

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

Специальность: Стоматология хирургическая и ЧЛХ

Реферат

Тема: **ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ**

Проверил: д.м.н. , профессор Шевченко Д.П.
Выполнил: клин. Ординатор Милёхин А.В

1. Актуальность темы. Обоснование темы.

Сиалоадениты и сиалозы занимают значительное место среди заболеваний челюстно-лицевой области. Сиалоадениты являются одним из наиболее распространенных заболеваний слюнных желез. Клинические проявления сиалоаденитов разнообразны. Это зависит от этиологии, локализации воспалительного процесса в той или другой железе, реактивности организма, сопутствующих заболеваний, возраста больных и других факторов. Под термином сиалозы объединяются дистрофические заболевания слюнных желез, вызванные общими нарушениями в организме и приводят к патологическим изменениям секреции.

Клинические проявления воспалительных заболеваний слюнных желез многообразны. Это обусловлено этиологическими факторами, локализацией процесса в той или иной железе, иммунологическим состоянием организма, сопутствующими заболеваниями.

В зависимости от клинического течения различают две группы больных. В одной из них заболевание начинается и протекает остро и в основном заканчивается выздоровлением. В другой – воспалительный процесс в железе начинается незаметно для больного и протекает хронически, с периодическим обострением процесса. У большинства больных с острым сialoadенитом возможно установить этиологию заболевания. Возбудителем острого сialoadенита может быть вирус: эпидемического паротита, граппа и другие виды, а также бактериальная флора, поражающая слюнные железы при определенных внешних условиях или при снижении сопротивляемости организма. Наиболее распространенным и изученным из вирусных заболеваний является эпидемический паротит.

Эпидемический паротит. Свинка, заушница. Эпидемический паротит – острое инфекционное заболевание, вызываемое фильтрующимся вирусом. Впервые вирус был выделен от больных в 1934 г. Джонсоном и Гудпасчером. Чаще встречается в странах умеренного и холодного климата, в основном поражает детское население, взрослые болеют реже. Характеризуется воспалением больших слюнных желез (типичная клиническая форма). Вовлечение в процесс поднижнечелюстных и подъязычных желез при эпидемическом паротите наблюдается редко. Характерной особенностью паротита является распространение заболевания во время эпидемических вспышек в крайне ограниченных районах. Контакт между больными установить не всегда возможно. Описаны бессимптомные формы эпидемического паротита. Заражение происходит путем непосредственной передачи от больного к здоровому через верхние дыхательные пути капельно-воздушным путем но возможна также передача при пользовании предметами, с которыми соприкасались больные. Инкубационный период колеблется в пределах 2-3 недель. При инфицировании организма вирус наиболее часто обнаруживается в течение первых трех дней заболевания. После короткого (2-3 дня) продромального периода эпидемический паротит проявляется недомоганием, плохим аппетитом, познабливанием, головной болью, болезненностью в области шеи, суставов и мышц конечностей, иногда – небольшим повышением температуры и сухостью полости рта. Болезнь характеризуется острым началом, увеличением одной или нескольких слюнных желез. Наиболее постоянным симптомом является лихорадка, повышение температуры тела обычно наблюдается с первого дня заболевания и достигает своего максимума в течение 24-48 часов с момента выявления опухания слюнных желез. К концу вторых суток температура тела может достигать 38-39-40°C. Средняя продолжительность лихорадки – 5-7 дней.

Довольно частыми симптомами эпидемического паротита является отечность сосочка и гиперемия слизистой оболочки вокруг отверстия выводного протока. Постоянным симптомом является боль в области увеличенной слюнной железы. Боль усиливается при открывании рта, жевании, иногда больные отмечают боль даже при одном виде кислой пищи. Часто больные отмечают сухость во рту. В развитии припухания слюнных желез в течение болезни определяются три периода:

1. период роста припухлости, продолжающееся 3-5 дней
2. период максимального увеличения слюнной железы (4-7 дней)

3. период уменьшения припухлости (4-7 дней).

В зависимости от тяжести заболевания наблюдается 3 формы.

У больных с неосложненной формой эпидемического паротита при исследовании крови обычно обнаруживается нормальное количество лейкоцитов. Реже – наблюдается лейкопения, умеренной моноцитоз и лимфоцитоз. СОЭ остается в пределах нормы.

