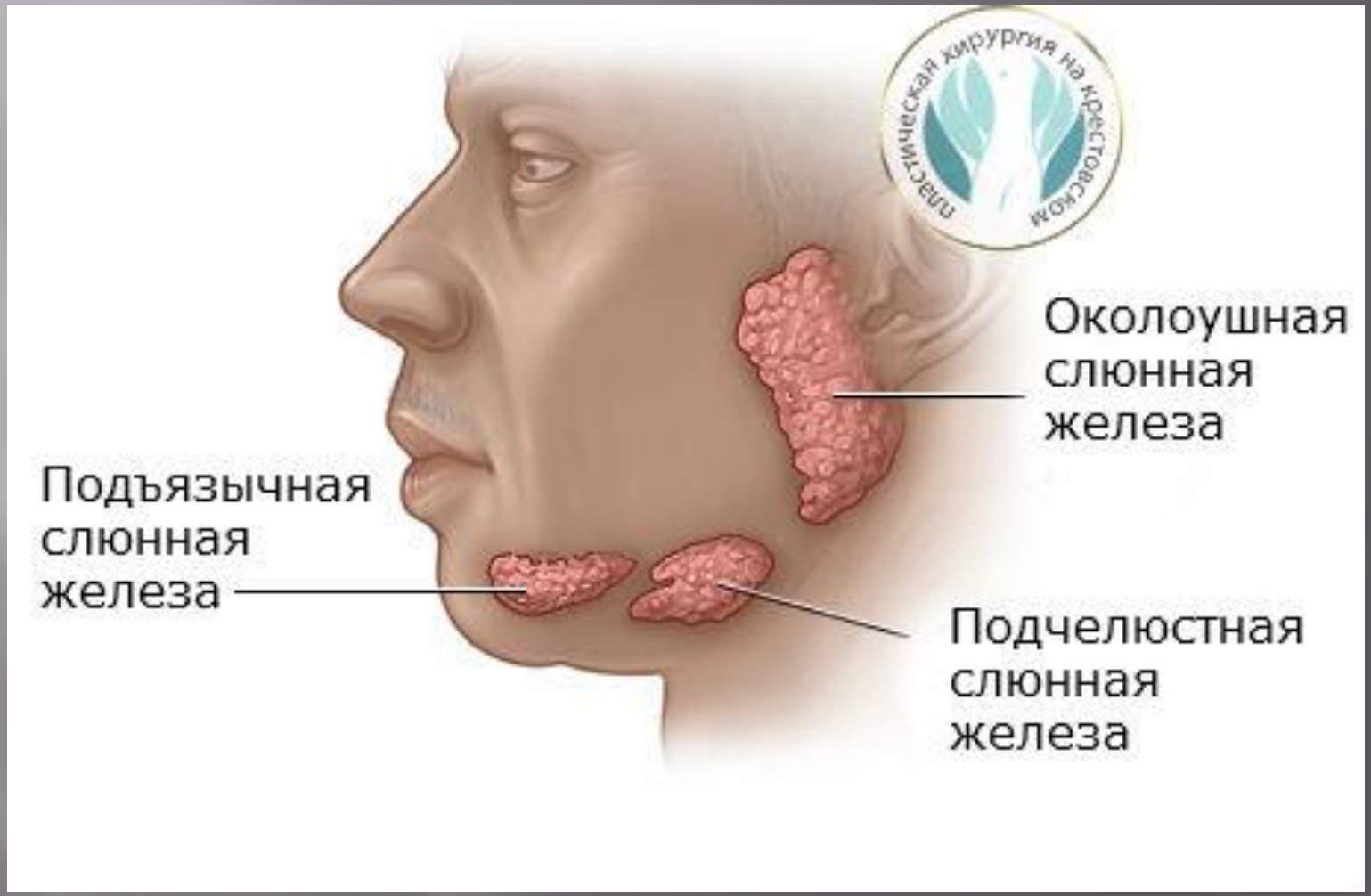
ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Подготтовил Касимов Дониёр

Признаки хронического воспаления слюнных желез

- Хроническое воспаление протекает с обострениями, которые постепенно сменяются ремиссиями: поражаются преимущественно система выводных протоков (сиалодохит), паренхима или интерстициальная ткань.
- Воспаление почти всегда начинается с общего недомогания и слабости. Температура тела варьируется в пределах 37,5 – 38,5 градусов, и на фоне этого может появиться небольшая припухлость в околоушной или поднижнечелюстной области. В одних случаях все ограничивается всего лишь припухлостью, а в других она постепенно увеличивается и становится очень болезненной. Иногда в области воспаления возникает покраснение кожи и за счет увеличения слюнной железы немного приподнимается мочка уха.
- Нередко боль из-за воспаления мешает больному даже открыть рот. Слизистая рта пересыхает и во рту появляется неприятное ощущение. Иногда воспаление слюнной железы протекает очень тяжело, и состояние больного требует немедленной госпитализации. Поэтому при первых же симптомах воспаления необходимо срочно обратиться к квалификационному врачу.

