексное и зависит как от стадии воспалительного процесса (ремиссии или обострения), так и от локализации и размеров слюнного камня.

В стадии ремиссии лечение заболевания, в первую очередь, зависит от размеров и локализации камня — в выводном протоке или в паренхиме слюнной железы.

При локализации камня в выводном протоке слюнной железы врач должен в плановом порядке удалить слюнный камень и провести лечение хронического паренхиматозного сиалоаденита или сиалодохита, которые часто сопутствуют слюннно-каменной болезни.

При наличии небольшого камня, не закрывающего полностью просвет выводного протока и локализирующегося в области устья протока, где имеется его физиологическое сужение, лечение сводится к массажу железы, бужированию устья, назначению слюногонной диеты и др. В некоторых случаях этого вполне достаточно, чтобы слюнный камень вышел самостоятельно, без хирургического вмешательства. Это обеспечивает нормальное слюноотделение. После всех процедур возможно проведение контрастной сиалографии для выявления степени вовлечения в воспалительный процесс паренхимы слюнной железы и главного выводного протока. При наличии клинико-рентгенологических признаков паренхиматозного сиалоаденита или сиалодохита проводится соответствующий комплекс лечебных мероприятий с целью профилактики обострения воспалительного заболевания (см. раздел 5.1 и 5.2).

При наличии крупного камня в главном выводном протоке слюнной железы показано его удаление в плановом порядке хирургическим путем, внутриротовым доступом. Детям операцию лучше всего проводить под общим обезболиванием. Возможна и местная анестезия. Операцию удаления камня из главного выводного протока поднижнечелюстной слюнной железы можно представить следующим образом:

1. Пальпаторное обнаружение слюнного камня.
2. Наложение дистальнее камня на проток лигатуры или фиксация камня инструментом. Эти действия необходимы для предотвращения смещения камня в дистальные отделы протока.
3. Введение в выводной проток тонкого зонда до камня. Возможно наложение лигатуры на проток впереди камня.
4. Рассечение слизистой полости рта, обнаружение выводного протока с камнем тупым путем и рассечение протока над камнем.
5. Извлечение слюнного камня и дренирование раны.
6. Извлечение зонда или удаление лигатур.

Рану после операции удаления слюнного камня из протока не ушивают. Через нее в первые несколько дней происходит отток слюны. В дальнейшем рана заживает самостоятельно. В некоторых случаях в области раны формируется внутриротовой слюнный свищ, не требующий лечения.

После операции удаления слюнного камня из протока железы проводят терапию, как и при хроническом паренхиматозном сиалоадените или

сиалодохите с целью профилактики обострения заболевания. Предварительно для выявления степени патологических нарушений в железе и необходимости лечения проводят контрастную сиалографию.

При локализации слюнного камня (или камней) в толще слюнной железы (в паренхиме) всегда имеется хроническое воспаление в железе — сиалоаденит. В этом случае больным, в стадии ремиссии проводят обычное лечение как и всем больным с хроническим сиалоаденитом. Оно направлено на профилактику обострения заболевания. Если «камень» редко беспокоит больного, то такое консервативное лечение может продолжаться достаточно долго — годами. В некоторых случаях, при сохранении структуры и функции железы слюнный камень может быть удален из толщи железы. Такую операцию проводят только в тех случаях, когда камень большой и хорошо определяется клинико-рентгенологически. Грубые изменения структуры и функции поднижнечелюстной слюнной железы при слюнно-каменной болезни, а также частые обострения хронического сиалоаденита являются показанием для экстирпации железы в плановом порядке. Операция проводится в стадии ремиссии заболевания.

Лечение больных слюнно-каменной болезнью в стадии обострения заболевания во многом отличается от вышеизложенного. Так, при локализации камня в главном выводном протоке слюнной железы, лечение начинают с обязательного удаления слюнного камня из протока. Если имеются признаки абсцедирования в области слюнного камня, то необходимо вскрыть абсцесс и удалить камень. Это позволяет нормализовать слюноотделение и очень быстро (на глазах) приводит к улучшению общего и местного состояния больного.