При осложненной форме эпидемического паротита, когда процесс охватывает различные железистые органы и системы, брадикардия, тахикардия, нередко наблюдается поражение нервной системы (менингит, энцефалит, иногда с параличом черепных спинальных нервов.) Поражаются зрительный, глазодвигательный, отводящий, лицевой и преддверноулитковый нервы. Иногда поражение нервной системы сопровождается психическими расстройствами. Нередким осложнением является орхит. Припухание яичка может наблюдаться одновременно с опуханием околоушных желез, иногда раньше или позже. У большинства больных исход этого осложнения благоприятный, но иногда наступает атрофия яичка (чаще – одностороннее). Оофорит наблюдается значительно реже. Известен также мастит, который развивается на 3-5 день заболевания.

Нередко при эпидемическом паротите поражается поджелудочная железа. В большинстве случаев это осложнение протекает благоприятно и заканчивается выздоровлением, однако возможен переход панкреатита в хроническую стадию. Могут наблюдаться явления острого нефрита, который сопровождается появлением в моче белка, гиалиновых и зернистых цилиндров. Поражение почек носит доброкачественный характер и не переходит в хроническую стадию. У большинства больных болезнь заканчивается выздоровлением. Однако в случае поражения нервной системы, при развитии в области околоушной железы гнойно-некротического процесса распространяющегося на прилежащие области, может наблюдаться летальный исход. После выздоровления остается стойкий иммунитет. Для установления диагноза помимо использования данных клинической картины целесообразно производить специальные исследования (содержание сахара и количество диастазы в крови и моче), выделение вируса клинического паротита, реакция связывания комплемента, реакция торможения гемагглютинами, кожно-аллергическая проба.

Лечение эпидемического паротита в основном симптоматическое. Оно заключается в уходе за больными и предупреждении осложнений. Необходим постельный режим на период повышения температуры, в течение 7-8 дней. Пища молочно-растительная, кислое питье, сухарики. Регулярный уход за полостью рта, полоскание ирригация. Орошение полости рта интерфероном 5-6 раз в день.

Профилактика: влажная уборка, дезинфекция, разобщение детей на 21 день от начала контакта с больными. Активная иммунизация живой противопаротитной вакциной .

Гриппозный сиалоаденит наблюдается на фоне гриппа: увеличение нескольких больших и малых слюнных желез, а также после вакцинации против гриппа.

Различают легкую, среднюю и тяжелую клиническую форму заболевания. На фоне общего недомогания и повышения температуры наступает увеличение слюнных желез и снижение их экскреторной функции. В области воспаленной железы длительное время остается уплотнение.

Острый бактериальный неэпидемический паротит

Острое воспаление околоушной железы может зависеть от многих причин как местного, так и общего порядка.

Местные: внедрение инородных тел в выводной проток, воспалительные процессы в окружающих областях и распространение инфекции из полости рта.

Общие: любые тяжелые заболевания (тиф, дифтерия, скарлатина, пневмония, после операции на брюшной полости и у истощенных больных).

Заболевание характеризуется появлением болей и припухлости в области околоушной железы, чаще с одной стороны, но возможно и двустороннее поражение. Температура тела повышается до 39 град и выше. Кожные покровы над железой напряжены. Пальпация резко болезненная, флюктуация в начальном периоде не определяется, отсутствует также гиперемия. Открывание рта несколько затруднено и ограничено. Слизистая полости рта сухая, из выводного протока при массировании железы появляется несколько капель гноя. Картина крови соответствует острому гнойному процессу.

Патологоанатомически различают три формы острого паротита: катаральную, гнойную и гангренозную.

Осложнения: прорыв гноя в наружный слуховой проход, в окологлоточное пространство и далее вверх или вниз в средрстение.

Лечение: диета, порвышающая саливацию, раствор пилокарпина гидрохлорида 1% 5-6 капель 3-4 раза в день. В проток – антибиотики широкого спектра действия. Компрессы : диметилсульфацид, димексид на 20-30 мин. В течение 5-10 дней, блокады железы раствором антибиотиков 3-4 раза с интервалом 1-2 дня. Внутрь – уротропин с салолом (уросол по 0,5 три раза). Внутримышечно – раствор трипсина. Вскрытие.

Хроническое воспаление слюнных желез.

