

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

А. С. ЛАСТОВКА, И. В. ДУДАРЕВА, С. А. НАВОША

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2015

УДК 616.316-002 (075.8)
ББК 56.6 я73
Л26

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 20.05.2015 г., протокол № 9

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. Белорусской медицинской академии последипломного образования А. С. Артюшкевич; канд. мед. наук, доц. Белорусского государственного медицинского университета А. К. Корсак

Ластовка, А. С.

Л26 Воспалительные заболевания слюнных желез : учеб.-метод. пособие / А. С. Ластовка, И. В. Дударева, С. А. Навоша. – Минск : БГМУ, 2015. – 20 с.

ISBN 978-985-567-352-2.

Описаны функции слюнных желез, представлена классификация воспалительных заболеваний слюнных желез, приведены клинические проявления и методы лечения острых и хронических сиалоаденитов.

Предназначено для студентов 4-го курса стоматологического факультета, врачей-интернов, клинических ординаторов.

УДК 616.316-002 (075.8)
ББК 56.6 я73

Учебное издание

Ластовка Александр Сергеевич
Дударева Инна Вячеславовна
Навоша Сергей Адамович

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. С. Ластовка
Редактор О. В. Лавникович
Компьютерная верстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 21.05.15. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,9. Тираж 99 экз. Заказ 649.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск

ISBN 978-985-567-352-2

© Ластовка А. С., Дударева И. В., Навоша С. А., 2015
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2015

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятий: 225 минут.

Сиалоадениты относятся к наиболее часто встречающимся заболеваниям слюнных желез. Чаще в воспалительный процесс вовлекаются околоушные железы, что объясняется наличием узких и сильно разветвленных протоков, малым содержанием муцина и низкой устойчивостью к токсическим воздействиям серозных энзимпродуцирующих железистых ацинусов. Для поднижнечелюстной железы более характерно развитие воспалительного процесса на фоне слюннокаменной болезни в результате сгущения слюны и затрудненного ее оттока из железы. Крайне редко в воспалительный процесс вовлекаются подъязычные и малые слюнные железы.

Цель занятия: ознакомиться с клиническими проявлениями, диагностикой и основными принципами лечения воспалительных заболеваний слюнных желез.

Задачи занятия. Студент должен научиться:

1. Собирать жалобы, анамнез болезни и выявлять ранние клинические симптомы, характерные для воспалительных заболеваний слюнных желез.
2. Составлять план обследования пациентов.
3. Составлять план лечения пациентов.
4. Выбирать метод лечения в зависимости от диагноза и клинического течения заболевания.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного усвоения темы студенту необходимо повторить:

- из морфологии человека: анатомо-топографическое положение, кровоснабжение и иннервацию, гистологическое строение и особенности строения слюнных желез;
- челюстно-лицевой хирургии: обследование пациентов с патологией челюстно-лицевой области.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Что такое смешанная и изолированная слюна?
2. Как подразделяются слюнные железы в зависимости от характера секрета?
3. В чем заключается особенность строения околоушных желез?
4. В чем заключается особенность строения поднижнечелюстных желез?
5. Какие функции выполняют слюнные железы?

ФУНКЦИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Слюнные железы представляют собой группу органов, выполняющих определенные функции, основными из которых являются следующие:

1. *Пищеварительная* — смачивание пищи и формирование пищевого комка (слюна составляет 10–20 % от количества пищи), ферментативная обработка пищи (секрет содержит пищеварительные ферменты, такие как амилаза, липаза, протеаза, фосфатаза и др.). Слюнные железы функционально связаны с другими органами пищеварительной системы.

2. *Выделительная*. Слюнные железы выводят из организма метаболиты, соли тяжелых металлов и другие вещества.

3. *Защитная*. Муцин создает защитную пленку для зубов и слизистой оболочки полости рта. Антимикробная защита осуществляется за счет наличия в слюне неспецифических факторов защиты: лизоцима, интерферона, РНКазы, ДНКазы. Наличие в слюне факторов свертывания крови и фибринолитическая активность обеспечивают адекватный гемостаз, очищение раневой поверхности и регенерацию тканей полости рта при травмах.

4. *Трофическая* для органов и тканей полости рта.

5. *Поддержание водно-солевого гомеостаза*. Через слюнные железы осуществляется круговорот в организме воды и органических и неорганических химических соединений: из крови они попадают в слюну, затем в желудочно-кишечный тракт и вновь в кровеносное русло.