После удаления камня из протока слюнной железы дальнейшее консервативное лечение больного проводят аналогично, как и при обычном обострении хронического паренхиматозного сиалоаденита или сиалодохита (см. раздел 5.1 и 5.2).

Если при обострении хронического сиалоаденита выявлено, что слюнный камень (камни) локализуется в толще слюнной железы, то проводят обычное консервативное лечение заболевания, направленное на купирование воспалительного процесса. В дальнейшем лечение направлено на профилактику обострения заболевания.

Если же обострения хронического паренхиматозного (калькулезного) сиалоаденита происходят часто (1 раз в 1–2 месяца), а консервативная терапия безуспешна, то встает вопрос о необходимости экстирпации поднижнечелюстной слюнной железы. Это обусловлено тем, что частые обострения воспалительного процесса ведут к склерозированию железы, гибели железистой ткани и превращению ее в хронический очаг инфекции. Операцию проводят в плановом порядке после купирования острых воспалительных явлений, т. е. в стадии ремиссии заболевания. Следует, однако,

сказать, что в детском возрасте необходимости в таких операциях обычно нет.

При локализации камня в толще околоушной слюнной железы возможно удаление пораженной доли железы вместе с камнем по типу субтотальной резекции железы с сохранением ветвей лицевого нерва. Камни, расположенные в главном выводном протоке околоушной слюнной железы, удаляют по общим правилам со стороны полости рта. Хирургическое лечение сочетается с лечением хронического сиалоаденита околоушной слюнной железы, который является неперенным спутником слюннокаменной болезни.

Всех детей со слюннокаменной болезнью ставят на диспансерный учет. Диспансеризация детей со слюннокаменной болезнью ничем не отличается от диспансеризации детей с хроническим паренхиматозным сиалоаденитом. С учетом этиопатогенеза заболевания, диспансерное наблюдение продолжается до 15 лет.

Ситуационные задачи по теме

№ 1

Мальчику 5 лет. Жалобы на плохой аппетит, слабость, боли в мышцах. В течение 3 сут температура повышалась до 38,3 °С. Со слов родителей, накануне вечером у ребенка припухла щека справа, а утром отек появился и слева.

Об-но: Т — 38,5 °. Асимметрия лица за счет отека мягких тканей обеих околоушных областей, больше справа. Припухлость распространяется до скуловой дуги, а сзади доходит до сосцевидного отростка. Мочки ушей отеснены кнаружи, оттопырены. Кожа над припухлостью в цвете не изменена, несколько напряжена. Пальпация околоушных желез слабоболезненна, сами железы мягкие, эластичные. Рот больной открывает в полном объеме. Определяется сухость слизистой полости рта, катаральный стоматит. Устья выводных протоков околоушных слюнных желез без патологических изменений. При массировании околоушных слюнных желез слюна не выделяется.

Гемограмма: умеренная лейкопения, моно- и лимфоцитоз. СОЭ — 15 мм/ч.

- 1. Сформулируйте диагноз заболевания с обоснованием.**
- 2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.**
- 3. Составьте план лечения ребенка.**

№ 2

Ребенок 8 лет поступил с жалобами на припухлость щеки, повышенную Т — 37,4 °С. Припухлость щеки появилась сутки тому назад после ра-

нее перенесенного ОРВИ. Ребенок ранее неоднократно болел «эпидемическим паротитом», по поводу чего лечился амбулаторно у врача-педиатра.

Об-но: конфигурация лица изменена за счет припухлости в околоушно-жевательной области слева, где пальпируется увеличенная, плотная, бугристая, болезненная околоушная слюнная железа. Рот открывается в полном объеме. Устье стенонова протока зияет, слизистая оболочка вокруг него отечна и гиперемирована. При массировании околоушной слюнной железы из протока выделяется мутная слюна.