Хронический сиалоаденит представляет собой воспалительные заболевание невыявленной этиологии и малоизученного патогенеза.

Наиболее часто хронический сиалоаденит возникает в околоушных железах, реже – позадичелюстных, подъязычных и малых слизистых железах. Хронический сиалоаденит часто бывает двусторонним.

Интерстициальный сиалоаденит – нарушение в слюнных железах возникает на фоне общей патологии организма – нарушение обменных процессов или реактивно-дистрофический процесс и лишь при инфицировании железы возникает воспаление.

При патологическом исследовании определяется рыхлая соединительная ткань в междольковых прослойках с отеком и ангиоматозом; кровеносные сосуды расширены и переполнены кровью. В других отделах железы и дольках разделены прослойками плотной фиброзной ткани, в которой имеются плотные лимфогистоцитарные инфильтраты. Паренхима железы замещена диффузными скоплениями лимфоидных элементов, сохраняются лишь единичные ацинусы и внутридольковые выводные протоки. Протоки резко сужены.

Клиника: интерстициальными паротитами чаще ст радают женщины в пожилом возрасте. Характерным пизнаком является равномерное припухание слюнных желез (околоушных), сопоровождающее вяло протекающим обострением.

В начальной стадии больные отмечают неприятные ощущения в области одной или двух ушных железах, чувство недовкости в ушах, появляется

безболезненная припухлость железы. Кожа епод железой изменена. Рот открывается свободно. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, хорошо увлажнена. Устье выводных протоков не изменяются, слюна выделяется свободно. На сиалограмме изменений не наблюдается.

Клинически выраженная стадия: припухлость в области железы постоянная, но безболезненная железа равномерно увеличена, подвижна, тестовидной консистенции. Открывание рта не затруднено, слюна чистая, в умеренном количестве. На сиалограмме площадь железы увеличена, небольшое уменьшение концентрационной способности паренхимы.

Поздняя стадия: слабая боль, снижается работоспособность, иногда слух. Временами отмечается сухость в полости рта. Припухлость безболезненная или слабоболезненная. Железы увеличены значительно, Очагово уплотнена, слюна выделяется мало.

Скенирование. Площадь увеличена, уменьшена способность концентрации.

Термовизиография. Снижение температуры.

Обострение наблюдается через 2-3 года.

Паренхиматозный сиалоаденит.

Этиология паренхиматозного сиалоаденита неизвестна. Сногие авторы предполагают, что щзаболевание является следствием врожденных изменений системы протоков и дисплазии ее тканей с образованием кистозных полостей.

Некоторые связывают с эпидемическим паротытом.

Клиника: может проявляться в различный возрастной период от 1,5 до 70 лет, равномерно распределяясь по возрастным группам. Чаще заболевают женщины и околоушные железы (99%), поднижнечелюстная железа (1%0).

В начальной стадии местных изменений не наблюдается. Цитологическое исследование секрета: слизь, немногочисленные частично дегенерировавшие нейтрофилы, лимфоциты, ретикулярных клеток, единичные гистоциты. На сиалограмме определяются округлые полости на фоне изменений паренхимы и протоков железы.

На термовизиограмме значительное повышение температуры при обострении процесса.

В клинически выраженной стадии – чувство тяжести в области железы и солоноватые выделения из протока при массаировании. Иногда железы увеличены, упруго-эластической консистенции. Рот открывается свободно, из протока выделяется слюна с примесью слизистых комочков, иногда – гнойных комочков или прозрачная умеренно вязкая. Сиалограмма – наличие множесмтва полостей до 2-3 мм в диаметре. Паренхима и протоки П.Ш.1У и У порядка не определяются. Протоки 1 порядка прерывистые. Выводной проток местами сужен и расширен.

При обострении хорошо определяется зона гиперемии на термовизиограммах. В поздних стадиях – припухлость в области железы, чувство тяжести или небольшая болезненность в околоушной области, выделение гнойной слюны, иногда сухость полости рта. Околоушная железа бугристая, безболезненная. Кожа под железой иногда истончена. Функция железы снижена. Сиалограмма полости – до 5-10 мм. Проток деформирован.

Хронический парентхиматозный паротит у детей.

