

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального
образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора
В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения
Российской Федерации
(ФГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава
России)

Реферат

Тема: Острые воспалительные заболевания слюнных желёз.

Выполнил: ординатор 1 года обучения

Аникьев Сергей Андреевич

Проверил: Профессор, д.м.н.

Шевченко Дмитрий Павлович

Красноярск 2016

Острые воспалительные заболевания слюнных желёз.

Воспаление слюнных желез (сиаладенит) протекает в виде острого или хронического процесса. Острое воспаление слюнных желез может быть вызвано различными причинами. К ним относятся истощение, интоксикация, обезвоживание организма, вирусная инфекция, восходящая бактериальная инфекция в случаях неопрятного содержания полости рта при стоматитах, закупорка выводных протоков слюнными камнями, попадание в выводной проток инородного тела и т. д.

Эпидемический паротит (свинка, заушница) — острое инфекционное вирусное заболевание, характеризующееся воспалением околоушных слюнных желез. Обычно поражаются околоушные, поднижнечелюстные и подязычные слюнные железы, в основном болеют дети, но иногда и взрослые, чаще женщины.

Этиология и патогенез. Возбудитель болезни — фильтрующий вирус. Заражение происходит путем непосредственной передачи его от больного здоровому капельно-воздушным путем, но возможна также передача при пользовании предметами, с которыми соприкасались больные.

Патологическая анатомия. Макроскопически при вирусном воспалении слюнная железа не имеет нормального дольчатого строения. При микроскопическом исследовании воспаленной железы наблюдаются значительная гиперемия и воспалительный отек ее стромы и окружающей клетчатки. В отдельных случаях отмечается лейкоцитарная инфильтрация стромы, главным образом вокруг слюнных протоков и кровеносных сосудов. В протоках железы обнаруживается большое количество сливающихся эпителиальных клеток. В эпителии железы обычно выявляется лишь незначительная степень изменений в виде набухания и зернистого помутнения, реже отмечается некроз.

Клиническая картина. Инкубационный период эпидемического паротита составляет в среднем 2—3 нед.

В зависимости от тяжести заболевания могут быть выделены три формы клинического течения: легкая, средняя, тяжелая.

При легкой форме паротита клинические признаки выражены слабо, температура тела не повышается. Припухание около ушных желез почти безболезненно, из их протоков в умеренном количестве выделяется прозрачная слюна. Нередко поражается лишь одна околоушная железа. Припухлость и боль исчезают на протяжении недели.

При средней степени тяжести заболевания после короткого (в течение 2—3 дней) продромального периода, проявляющегося недомоганием, плохим аппетитом, познабливанием, головной болью, болезненностью в области шеи, суставов и мышц конечностей, иногда

небольшим повышением температуры тела и сухостью в полости рта, возникает болезненное припухание околоушной железы. В большинстве случаев через 1—2 дня припухает также другая околоушная железа. Отмечается дальнейшее повышение температуры тела, обычно в пределах 37,5—38 °С. Припухлость быстро увеличивается. При этом почти всегда одна сторона бывает изменена больше другой. У некоторых больных наблюдается гиперемия слизистой оболочки рта и устья около ушного протока. Саливация обычно понижена. Через 3—4 дня воспалительные явления начинают стихать.

При тяжелой форме вначале после выраженных продромальных явлений припухает околоушная железа, часто обе. Очень скоро наступает коллатеральное воспаление в окружности. При этом припухлость, локализовавшаяся вначале по наружной поверхности ветви нижней челюсти, распространяется вверх до уровня глазниц, кзади доходит до сосцевидных отростков и спускается ниже углов челюсти, иногда до ключиц. Кожа над припухлостью имеет нормальную окраску, но напряжена. При вовлечении в процесс поднижнечелюстных и подъязычных желез припухлость распространяется на шею. Увеличившаяся в размерах, болезненная при пальпации околоушная железа оттесняет кнаружи мочку уха, сдавливает и иногда значительно суживает наружный слуховой проход. Иногда отмечается затрудненное открывание рта. Часто развивается катаральный стоматит, наблюдается покраснение слизистой оболочки зева, области устья околоушного протока. Проток пальпируется в виде тяжа. Наблюдается резкое уменьшение или даже прекращение слюноотделения из припухшей железы. В редких случаях, особенно в начальном периоде заболевания, саливация бывает повышена. При гнойно-некротическом процессе из протока выделяется гной. Температура тела может достигать 39—40 °С. На 5—6-й день температура тела постепенно падает, после чего коллатеральный отек и воспалительный процесс в области железы подвергаются обратному развитию. Но может наступить абсцедирование.