- 1. Сформулируйте диагноз заболевания с обоснованием.**
- 2. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.**
- 3. Составьте план лечения и схему диспансерного наблюдения за ребенком.**

№ 3

Врача-стоматолога вызвали на консультацию в пульмонологическое отделение больницы к мальчику 5 лет. У ребенка ОРВИ, пневмония. Течение заболевания тяжелое, выражены явления интоксикации. Накануне вечером появились боли и отек в левой околоушной области.

Об-но: ребенок с задержкой физического развития, гипотрофик. Конфигурация лица нарушена за счет припухлости в околоушной области слева. При пальпации определяется три болезненные точки: над вырезкой нижней челюсти, у мочки уха, у верхушки сосцевидного отростка. Кожа над припухлостью в цвете не изменена, но напряжена, пальпация болезненная. Рот ребенок открывает несколько ограничено, так как щадит из-за боли. Слизистая оболочка вокруг устья стенонова протока слева отечна и гиперемирована, справа — без патологии. При массаже желез из стенонова протока слева выделяется небольшое количество мутной, вязкой слюны с прожилками гноя.

- 1. Сформулируйте диагноз заболевания с обоснованием.**
- 2. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.**
- 3. Составьте план лечения ребенка.**

№ 4

В поликлинику обратилась девочка 12 лет с жалобами на боли и припухлость в подчелюстной области справа, повышенную температуру тела — 37,5 °С. Со слов девочки, умеренные боли и припухлость в подчелюстной области, усиливающиеся во время приема пищи, беспокоят давно. В последние 2 дня боли во время приема пищи приобрели колющий характер и иногда распространяются в ухо.

Об-но: в подчелюстной области справа пальпируется плотная болезненная поднижнечелюстная слюнная железа с четкими границами. Кожа над ней в цвете не изменена. Рот ребенок открывает в полном объеме. Сли-

зистая оболочка в области подъязычного валика справа гиперемирована, отечна. Устье вартонова протока справа зияет, выводной проток пальпируется в виде тяжа. При массажировании железы из протока выделяется мутная с гноем слюна.

1. Перечислите дополнительные методы обследования, необходимые для постановки диагноза заболевания.

2. Сформулируйте диагноз заболевания.

3. Составьте план лечения ребенка и диспансерного наблюдения за ним.

№ 5

Укажите, в какой период течения воспалительного процесса в слюнной железе можно проводить контрастную сиалографию и почему?

1. В острой фазе воспаления при затрудненном слюнооттоке.
2. В хронической фазе воспаления.
3. В период ремиссии.
4. В острой фазе воспаления при свободном оттоке слюны.
5. В любой период течения сиалоаденита.

№ 6

Укажите показания к инстилляции (промыванию) выводных протоков слюнной железы при сиалоаденитах растворами антибиотиков. Обоснуйте эти показания.

1. Калькулезный сиалоаденит.
2. Острый неэпидемический сиалоаденит.
3. Хронический сиалоаденит в стадии обострения.
4. Острый эпидемический паротит.
5. Хронический сиалоаденит в стадии ремиссии.

№ 7

Укажите показания к назначению слюногонной диеты при сиалоаденитах у детей и обоснуйте эти показания.

1. Острый эпидемический паротит.
2. Острый гнойный сиалоаденит.
3. Обострение хронического паренхиматозного сиалоаденита.
4. Наличие слюнного камня в толще слюнной железы.
5. Наличие слюнного камня в выводном протоке железы.
6. Хронический паренхиматозный сиалоаденит в стадии ремиссии.

№ 8

Укажите признаки, наиболее достоверно подтверждающие слюно-каменную болезнь.

1. Острый лимфаденит в поднижнечелюстной области.
2. Симптом «слюнной колики».
3. Дефект заполнения на контрастной сиалограмме.
4. Выделение мутной слюны из протока.
5. Затрудненный слюноотток.

№ 9

Укажите симптомы наиболее характерные для хронического неспецифического паротита в стадии ремиссии.

1. Симптом «слюнной колики».
2. Сухость во рту.
3. «Гроздь винограда» — на контрастной сиалограмме.
4. Выделение мутной с примесью слюны при массаже железы.
5. Боли при глотании.
6. Температура тела до 38 °С.