6. *Эндокринная*. Слюнными железами выделяются в кровеносное русло биологически активные вещества: калликреин; ренин; паротин; кальцитониноподобное вещество; факторы роста нервов, эпидермиса и мезодермы; эритропоэтин; инсулиноподобное вещество; фактор летальности и др. Имеется четко выраженная структурно-функциональная взаимосвязь слюнных желез с эндокринными органами.

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Для диагностики заболеваний слюнных желез используются следующие методы обследования:

1. Общие: опрос, осмотр, пальпация, обзорная рентгенография.

2. Лабораторные: анализ крови (общий, биохимический), анализ мочи.

3. Частные: зондирование выводных протоков, качественный и количественный анализ слюны.

4. Специальные: контрастная сиалография, ультразвуковое исследование, РКТ/МРТ.

КЛАССИФИКАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

В зависимости от клинического течения выделяют острый и хронический сиалоаденит. **Острый сиалоаденит** имеет различную этиологию:

1) вирусную (вызванный вирусом эпидемического паротита, вирусами гриппа и парагриппа, другими вирусами: цитомегаловирусом, энтеровирусом Коксаки, аденовирусом);

2) бактериальную (при инфекционных заболеваниях, после операций на брюшной полости, при сердечно-сосудистой недостаточности, при травме, при наличии инородного тела в протоке или железе, контактный, лимфогенный — паротит Герценберга).

Хронический сиалоаденит классифицируется следующим образом:

1) неспецифический (систематизируется по преобладающему поражению структурных компонентов слюнной железы: паренхимы, интерстиция, выводных протоков):

- паренхиматозный;
- интерстициальный;
- протоковый (сиалодохит);

2) специфический:

- актиномикотический;
- туберкулезный;
- сифилитический;

3) слюннокаменная болезнь.

Этиология и патогенез хронического сиалоаденита изучены недостаточно. Заболевание рассматривается как первично хронический процесс, имеющий склонность к прогрессированию и обострению воспалительного процесса.

ОСТРЫЕ СИАЛОАДЕНИТЫ

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ

Эпидемический паротит — острое инфекционное заболевание, возбудителем которого является фильтрующийся вирус (парамиксовирус). В 90 % случаев поражаются околоушные слюнные железы. Заражение происходит воздушно-капельным путем. Эпидемический паротит чаще наблюдается у детей от 7 до 10 лет, могут болеть и взрослые. Инкубационный период длится 2–3 недели, продромальный — 2–3 дня. Ведущими патогенетическими звеньями являются первоначальное поражение стромы, снижение секреции и слюновыделения.

В зависимости от тяжести заболевания выделяют легкую, среднюю и тяжелую форму.

При **легкой форме** клинические проявления болезни незначительны. Отмечается умеренное увеличение в размерах слюнных желез, чаще одностороннее и почти безболезненное. При массировании железы из протока удается получить небольшое количество прозрачной слюны. Общие реакции организма слабо выражены либо отсутствуют.

Для заболевания **средней тяжести** характерно наличие короткого продромального периода (2–3 дня), когда появляется недомогание, головная боль, озноб, болезненность в области шеи, суставов и мышц конечностей. Ухудшается аппетит, повышается температура тела до 38 °С, возникает сухость в полости рта, припухают околоушные железы, как правило, обе, но с интервалом в 1–2 дня. Железы мягко-эластичной консистенции.

При **тяжелой форме** выражены продромальные явления. Припухлость в зоне воспаления выражено увеличивается за счет коллатерального отека мягких тканей вокруг железы. Увеличенная и болезненная околоушная железа оттесняет кнаружи мочку уха, сдавливает и иногда суживает наружный слуховой проход. Часто развивается катаральный стоматит, наблюдается гиперемия слизистой оболочки зева. Резко снижается или прекращается выделение слюны. Значительно ухудшается общее состояние: появляется слабость, повышается температура тела до 39 °С. При тяжелой форме гораздо выше вероятность развития осложнений.

Характерными клиническими симптомами эпидемического паротита являются:

- наличие болевых точек Филатова (впереди мочки уха, в области верхушки сосцевидного отростка и области вырезки ветви нижней челюсти);
- положительный симптом Мурсона — гиперемия вокруг устья выводного протока околоушной слюнной железы и зияние устья в виде черной точки;
- повышение показателей амилазы крови и диастазы мочи свыше 128 ЕД.

Осложнениями эпидемического паротита являются: орхит, мастит, панкреатит, острый нефрит, менингит, энцефалит. В большинстве случаев они протекают благоприятно и не переходят в хроническую форму.

Санитарно-эпидемиологический режим включает проведение влажной дезинфекции помещения и вещей больного, кипячение столовой посуды, проветривание помещения. Пациенты с эпидемическим паротитом изолируются на протяжении 9 дней от начала заболевания.