При осложненной форме эпидемического паротита наблюдается поражение нервной системы — менингит, энцефалит, иногда с параличом черепных и спинномозговых нервов, изменениями зрительного, глазодвигательного, отводящего, лицевого и преддверно-улиткового нервов, а также психическим расстройством. Нередким осложнением является орхит. При эпидемическом паротите могут наблюдаться мастит, панкреатит, нефрит.

Диагноз. Эпидемический паротит диагностируется при первичном поражении слюнной железы, а не при осложнении какого-либо другого инфекционного заболевания. При эпидемическом паротите в крови обычно нормальное количество лейкоцитов или лейкопения, умеренный моноцитоз и лимфоцитоз, СОЭ в пределах нормы. Наблюдается изменение содержания сахара и количества диастазы в крови и моче. Диагноз подтверждается выделением вируса эпидемического паротита, реакцией связывания комплемента, реакцией торможения

гематглютинации, кожной аллергической реакцией и др. Помогает установлению диагноза эпидемиологический анамнез.

Лечение. Терапия эпидемического паротита в основном симптоматическая и заключается в уходе за больным и предупреждении осложнений. Необходим постельный режим на период повышенной температуры, т. е. на протяжении 7-10 дней, особенно для взрослых. Назначают на область околоушных (при показаниях и поднижнечелюстных) желез согревающие компрессы, различные мазовые повязки, физиотерапевтические процедуры: светотеплолечение с помощью соллюкс-лампы, УВЧ, ультрафиолетовое облучение. Необходимо обеспечить регулярный уход за полостью рта (полоскания, ирригация). Отмечено, что применение интерферона в виде орошения полости рта 5—6 раз в день значительно улучшает состояние больного, особенно в случаях раннего применения его — на 1—2-й день. При значительном снижении функции слюнных желез в их протоки вводят по 0,5 мл раствора антибиотиков (по 50000—100 000 ЕД пенициллина и стрептомицина в 1 мл 0,5% раствора новокаина), а также проводят новокаиновую блокаду с пенициллином или стрептомицином. При прогрессировании гнойного воспалительного процесса и обнаружении очагов размягчения необходимо оперативное вмешательство в условиях стационара.

При возникновении осложнений общего характера лечение следует проводить в контакте с общими специалистами.

Профилактические мероприятия включают проведение влажной дезинфекции помещения и вещей больного, кипячение столовой посуды, проветривание помещения.

С целью предупреждения распространения эпидемического паротита применяют активную иммунизацию детей, посещающих детские дошкольные учреждения, живой противопаротитной вакциной.

Обязательна изоляция больных эпидемическим паротитом на период 9 дней от начала заболевания.

Прогноз. Эпидемический паротит у большинства больных заканчивается выздоровлением. Однако наблюдались летальные исходы при развитии гнойно-некротического процесса в железе, поражении нервной системы.

Гриппозный сиаладенит обуславливается проникновением вируса гриппа в слюнные железы.

У большинства больных сиаладенит при гриппозной инфекции возникает в околоушной железе, реже — в поднижнечелюстной, подъязычной и малых слюнных железах. Часто поражаются обе парные слюнные железы, иногда наблюдается одновременное поражение околоушных и поднижнечелюстных желез.

Острый гриппозный сиаладенит чаще начинается в одной железе, но очень быстро в процесс вовлекается парная железа. Воспалительные явления нарастают быстро, на протяжении одного-двух дней наступает гнойное расплавление железы, затем последовательно могут некротизироваться одна за другой большие и малые слюнные железы.

При поражении околоушных желез характерным субъективным признаком является болезненность при открывании рта и повороте головы в сторону. Отек распространяется на щечную, поднижнечелюстную, позадичелюстную области и верхний отдел шеи. При пальпации болезненный плотный инфильтрат определяется в пределах анатомических границ околоушной железы, поверхность инфильтрата гладкая. При гнойном расплавлении околоушной железы инфильтрат распространяется на окружающие железую ткани и определяется в соседних областях.

При локализации процесса в поднижнечелюстной железе больных беспокоит боль при глотании; припухлость занимает поднижнечелюстную и подъязычную области, распространяется на подбородочную область и верхний отдел шеи. Наиболее отчетливо локализация процесса в поднижнечелюстной железе определяется при бимануальной пальпации в дистальном отделе челюстно-язычного желобка и поднижнечелюстного треугольника. В этой области определяется плотная, подвижная, болезненная, с гладкой поверхностью поднижнечелюстная железа.