№ 10

Укажите наиболее достоверные признаки эпидемического паротита и обоснуйте их.

1. Двухсторонний характер поражения.
2. Повышение амилазы в крови.
3. Выделение мутной слюны из стенонова протока.
4. Резкая болезненность при пальпации околоушных слюнных желез.
5. Острое начало заболевания.
6. Сухость в полости рта.
7. Гиперемия слизистой вокруг стеноновых протоков.

№ 11

Ребенок 10 лет жалуется на боли и отек околоушной области справа, повышенную температуру тела. Болен около 4 сут, когда в околоушной области справа появилась «опухоль». В анамнезе конъюнктивит правого глаза, диагностированный неделю тому назад, эпидпаротит в 3-летнем возрасте.

Об-но: T — 37,6 °С. Асимметрия лица за счет отека мягких тканей правой околоушной области. При пальпации определяется плотный, болезненный, не имеющий четких границ инфильтрат. Кожа над ним напряжена, гиперемирована. В полости рта — слизистая бледно-розовая. Устье стенонова протока справа без патологии. Из протока выделяется малое количество чистой слюны.

1. Сформулируйте диагноз и проведите дифференциальную диагностику заболевания.

2. Составьте план лечения больного.

№ 12

Ребенку 5 лет. Жалобы на боли в левой околоушной области и повышение температуры тела. Боли беспокоят периодически более года. Самостоятельно проходили после применения компрессов. Четыре дня тому назад после переохлаждения вновь появились боли и припухлость, которая нарастает. В анамнезе: частые простудные заболевания, ветряная оспа, эпидемический паротит.

Об-но: Т — 37,7 °С. Асимметрия лица за счет отека мягких тканей левой околоушно-жевательной области. Кожа в цвете не изменена. Мочка уха оттопырена, сужен наружный слуховой проход. При пальпации определяется резко болезненный, плотный и бугристый инфильтрат, окаймляющий мочку уха. В полости рта слизистая левой щеки несколько отечна. Зубы с кариозными полостями, зубной налет на шейках зубов. Перкуссия зубов безболезненна. Гиперемия и зияние устья стенонова протока слева.

1. Сформулируйте диагноз с обоснованием.

2. Составьте план лечения ребенка.

№ 13

Ребенку 14 лет. Жалоб нет. Направлен на консультацию стоматологом-терапевтом. В анамнезе: в процессе лечения зубов на рентгенограмме случайно был выявлен очаг затемнения в области правой поднижнечелюстной слюнной железы.

Об-но: правая поднижнечелюстная слюнная железа безболезненна при пальпации. Слизистая полости рта бледно-розовая. Из правого вартонова протока выделяется чистая слюна. При бимануальной пальпации в правой подъязычной области конкремент не пальпируется.

На ортопантограмме в толще поднижнечелюстной слюнной железы определяется очаг затемнения округлой формы с четкими границами около 8 мм в диаметре однородной структуры.

1. Сформулируйте диагноз заболевания с обоснованием.

2. Составьте план лечения больного.

№ 14

Ребенку 10 лет. Жалобы на боли при глотании, повышенную температуру тела.

В анамнезе: боли появились вчера после приема острой пищи. Ночью повысилась температура тела.

Об-но: асимметрия лица за счет увеличения объема правой поднижнечелюстной слюнной железы. Пальпация её болезненна, но кожа над ней не гиперемирована, собирается в складку.

В полости рта отек слизистой по ходу подъязычного валика справа. Валик отечен, гиперемирован, а пальпация его резко болезненна. Язык приподнят и смещен кверху и влево. Из вартонова протока отделяемого не получено.

На R-грамме дна полости рта справа определяется очаг затемнения с четкими границами продолговатой формы около 7×3 мм.