Данное воспаление возникает у детей сравнительно часто. Его этиология неизвестна. Предполагается, что причина состоит в повторном инфицировании железы через проток при воспалениях слизистой ротовой полости, при тонзиллитах,

запущенных нелеченных зуба и при болезнях с понижением слюноотделения. В качестве дальнейшей причины приводят врожденную или приобретенную дистрофию эластичной периациназной ткани и альтерацию проточной системы, что имеет следствием накопление слюны, которое затем подвергается вторичной инфекции.

В большинстве случаев воспаление проявляется незначительным, слегка болезненным, при надавливании и часто неравномерным, опуханием околоушной железы, воспаление имеет в течение месяцев и лет хроническое течение. Оно стихает и снова появляется в виде паротитных признаков. При вспышке все явления воспаления нарастают вместе с незначительно повышенной иногда температурой тела. Слюноотделение бывает пониженным. Картина сиалограммы характеризуется расширением протоков различной степени, в частности, мелкими кругловатыми эктазиями концевых веточек протоков в ацинусах железы.

Лечение состоит в поддержании слюноотделения при помощи средств, усиливающих саливацию, назначения антибиотиков и рентгенотерапии.

Реактивно-дистрофические изменения слюнных желез (сиалозы)

Слюнные железы тонки реагируют на многие изменения в организме как физиологического характера (беременность, роды, кормление ребенка, климакс), так и на патологические состояния организма (заболевания нервной, пищеварительной, эндокринной системы, крови, соединительной ткани – коллагеноз, авитаминоз и др.). Реактивно-дистрофические изменения в слюнных железах проявляются различными патологическими состояниями: нарушениями выделительной и секреторной функции, гиперплазии железы – ее припуханием. В настоящее время указанные изменения слюнных желез определяется термином «сиалоз». Имеется группа реактивных заболеваний слюнных желез, симптомы которых всегда закономерно сочетаются с поражением ряда других органов. Эти заболевания описаны как синдромы: болезнь и синдром Микулича, болезнь и синдром Шегрена.

В настоящее время в какой-то мере охарактеризованы следующие группы сиалозов: нарушение выделительной и секреторной функции слюнных желез; нарушения в слюнных железах при нейроэндокринных заболеваниях, нарушения в слюнных железах при аутоиммунных ревматических заболеваниях (коллагенозах).

Изменения слюнных желез при ревматических заболеваниях (коллагенозах)

Многочисленные клинические наблюдения показали наличие ряда заболеваний слюнных желез в патогенезе которых определяются признаки нарушения иммунного статуса. К таким заболеваниям относят болезнь и синдром Микулича, болезнь и синдром Шегрена, болезнь и синдром Хеерфорда. Они имеют общие признаки (системное поражение слизистых и слюнных желез, длительное хроническое течение процесса с периодическим обострением, но этиология и патогенез их различны.

Болезнь (синдром) Микулича. Сочетанное увеличение слезных и всех слюнных желез называют болезнью Микулича, а если оно наблюдается при лейкозе, лимфогрануломатозе, туберкулезе, сифилисе, эндокринных нарушениях, при поражениях лимфоидного аппарата, селезенки, печени – то синдром Микулича. Впервые это заболевание было описано Микуличем в 1888-1892 г.г. Им было установлено, что увеличение размеров желез обусловлено массивной мелкоклеточной инфильтрацией, интерстициальной соединительной ткани,

соответствующей лимфоидной ткани. При этом этот процесс является общим для слезных и слюнных желез. Микулич считает, что заболевание слезных желез является самым постоянным, но и возникает раньше других патологических процессов. В настоящее время это заболевание стали определять как результат поражения всего лимфатического аппарата, в том числе слюнных и слезных желез по типу алейкемического (реже – лейкокемического) лимфоматоза. Этиология и патогенез болезни остаются неизветными, клиника алоизучена. В настоящее время наиболее вероятной причиной заболевания считают нейротрофические и эндокринные аутоимунные расстройства.

Клиника. Болезнь характеризуется симметричным увеличением слюнных и слезных желез. Железы плотные, увеличенные, бугристые, безболезненные, кожа, покрывающая их в цвете не изменена из-за увеличения слезных желез верхние веки опущены, глазные щели сужены, уменьшение количества слюны в полости рта иногда отмечается в поздней стадии. Болезнь может осложниться воспалительным процессом, сиалоз переходит в сиалоаденит. При сиалографии отмечается значительное увеличение границ желез, значительное сужение выводных протоков. При генерализованном поражении лимфоидного аппарата, в том числе слезных и слюнных желез, клинические проявления болезни трактуется как лимфогранулематоз. При этом заболевание диагностируют как синдром Микулича.