Лечение заболевания симптоматическое. Назначается строгий постельный режим на 7–10 дней. Для предупреждения осложнений необходимо поддерживать гигиену полости рта (полоскание антисептиками, ир-

ригация). Назначают тепловые процедуры на область пораженных слюнных желез: согревающие компрессы, применение лампы «Соллюкс», УВЧ, УФО. После купирования острой воспалительной реакции рекомендуется массаж желез, слюногонная диета, обильное питье. При тяжелой форме заболевания показана госпитализация в инфекционное отделение.

Гриппозный сиалоаденит

Гриппозный сиалоаденит развивается на фоне общих симптомов гриппа или сразу после их ликвидации. При данном заболевании могут поражаться не только большие слюнные железы, но и малые.

Клинически гриппозный сиалоаденит проявляется припухлостью в области слюнных желез и их выраженным уплотнением, наличием множественных мелких выбуханий на слизистой оболочке губ, щек, носа (слизистая оболочка становится бугристой). При нарастании воспаления увеличиваются припухлости, отмечается сухость в полости рта, болезненность при повороте головы, движениях языка, глотании. Симптомы острого воспаления ликвидируются за несколько дней. Инфильтраты в железистой ткани подвергаются инволюции в течение длительного срока: от 3 недель до нескольких месяцев.

Дифференциальную диагностику гриппозного сиалоаденита следует проводить с эпидемическим и неспецифическим сиалоаденитом.

Лечение заключается в назначении десенсибилизирующей терапии, рациональной диеты, инстилляций полости рта растворами антисептиков.

Цитомегаловирусная инфекция

Цитомегалия (инклюзионная цитомегалия, вирусная болезнь слюнных желез, болезнь с включениями) — инфекционное заболевание вирусного генеза, передающееся воздушно-капельным, половым, трансплacentарным, бытовым и гемотрансфузионным путями. Симптоматически заболевание протекает в форме упорной простуды. Отмечается слабость, недомогание, головные и суставные боли, насморк, увеличение и воспаление слюнных желез, обильное слюноотделение. Часто цитомегаловирусная инфекция протекает бессимптомно. Тяжесть течения заболевания обусловлена состоянием общего иммунитета. При генерализованной форме тяжелые очаги воспаления возникают во всем организме. Опасна цитомегалия беременных: она может вызывать самопроизвольный выкидыш, врожденные пороки развития, внутриутробную гибель плода, врожденную цитомегалию.

Возбудитель цитомегаловирусной инфекции — цитомегаловирус — относится к семейству герпесвирусов человека. Пораженные им клетки многократно увеличиваются в размерах, поэтому название заболевания «цитомегалия» переводится как «клетки-гиганты». Цитомегаловирус определяется в организме пожизненно. Даже при бессимптомном течении инфекции носитель возбудителя является потенциально заразным для неинфицированных лиц.

Существуют следующие формы цитомегаловирусной инфекции: врожденная цитомегалия, приобретенная цитомегалия у новорожденных, мононуклеозоподобный синдром. С целью диагностики цитомегаловирусной инфекции проводится лабораторное определение в крови специфических антител к цитомегаловирусу — иммуноглобулинов М и G.

Неосложненные формы мононуклеозоподобного синдрома не требуют специфической терапии. Как правило, проводятся такие же мероприятия, как при лечении обычного простудного заболевания. Для снятия симптомов интоксикации, вызванной цитомегаловирусом, рекомендуется пить достаточное количество жидкости.

Лечение цитомегаловирусной инфекции у лиц, входящих в группу риска, проводится противовирусным препаратом ганцикловиром (Цимевеном). В случаях тяжелого течения заболевания ганцикловир вводится внутривенно, т. к. таблетированные формы препарата обладают лишь профилактическим эффектом в отношении цитомегаловируса.

ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗВАННАЯ ВИРУСОМ КОКСАКИ

Вирус Коксаки относится к энтеровирусам. Вирусы данной группы вызывают заболевание, которое клинически может проявляться как паралитический полиомиелит, асептический менингит, герпангина, лихорадочное заболевание с сыпью, лимфонодулярный фарингит, пневмония, острое респираторное заболевание, эпидемический и геморрагический конъюнктивит, гепатит, миокардит, менингоэнцефаломиокардит и др.

При поражении слюнных желез возникает сиалоаденит, сходный с эпидемическим паротитом, часто протекающим в сочетании с ангиной, гингивитом, везикулярным стоматитом. Вирус экскретируется фарингеальной слизистой оболочкой и кишечником.

ОСТРЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ СИАЛОАДЕНИТ

Причиной возникновения острого бактериального сиалоаденита является смешанная флора (стафилококки, стрептококки, пневмококки, диплококки). Основной путь проникновения инфекции — восходящий

(стоматогенный), возможны также лимфогенный, гематогенный и по протяжению. В патогенезе заболевания отмечается угнетение секреции и снижение слюноотделения. Возможны осложнения острого бактериального сиалоаденита: распространение на клетчатку окологлоточного пространства, средостения, прорыв в наружный слуховой проход, неврит лицевого нерва, эрозивное кровотечение из сонной артерии, восходящий тромбофлебит.

Чаще воспаление развивается вторично, вследствие разнообразных патологических процессов местного и общего характера, вызывающих изменения структуры железы и нарушение функции.

К местным факторам развития относятся: воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта и зева, зубов, лимфатических узлов; опухоли железы, стриктуры и стенозы ее выводных протоков; анатомические аномалии; внедрение инородных тел в просвет выводных протоков; механические травмы слюнных желез и лучевые воздействия на них.

Общими факторами являются: тяжелые общие инфекционные заболевания, сопровождающиеся выраженной интоксикацией и подавлением иммунных сил организма; операции на брюшной полости или половых органах, когда рефлексорно уменьшается или прекращается слюноотделение; тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы; хронические заболевания с нарушением трофики тканей; кахексия; обезвоживание организма; хроническая интоксикация.

Острые сиалоадениты клинически подразделяются на серозные, гнойные и гнойно-некротические.

Заболевание начинается остро. Больные жалуются на самопроизвольные боли в области пораженной железы, повышение температуры тела и нарастающую сухость в полости рта.

При осмотре обнаруживается увеличенная в размерах и болезненная при пальпации слюнная железа. Слизистая оболочка в области устья выводного протока гиперемирована, отечна. В случае серозного сиалоаденита при массаже железы из протока выделяется небольшое количество мутной, густой, вязкой слюны. При гнойном сиалоадените выделения из протока гнойные, кроме того, ухудшается общее состояние, возможна гиперемия кожи в области железы.

Диагноз острого бактериального сиалоаденита ставят на основании жалоб пациента, анамнеза заболевания, характерной клинической картины и данных гемограммы (лейкоцитоз, увеличение количества палочкоядерных нейтрофилов, повышение СОЭ).

Дифференциальную диагностику острого бактериального сиалоаденита необходимо проводить с эпидемическим паротитом и лимфаденитом.

Лечение острого сialoadенита комплексное. В него включается:

1) медикаментозная терапия (антибактериальная, противовоспалительная, гипосенсибилизирующая, дезинтоксикационная, иммуноукрепляющая) с коррекцией сопутствующего заболевания;

2) активная инсталляция выводных протоков железы растворами антисептиков или антибиотиков с легким массажем железы для нормализации слюноотделения;

3) после нормализации слюноотделения — слюногонная диета, физиотерапевтическое лечение (УВЧ-терапия, УФО, применение лампы «Соллюкс», лазеротерапия).

Эффективно местное применение фурацилин-новокаиновых блокад № 8–10 (инфильтрационное введение 15–30 мл раствора в подкожно-жировую клетчатку, окружающую железу).

При прогрессировании гнойного воспалительного процесса может наблюдаться гнойно-некротическое расплавление ткани железы и переход процесса на клетчаточное пространство. Клиническая картина при этом соответствует клинике флегмоны с крайне тяжелым общим состоянием пациента. В таких случаях показана первичная хирургическая обработка гнойного очага с дренированием раны.

ЛОЖНЫЙ ПАРОТИТ ГЕРЦЕНБЕРГА

Псевдопаротит Герценберга (лимфогенный паротит) — воспаление лимфатических узлов, лежащих в толще околоушной железы. Заболевание возникает в результате попадания инфекции из области корня языка, вторых и третьих нижних моляров, часто при затрудненном прорезывании зубов, либо из носоглотки или миндалин, с которыми указанные лимфатические узлы тесно связаны. Паренхима и протоки околоушной слюнной железы, как правило, в воспаление не вовлечены. Р. Л. Герценберг (1926) предложил воспалительный процесс в инкапсулярных лимфатических узлах околоушной железы называть ложным паротитом.

При внешнем осмотре обнаруживают увеличение околоушной железы. Цвет кожных покровов обычно не изменен. Слюноотделение не нарушено, из околоушного протока выделяется прозрачная жидкость. Пальпаторно определяется плотный болезненный инфильтрат, его подвижность ограничена.

При серозном воспалении лечебные мероприятия должны быть направлены на купирование патологических явлений и восстановление слюноотделения. Дополнительным методом лечения при ложном паротите является использование физиотерапевтических средств: сухого тепла, электрического поля УВЧ и др.