Больные острым сиаладенитом подъязычных желез жалуются на боль при движении языком, увеличение подъязычных складок. При осмотре слизистая оболочка над железой становится сероватого цвета, быстро разрушается, отторгаются гной и некротизированная ткань железы. Малые слюнные железы вовлекаются в воспалительный процесс чаще при множественном поражении больших слюнных желез.

Лечение. В ранний период заболевания применяют интерферон в виде орошения полости рта 4—5 раз в день. При симптомах вторичного инфицирования в протоки слюнных желез вводят антибиотики. При наличии воспалительного инфильтрата хорошие результаты дает новокаиновая блокада железы, при гнойно-некротическом процессе — ранний разрез капсулы железы, что ограничивает размеры ее некроза. Следует проводить комплекс мероприятий по уходу, питанию, режиму, симптоматическую терапию по поводу гриппозной инфекции.

Исход, как правило, благоприятный.

Осложнения возникают в связи с рубцовой деформацией протоков, их заращением. Возможно уменьшение секреции при некрозе части железы или прекращение саливации при некрозе всей железы.

Постинфекционный и послеоперационный сиаладениты (острый бактериальный сиаладенит). Острый сиаладенит у этой группы больных наблюдается чаще в области

околоушных слюнных желез. Значительно реже вовлекаются в воспалительный процесс поднижнечелюстные, подъязычные и малые слюнные железы.

Этиология и патогенез. Острый сиаденит (чаще паротит) может развиваться при любом тяжелом заболевании, наиболее часто он возникает при тифах. Существуют стоматогенный, гематогенный и лимфогенный пути распространения инфекции. В протоках железы обычно обнаруживается смешанная микрофлора: стафилококки, пневмококки, стрептококки, кишечная палочка и др.

Инфекция чаще проникает через устье выводного протока железы. Явления гипосаливации рефлекторного характера, наблюдающиеся при этих заболеваниях и в послеоперационном периоде при хирургических вмешательствах на брюшной полости, способствуют инфекционному воспалению.

Клиническая картина. Острый сиаденит отличается быстрым нарастанием воспалительных явлений, особенно при гангренозном паротите. На протяжении 1—2 дней может произойти некроз железы. Некротизированные участки железы постепенно отторгаются и длительно выходят через расплавленные кожные покровы. Иногда наступает омертвление почти всей железы. В тех случаях, когда этот процесс возникает на фоне общих дистрофических заболеваний, воспалительные изменения могут нарастать медленно и вяло. При благоприятном течении серозного и гнойного паротитов высокой температурной реакции может не быть.

Иногда постинфекционный и послеоперационный паротиты бывают двусторонними. В этих случаях процесс раньше начинается в одной железе, а затем (через 2—3 дня) поражается и вторая железа. Степень и характер воспалительных изменений справа и слева могут быть различными, иногда в процесс вовлекаются и поднижнечелюстные железы.

Острый паротит, развивающийся на фоне общих заболеваний, иногда осложняется распространением гнойного процесса на мягкие ткани. При этом в области уплотнения железы появляется значительный отек, боль усиливается, становится пульсирующей. Покрывающая железу кожа краснеет, постепенно спаивается с инфильтратом, и может наступить самопроизвольное вскрытие гнойника. После выделения гноя воспаление начинает стихать. Иногда гнойник вскрывается в протоки железы, и гной выделяется через устье околоушного протока.

Рассасывание воспалительного инфильтрата идет очень медленно, плотный узел в области железы может оставаться на протяжении нескольких недель. При этом из протока выделяется макроскопически не измененная слюна. Цитологически можно обнаружить признаки острого воспаления.

При тяжелом течении лимфогенного паротита после первых проявлений болезни в виде ограниченного уплотнения в околоушной слюнной железе воспалительные явления начинают быстро нарастать. Часто наступает абсцедирование в железе или развивается флегмона.

Контактный сиаладенит. Это заболевание возникает при распространении воспалительного процесса при флегмонах околоушно-жевательной, поднижнечелюстной, подъязычной областей. После стихания воспалительного процесса в клетчаточном пространстве и вскрытия флегмоны развивается воспаление в слюнных железах, чаще одностороннее. У большинства больных контактный сиаладенит протекает в легкой форме, реже — среднетяжелой, выражается припуханием железы, снижением ее функции. Наличие сиаладенита подтверждается цитологическим исследованием секрета слюнной железы.

Целесообразно обращать внимание на функцию слюнной железы, расположенной в соседстве с флегмонозным процессом, что позволит своевременно расширить комплекс лечебных мероприятий и предупредить осложнение в виде контактного сиаладенита.