Лечение болезни Микулича представляет большие трудности. Хорошие результаты, по наблюдениям А.Ф.Ромачевой, дает рентгентерапия: припухлость железы резко уменьшается или полностью исчезает. Однако эффект лечения нестойкий, частот наступают рецидивы. А.ф.Ромачева рекомендует проведение новокаиновых блокад, применение гелантамина (вводит ежедневно подкожно 1 мл 0,5% раствора № 30), что улучшает трофику тканей и стимулирует секреторную функцию слюнных желез. В комплексе лечебных мероприятий следует включать также препараты, повышающие неспецифическую резистентность организма: витамины, метилурацил, натрия нуклеинат и др. Кроме того, при лечении болезни Микулича применяют стероидные препараты. Эти больные должны находиться под наблюдением ревматолога, стоматолога, окулиста, онколога, гематолога и терапевта.

Болезнь (синдром) Гужеро-Шегрена. Синонимы: ксеродерматоз, синдром Предтеченского, Гужеро-Шегрена, сухой синдром.

Болезнь (синдром) Шегрена – заболевание неясной этиологии (некоторые исследователи связывают с эндокринными нарушениями, коллагенозом, дефицитом витамина А, характеризуется сочетанием признаков недостаточность желез внешней секреции: слезных, слюнных, потовых, сальных, и др.

В 1933 г. Шегрен (шведский офтальмолог) дал описание симптомокомплекса у 19 больных с сухим кератоконъюнктивитом. Он отметил жалобы на чувство песка в глазах, светобоязнь, уменьшение секреции слез (даже когда больной плачет, глаза остаются сухими). Кроме того, больных беспокоит сухость слизистой оболочки носа, глотки, гортани. Отмечается разрушение зубов, ахилия, повышение СОЭ, лимфоцитоз. У 80% больных наблюдался полиартрит. Полностью развившийся синдром характеризуется: сухим кератоконъюнктивитом,

ксеростомией, сухим ринитом, фарингитом, ларингитом, хроническим полиартритом и увеличением размеров слюнных желез (особенно околоушных), понижением функции потовых и сальных желез кожи (сухость кожи), желез желудочно-кишечного тракта (ахилия). Наблюдается также выпадение волос, деформация и мягкость ногтей.

Патологоанатомические изменения в железах: интерстициальное хроническое воспаление с лимфоидной инфильтрацией, приводящей к атрофии ацинусов.

Дифференцировать хронический сиалоаденит при болезни и синдромах Шщехрена следует от опухоли, хронического паренхиматозного интерстициального паротита.

Лечение болезни и синдрома Шегрена должно проводиться в ревматологической клинике, но системность поражения различных органов вызывает необходимость проведения симптоматической, а иногда и патогенетической терапии специалистами различного профиля: офтальмологами, стоматологами, невропатологами, гинекологами, эндокринологами и др. Наилучший эффект дает комплексное лечение. Местное: новокаиновые блокады, гальванизация, электрофорез, аппликации димексида. Витамины, АКТГ, преднизолон, цитостатин, инъекции галантамина, салицилаты.

- Литература*
1. Коваленко В.С. Особенности клинического течения, диагностики и лечения неэпидемических сиалоаденоитов: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук, - Киев, 1979. – 26 с.
 2. Ромачева И.Ф. и др. Заболевания и повреждения слюнных желез. – М.: Медицина, 1987. – 235 с.
 3. Тимофеев А.А. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Т.1. - Киев, «Червона рута – Турс), - 1999, 429 с. .
 4. Клиника и лечение воспалительных и воспалительно-дистрофических заболеваний слюнных желез: методические рекомендации \составители: Семенченко Г.И., Коваленко А.Ф., Левицкий А.П. – Киев, 1977. – 28 с.
 5. Чулак Л.Д. Патогенез, клиника, диагностика и лечение дистрофически-воспалительных заболеваний околоушной слюнной железы: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Киев, 1983. – 21 с.
 6. Харитонов Ю.М. Рентгенодиагностика воспалительных, дистрофических и опухолевых заболеваний больших слюнных желез: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1989. – 25 с.