ХРОНИЧЕСКИЕ СИАЛОАДЕНИТЫ

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ СИАЛОАДЕНИТ

Хронический паренхиматозный сиалоаденит является наиболее частой формой хронических сиалоаденитов (составляет 41,5 % от их общего количества).

Предполагается, что заболевание является следствием врожденной аномалии слюнных желез — кистозного расширения концевых разветвлений протоков железы. Решающее значение в патогенезе воспалительного процесса имеют:

- бактериальная инфекция, проникающая в железу из полости рта восходящим путем;
- угнетение факторов неспецифической защиты организма;
- стойкое снижение секреторной функции железы (гипосаливия).

Прогрессирование заболевания обусловлено, с одной стороны, дальнейшим воздействием микрофлоры, а с другой — альтерацией паренхимы железы, появлением денатурированных белков, которые являются антигенами и вызывают развитие иммунопатологических реакций. Вместе с тем, признавая роль иммунных нарушений в развитии паренхиматозного сиалоаденита, необходимо отметить, что данное заболевание существенно отличается от аутоиммунного сиалоаденита, присущего синдрому Шегрена, отсутствием:

- эпителиальных островков;
- признаков системного поражения слюнных, слезных и других экскреторных желез;
- признаков аутоиммунного заболевания других органов и систем;
- таких нарушений со стороны лабораторных показателей, как стойкое увеличение СОЭ, диспротеинемия с гипергаммаглобулинемией, повышение уровня иммуноглобулинов крови и др.

В зависимости от морфологического изменения ткани слюнных желез выделяют следующие стадии процесса:

- начальную, при которой макроскопически ткань железы сохраняет нормальное дольчатое строение и обычный желтовато-светлый цвет долек;
- выраженную, для которой характерно появление увеличенных, неправильной формы долек серовато-синюшного цвета;
- позднюю, при которой отмечается значительное развитие соединительной ткани, отсутствие на отдельных участках нормального дольчатого строения, выраженное увеличение внутрижелезистых лимфатических узлов.

Клиническая особенность хронического паренхиматозного сиалоаденита заключается в его частых рецидивах.

В *начальной* стадии вне обострения пациенты жалоб не предъявляют. Железа может быть несколько увеличенной в размерах. При ее массаже из протока в достаточном количестве выделяется прозрачная слюна. В *клинически выраженной* стадии больные отмечают периодическую нерезкую боль в железе, ощущение дискомфорта, солоноватый или неприятный гнойный вкус во рту. У некоторых пациентов наблюдается увеличение и уплотнение пораженной железы. Полученная при массаже железы слюна вязкая, она может содержать прожилки слизи или белые хлопья. В *поздней* стадии заболевания у пациентов с двусторонним поражением околоушных желез помимо перечисленных жалоб периодически может появляться ощущение сухости в полости рта. Железы увеличенные, плотные на ощупь, безболезненные или слегка болезненные. Устья протоков зияют, слюна желеобразная или вязкая, с прожилками слизи. Ее количество при массаже зависит от степени патологических изменений ткани железы.

Обострение чаще наблюдается в холодное время года. Нередко заболевание обостряется после острого респираторного или одонтогенного воспалительного процесса. Больной жалуется на появление сильных или умеренных болей в пораженной железе. Повышается температура тела. Пальпаторно определяется плотность и бугристость железы. При ее массаже из устья выводного протока выделяется гной или мутная слюна с комочками слизи, прожилками гноя.

При цитологическом исследовании в мазках секрета определяется много слизи, нейтрофилы, измененные эпителиальные клетки. Наблюдается скопление лимфоидных элементов и бокаловидных клеток. Уровень факторов неспецифической защиты организма снижен.

На контрастных сиалограммах обнаруживается большое количество полостей диаметром 2–4 мм («гроздь винограда»).

В начальной стадии в железе определяются единичные мелкие полости, паренхима железы выявляется нечетко, протоки в отдельных участках прерывисты, контуры четкие.

Для выраженной стадии характерно большое количество полостей диаметром 2–3 мм. Паренхима и протоки железы III, IV и V порядков не определены или прерывисты. Протоки I порядка прерывисты.

В поздней стадии полости достигают значительных размеров (5–10 мм), паренхима железы и ее протоки не определяются или видны фрагменты деформированных протоков в отдельных участках.

Лечение хронического паренхиматозного сиалоаденита направлено на следующее:

- улучшение трофики железы и нормализацию слюноотделения;
- повышение иммунологической реактивности организма;
- профилактику обострений воспалительного процесса.