Лечение бактериальных сиаладенитов. При серозном воспалении лечебные мероприятия должны быть направлены на прекращение воспалительных явлений и на восстановление слюноотделения. Применяют внутрь 3—4 раза в день по 5—6 капель 1 % раствора пилокарпина гидрохлорида. В воспаленную слюнную железу через ее проток следует ежедневно вводить по 50000 ЕД пенициллина и 100 000 ЕД стрептомицина в 1 мл 0,5% раствора новокаина. В последние годы при лечении воспалительных заболеваний применяют ДМСО (диметисульфоксид, димексид) в виде компресса на область воспалительного очага. ДМСО улучшает микроциркуляцию в тканях, оказывает анальгезирующее, противовоспалительное, противоотечное, бактериостатическое и бактерицидное действие. Компресс с 30 % раствором димексида следует поместить на область воспаленной железы на 20—30 мин один раз в день и повторять эту процедуру ежедневно в течение 5—10 дней до наступления эффекта. Кроме того, назначают физиотерапевтические процедуры: грелки, флюктуоризацию, УВЧ-терапию, масляные компрессы.

В тех случаях, когда воспалительные явления продолжают нарастать, при течении процесса средней тяжести следует дополнить лечение 3—4 новокаиновыми блокадами с антибиотиками в области железы, подкожным введением 50—60 мл 0,5 % раствора новокаина, назначением внутримышечных инъекций пенициллина, стрептомицина или других антибиотиков по данным антибиотикограммы, а также сульфаниламидных, десенсибилизирующих препаратов. В условиях стационара хорошие результаты дает внутривенное введение трасилола или контрикала.

При гангренозном сиаладените и тяжелой форме течения

показано срочное хирургическое вмешательство—вскрытие капсулы железы; при этом при операции на околоушной железе лучше пользоваться разрезом по Г. П. Ковтуновичу.

При лечении больных острым сиаденитом должны быть учтены все принципы, предусмотренные при лечении острых воспалительных заболеваний.

При возникновении осложнений в виде тромбоза вен лица, медиастинита необходимо применение срочных лечебных мероприятий, предусмотренных для этих тяжелых случаев.

Сиаладенит, вызванный внедрением инородных тел в выводные протоки желез. После попадания инородного тела в проток железы больные обращаются к врачу в разные сроки, поэтому жалобы их не бывают одинаковы. В одних случаях их беспокоит периодически возникающее увеличение железы; иногда может развиваться абсцесс или (редко) флегмона в окружности железы или ее протока. Почти во всех случаях больные хорошо запоминают ощущения, возникающие у них при попадании инородного тела в проток железы и предшествующие началу воспалительного процесса. В течение некоторого времени инородное тело, попавшее в проток железы, может вызывать лишь задержку выделения — ретенцию слюны и временное припухание околоушной или поднижнечелюстной железы. Такая железа безболезненна, имеет обычную консистенцию, может быть лишь немного увеличенной, затем возникает воспалительная реакция, соответствующая картине острого сиаденита. Гнойно-воспалительный процесс в железе часто сопровождается расплавлением капсулы железы и переходом процесса на прилежащие ткани околоушной и поднижнечелюстной областей. При самопроизвольном вскрытии гнойника нередко выделяется инородное тело. В тех случаях, когда инородное тело находится в протоке железы длительное время и периодически возникает обострение воспалительного процесса, клиническая картина заболевания сходна со слюннокаменной болезнью. Иногда инородное тело может стать центром образования слюнного камня.

Диагноз подтверждается обнаружением инородного тела при сиалографии по дефекту заполнения протока или ретенции контрастного вещества.

Лечение состоит в хирургическом вмешательстве — удалении инородного тела из протока или при расположении инородного тела в одном из мелких протоков поднижнечелюстной железы, экстирпации слюнной железы.

Несмотря на то, что осложнения острого паротита встречаются в настоящее время довольно редко, само заболевание тяжело переносится больными. Это обстоятельство особенно неблагоприятно сказывается на общем состоянии новорожденных и ослабленных детей, больных в послеоперационном периоде, чаще после абдоминальных операций, которые особенно подвержены этому заболеванию при недостаточной активности в проведении профилактических мероприятий.

С целью *профилактики* острого паротита основным мероприятием является туалет полости рта. У новорожденных слизистую оболочку полости рта протирают ватным шариком, смоченным в 1 % растворе пищевой соды или 0,1 % раствора перманганата калия. Взрослым назначают регулярное полоскание 0,5—1% раствором натрия гидрокарбоната. С целью усиления саливации полость рта обрабатывают 0,5—1 % раствором лимонной кислоты, слабым раствором разведенной соляной кислоты (1 чайную ложку на полстакана воды). В диету включают продукты, повышающие слюноотделение.