- 1. Сформулируйте диагноз заболевания с обоснованием.**
- 2. Составьте план лечения ребенка и схему диспансерного наблюдения за ним.**

Литература

1. *Бернадский, Ю. И.* Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. Витебск, 1998. С. 194–200.
2. *Боровский, Е. В.* (Ред.) Стоматология / Е. В. Боровский. М.: Медицина, 1987. С. 245–249, 445–458.
3. *Виноградова, Т. Ф.* (Ред.) Стоматология детского возраста / Т. Ф. Виноградова. М.: Медицина, 1987. С. 317–322.
4. *Голуб, Д. М.* Реиннервация поднижнечелюстной слюнной железы / Д. М. Голуб, С. В. Трихманенко. Минск: Наука и техника, 1991. 91 с.
5. *Денисов, А. Б.* Механизмы патологических и приспособительных процессов при заболеваниях слюнных желез : автореф. дисс. / А. Б. Денисов. М., 1995. 30 с.
6. *Казанцев, А. П.* Эпидемический паротит / А. П. Казанцев. Л.: Медицина, 1988. 176 с.
7. *Клементов, А. В.* Болезни слюнных желез / А. В. Клементов. Л.: Медицина, 1975. 112 с.
8. *Козлов, В. А.* Неотложная стационарная стоматологическая помощь / В. А. Козлов. Л.: Медицина, 1988. С. 112–125.
9. *Колесов, А. А.* (Ред.) Стоматология детского возраста / А. А. Колесов. М.: Медицина, 1991. С. 222–228.
10. *Заболевания и повреждения слюнных желез / И. Ф. Ромачева [и др.].* М.: Медицина, 1987. 240 с.
11. *Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / под ред. В. М. Безрукова, Т. Г. Робустовой.* Т. 1. М.: Медицина. С. 376–434.
12. *Руман, Г. М.* Прогнозирование отдаленных результатов лечения хронического паренхиматозного паротита у детей : автореф. дисс. / Г. М. Руман. Минск, 1989. 22 с.
13. *Рыбалов, О. В.* Клиника, диагностика, лечение и профилактика острого и хронического сиалоаденита у детей : автореф. дисс. / О. В. Рыбалов. Калинин, 1987. 41 с.
14. *Сазама, Л.* Болезни слюнных желез / Л. Сазама. Прага, 1971. С. 114–121.
15. *Солнцев, А. М.* Заболевания слюнных желез / А. М. Солнцев, В. С. Колесов, Н. А. Колесова. Киев: Здоровье, 1991. 312 с.
16. *Тимофеев, А. А.* Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Т. II / А. А. Тимофеев. Киев, 1998. С. 209–261.
17. *Garrett, J. R.* Secretory Mech. Exocrine Glands / J. R. Garrett. Copenhagen, 1974. P. 17–19.
18. *Yaubrich, I.* Etiology and pathogenesis of the inflammatory diseases of the salivary glands / I. Yaubrich // *Advanc. Otorhinolar.* 1981. Vol. 26. P. 39–42.
19. *Yamakado, M.* / М. Yamakado, T. J. Yohro // *Anat. Embryol.* 1977. Vol. 150. P. 301–312.

Оглавление

1. Общая характеристика	3
2. Методы обследования	4
3. Классификация воспалительных заболеваний слюнных желез у детей	6
4. Острые сиалоадениты.....	7
4.1. Острый эпидемический (вирусный) паротит.....	7
4.2. Острый неэпидемический сиалоаденит	10
5. Хронические неспецифические сиалоадениты.....	17
5.1. Хронический паренхиматозный сиалоаденит (хронический рецидивирующий паротит).....	18
5.2. Хронический сиалодохит.....	24
6. Слюнно-каменная болезнь (калькулезный сиалоаденит).....	27
Ситуационные задачи по теме.....	34
Литература.....	40

Учебное издание

Корсак Александр Казимирович

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕТЕЙ

Учебно-методическое пособие

Издание второе, переработанное и дополненное

Ответственный за выпуск А. К. Корсак
Редактор Н. А. Лебедко
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать _____. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. _____. Уч.-изд. л. _____. Тираж ____ экз. Заказ _____.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусский государственный медицинский университет.

ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004; ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.

220030, г. Минск, Ленинградская, 6.