С этой целью проводят инстилляцию железы через устье протока растворами антисептиков, делают массаж железы. Для *нормализации трофических процессов* в железе осуществляют обкалывание фурацилин-новокаиновой смесью. Эффективным способом *улучшения реологических свойств слюны* является применение внутрь 3%-ного раствора калия йодида. Используются антиферментные препараты: контрикал, трасилон. С целью повышения *иммунных сил организма* назначают поливитамины и иммуностимуляторы (нуклинад натрия, метилурацил, продигиозан и т. д.). При *нарастании воспалительного процесса* назначают антибактериальные препараты.

Из физических методов лечения назначают УВЧ, гальванизацию и электрофорез йодистого калия, воздействие гелий-неоновым лазером, парафиновые и озокеритовые аппликации, но только после нормализации слюноотделения.

Профилактика обострений воспалительного процесса заключается в ликвидации хронических очагов воспаления, санации и гигиене полости рта, ежедневном массаже железы, установлении рационального режима дня, занятии спортом, соблюдении полноценной диеты, включающей белки, витамины, минеральные соли и вещества, способствующие слюноотделению.

Пациенты с хроническим паренхиматозным сиалоаденитом нуждаются в диспансеризации.

Заболевание следует дифференцировать с эпидемическим паротитом, лимфаденитом, опухолью.

ХРОНИЧЕСКИЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ СИАЛОАДЕНИТ

Хронический интерстициальный сиалоаденит — это хроническое воспаление, которое в 85 % случаев поражает околоушные железы и развивается на фоне общей патологии организма (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, хронический простатит, заболевания пищеварительной системы и др.). Характерными признаками хронического интерстициального сиалоаденита являются редкое количество обострений и прогрессирующее снижение слюноотделения.

Ведущим патогенетическим звеном является нейровегетативная дисрегуляция железы.

Гистологически интерстициальный сиалоаденит проявляется выраженным склерозирующим процессом, приводящим к атрофии паренхимы, замещению ее диффузными скоплениями лимфоидных элементов и сдавлению протоков железы мелкоклеточной инфильтрацией, фиброзной и жировой тканью.

Характерно равномерное увеличение слюнных желез, при этом сами железы имеют гладкую, ровную поверхность. Кожа над ними в цвете не изменена. Открывание рта свободно.

В *начальной* стадии отмечаются неприятные ощущения в области железы, боль в затылке, чувство дискомфорта в ушах. На контрастной сиалограмме наблюдается некоторая неравномерность паренхимы железы и сужение протоков III, IV и V порядка.

В *клинически выраженной* стадии припухлость в области пораженных желез постоянная, безболезненная. На контрастной сиалограмме размеры железы увеличены, плотность паренхимы железы уменьшена, протоки III–IV порядка резко сужены, контуры протоков остаются ровными и четкими.

В *поздней* стадии появляются жалобы на снижение работоспособности, общую слабость, может быть сухость в полости рта. Слюнные железы увеличены, свободной слюны немного, при массаже железы появляется скудное выделение слюны. На контрастной сиалограмме паренхима железы не определяется, все протоки сужены, в отдельных участках прерывисты, имеют неравномерные контуры.

Вне обострения железа не пальпируется, в клинически выраженной и поздней стадии может быть увеличенной. Пациент указывает на снижение слюноотделения. При массаже железы количество слюны незначительное, слюна прозрачная. При цитологическом исследовании слюны отмечается бедность клеточных элементов. Характерны обострения не чаще 1 раза в 2–3 года.

При сиалографии определяется равномерное сужение основного и внутрижелезистых выводных протоков с ровными четкими контурами. Во многих случаях имеется картина «сухого дерева».

Лечение хронического интерстициального сиалoadенита направлено на следующее:

- улучшение трофики железы и нормализацию слюноотделения;
- остановку прогрессирования явлений склероза слюнной железы;
- профилактику обострений воспалительного процесса.

Для нормализации трофических процессов в железе осуществляют обкалывание фурацилин-новокаиновой смесью. С целью предотвращения дальнейшего замещения ткани железы соединительной тканью назначают внутрь 3%-ный раствор йодистого калия, а также внутритканевое введение данного препарата путем электрофореза. Рекомендуются массаж железы, частое дробное питание, увеличение количества потребляемой жидкости, гигиенический уход за полостью рта, восстановление жевательной функции.

Прогноз благоприятный (длительная ремиссия).

СИАЛОДОХИТ

Сиалодохит — это хроническое воспаление протоков слюнной железы, которое в 98 % случаев поражает околоушные железы.

В качестве этиологического фактора рассматривают сужение устья выводного протока в результате травмы или обтурации протока инородным телом (включая слюнной конкремент). Возможен также врожденный порок развития протоков. Нередко заболевание возникает после воспалительного процесса в железе.

Патогенез сиалодохита предполагает стойкое снижение эвакуаторной функции железы (длительная задержка слюны в протоках) и восходящее инфицирование слюнной железы.

В ремиссии железа не пальпируется, в клинически выраженной и поздней стадии может быть увеличенной. Пациент указывает на периодически обильное слюноотделение. При массаже железы можно получить мутную, вязкую, горько-соленую слюну с хлопьями. Характерны частые обострения.

В *начальной* стадии наблюдается периодическое припухание при приеме острой пищи, возможен симптом слюнной колики. Иногда отмечается выделение большого количества слюны. Секрет прозрачный, могут быть комочки слизи. Сиалографически определяется неравномерное расширение основного выводного протока и (или) ветвей I–IV порядка.

В *клинически выраженной* стадии появляются жалобы на постоянные самопроизвольные выделения из протоков в полость рта солоноватого секрета с примесью комочков слизи. Сиалографически определяется значительное расширение протоков, наблюдаются неровные, но четкие контуры, суженные участки.

В *поздней* стадии отмечаются частые обострения, гнойные или слизисто-гнойные выделения из протоков. Сиалографически кроме расширенных участков наблюдаются значительные сужения протоков.

Лечение включает: массаж железы с целью улучшения эвакуации слюны из протоковой системы железы, частое дробное питание, увеличение количества потребляемой жидкости, гигиенический уход за полостью рта, восстановление жевательной функции.

Прогноз: длительная ремиссия или прогрессирование заболевания в виде частых обострений.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

1. Возможными путями проникновения инфекции в слюнную железу являются:

- 1) стоматогенный ретроградный;
- 2) гематогенный;
- 3) трансплацентарный;
- 4) лимфогенный;
- 5) контактный.

2. Укажите слюнную железу, которая вырабатывает больше по объему слюны:

- 1) околоушная;
- 2) поднижнечелюстная;
- 3) подъязычная;
- 4) все в одинаковом количестве.

3. К острым сialoadенитам вирусного происхождения относятся:

- 1) эпидемические паротиты;
- 2) постгриппозные паротиты;
- 3) болезнь Шегрена;
- 4) слюннокаменная болезнь.

4. Назовите специальный метод обследования, который не применяется при хронических воспалительных заболеваниях больших слюнных желез вне обострения:

- 1) сиалография;
- 2) сцинтиграфия;
- 3) МРТ;
- 4) ангиография;
- 5) КТ.

5. При эпидемическом паротите значительно повышается в крови уровень:

- 1) АСТ;
- 2) лактатдегидрогеназы;
- 3) α -амилазы;
- 4) АЛТ.

6. Болевые точки Филатова при остром сialoadените околоушной слюнной железы располагаются:

- 1) впереди мочки уха;
- 2) в наружном слуховом проходе;
- 3) в области верхушки сосцевидного отростка;
- 4) в области полулунной вырезки ветви нижней челюсти;
- 5) по краю нижней челюсти.

7. Показатели α -амилазы крови при эпидемическом паротите следующие:

- 1) в пределах нормы;
- 2) 12–24 ЕД;
- 3) 64–128 ЕД и выше.

8. Укажите возможные осложнения эпидемического паротита:

- 1) орхит;
- 2) мастит;
- 3) панкреатит;
- 4) остеомиелит челюстной кости.

9. Назовите местные причины возникновения острого сialoadенита:

- 1) травма железы;
- 2) лимфаденит внутриорганных лимфатических узлов;
- 3) болезни прорезывания зуба мудрости;
- 4) стоматиты;
- 5) попадание в проток инородного тела.

10. Укажите важнейшие звенья патогенеза хронических сialoadенитов:

- 1) угнетение факторов неспецифической защиты организма;
- 2) снижение секреторной функции железы;
- 3) нарушение слюновыделительной функции;
- 4) восходящее инфицирование железы;
- 5) предшествующий острый сialoadенит.

11. Для хронического паренхиматозного сialoadенита характерны:

- 1) частые обострения;
- 2) выделения мутной горько-соленой слюны с хлопьями;
- 3) ранняя ксеростомия;
- 4) редкие обострения.

12. Назовите рентгенологические симптомы, характерные для хронического паренхиматозного сialoadенита:

- 1) паренхима железы видна нечетко;
- 2) отмечается стеноз основного выводного протока;
- 3) в концевых отделах протоков располагаются полости разной величины, заполненные контрастной массой;
- 4) отмечается сужение всех протоков железы, они имеют четкие и ровные контуры;
- 5) отсутствует изображение протоков IV–V порядка.

13. Выберите рентгенологические симптомы, характерные для хронического интерстициального сialoadенита:

- 1) паренхима железы видна нечетко;
- 2) отсутствует изображение протоков IV–V порядка;
- 3) в концевых отделах протоков располагаются полости разной величины, заполненные контрастной массой;
- 4) отмечается стенозирование всех протоков железы с четкими и ровными контурами;
- 5) отмечается расширение основного выводного протока.

14. Основными функциями больших слюнных желез являются:

- 1) пищеварительная;
- 2) накопительная;
- 3) выделительная;
- 4) эндокринная;
- 5) защитная.

15. Зондирование устья выводного протока слюнной железы проводят:

- 1) для обнаружения инородного тела в протоке;
- 2) обнаружения болезненности стенки протока;
- 3) определения направления изгиба протока;
- 4) определения характера секрета слюнной железы;
- 5) обнаружения слюнного камня.

16. Укажите основные рентгенологические характеристики структуры околоушной слюнной железы в норме при сиалографии:

- 1) ширина основного выводного протока составляет 1 мм;
- 2) ширина основного выводного протока составляет 2 мм;
- 3) контуры протоков ровные, четкие;
- 4) проток выходит из железы после дугообразного изгиба;
- 5) внутридолевые протоки отходят веерообразно;
- 6) внутридолевые протоки отходят перпендикулярно.

17. Назовите основные рентгенологические характеристики структуры поднижнечелюстной слюнной железы в норме при сиалографии:

- 1) ширина основного выводного протока составляет 1 мм;
- 2) ширина основного выводного протока составляет 2 мм;
- 3) контуры протоков ровные, четкие;
- 4) проток выходит из железы после дугообразного изгиба;
- 5) внутридолевые протоки отходят веерообразно;
- 6) внутридолевые протоки отходят перпендикулярно.

18. Анализ полученной сиалограммы включает:

- 1) изучение изображения главного выводного протока (степень заполнения контрастом, положение, длина, ширина, форма, контуры);
- 2) изучение взаимоотношения мягких тканей челюстно-лицевой области и контрастируемой железы;
- 3) изучение изображения внутрижелезистой части протоков (их взаимоотношение, степень заполнения контрастом, положение, длина, ширина, форма, контуры);
- 4) определение величины, формы, структуры и топографии исследуемой слюнной железы.

Ответы: *1* — 1, 2, 4, 5; *2* — 2; *3* — 1, 2; *4* — 4; *5* — 3; *6* — 1, 3, 4; *7* — 3; *8* — 1, 3; *9* — 1, 2, 4, 5; *10* — 1, 2, 3, 4; *11* — 1, 2; *12* — 1, 3, 5; *13* — 1, 4; *14* — 1, 3, 4, 5; *15* — 1, 5; *16* — 1, 3, 5; *17* — 2, 3, 4, 6; *18* — 1, 3, 4.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Корсак, А. К.* Воспалительные заболевания слюнных желез у детей : учеб.-метод. пособие / А. К. Корсак. Минск : БГМУ, 2006. 35 с.
2. *Ластовка, А. С.* Органосохраняющая микрохирургия больших слюнных желез : монография / А. С. Ластовка. Минск : БГМУ, 2007. 146 с.
3. *Солнцев, А. М.* Заболевания слюнных желез / А. М. Солнцев, В. С. Колесов. Киев : Здоровья, 1991. 312 с.

Дополнительная

4. *Бернадский, Ю. И.* Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии : учеб. пособие / Ю. И. Бернадский. Минск : Медицина, 2003. 456 с.
5. *Робустова, Т. Г.* Хирургическая стоматология / Т. Г. Робустова. Минск : Медицина, 2003. 504 с.
6. *Тимофеев, А. А.* Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии : учеб. пособие / А. А. Тимофеев. Киев : Медицинская литература, 2002. 947 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Функции слюнных желез	4
Методы обследования	4
Классификация воспалительных заболеваний слюнных желез	5
Острые сиалоадениты	5
Эпидемический паротит	5
Гриппозный сиалоаденит.....	7
Цитомегаловирусная инфекция	7
Инфекция, вызванная вирусом Коксаки	8
Острый бактериальный сиалоаденит	8
Ложный паротит Герценберга.....	10
Хронические сиалоадениты.....	11
Хронический паренхиматозный сиалоаденит	11
Хронический интерстициальный сиалоаденит	13
Сиалодохит.....	15
Самоконтроль усвоения темы	16
Литература.....	19