Признаки воспаления слюнной железы


Околоушная слюнная железа
Подъязычная слюнная железа
Подчелюстная слюнная железа

- Этиология хронического воспаления слюнных желез до конца не изучена. По преимущественному поражению различных отделов слюнной железы выделяют формы сиалоденитов: интерстициальный, паренхиматозный и сиалодохит.

Интерстициальный сиалоденит

- Преимущественно встречается в околоушных слюнных железах и очень редко в подчелюстных.

  Для интерстициальной формы поражения характерно разрастание межуточной соединительной ткани, массивная перидуктальная инфильтрация иммунокомпетентными клетками (плазматическими, тучными, эозинофилами, Т- и В-лимфоцитами, макрофагами) и обеднение железистых клеток секреторными гранулами. В ранних стадиях протекает как реактивное состояние, при котором наблюдается нарушение процессов слюноотделения, в последующем происходит подключение аутоиммунного компонента.

Клиника интерстициального сиалоаденита

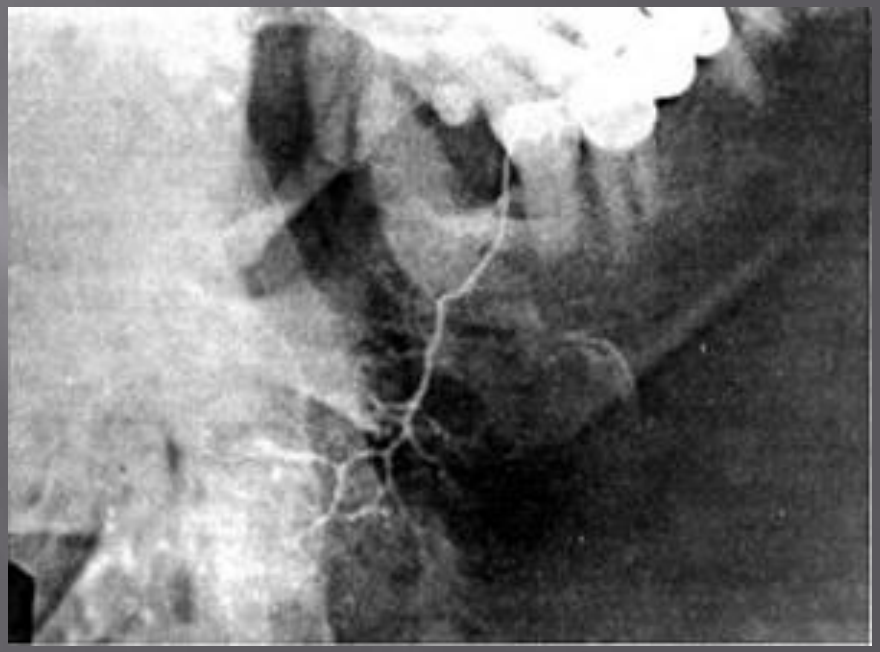
- *Клиника.* Чаще встречается двустороннее поражение. Больные предъявляют жалобы на периодическое припухание слюнных желез, ощущение сухости полости рта. При объективном исследовании определяется симметричное увеличение слюнных желез, кожа над ними в цвете не изменена.

  В начальной стадии при пальпации болевых ощущений не определяется, железы увеличены, мягкоэластической консистенции, устье выводных протоков может быть суженным, при массаже железы из протока выделяется чистая слюна. Обострения процесса бывают редкими и кратковременными. В период ремиссии слюнные железы заметно уменьшаются, слюноотделение улучшается.

  В период выраженных признаков обострения бывают чаще, патологические изменения более выражены. Слюнные железы увеличены, при пальпации плотноэластической консистенции, из устья выводного протока при массаже железы выделяется чистая слюна в ограниченном количестве.

  В поздних стадиях слюнные железы остаются увеличенными и в период ремиссии, при пальпации плотные, иногда бугристые, слюноотделение резко снижено или отсутствует полностью.

Сужение протоков (интерстициальные формы)



Сужение выводных протоков (интерстициальные формы — боковая проекция)

Диф. Диагностика и Лечение

- *Дифференциальная диагностика* проводится с другими формами хронических сиалоаденитов, опухолями, ложным паротитом Герценберга, лимфаденитом, при обострении патологического процесса с вирусными сиалоаденитами. При проведении дифференциальной диагностики учитывается анамнез, данные дополнительных исследований (УЗИ, сиалосцинтиграфии, сиалографии).

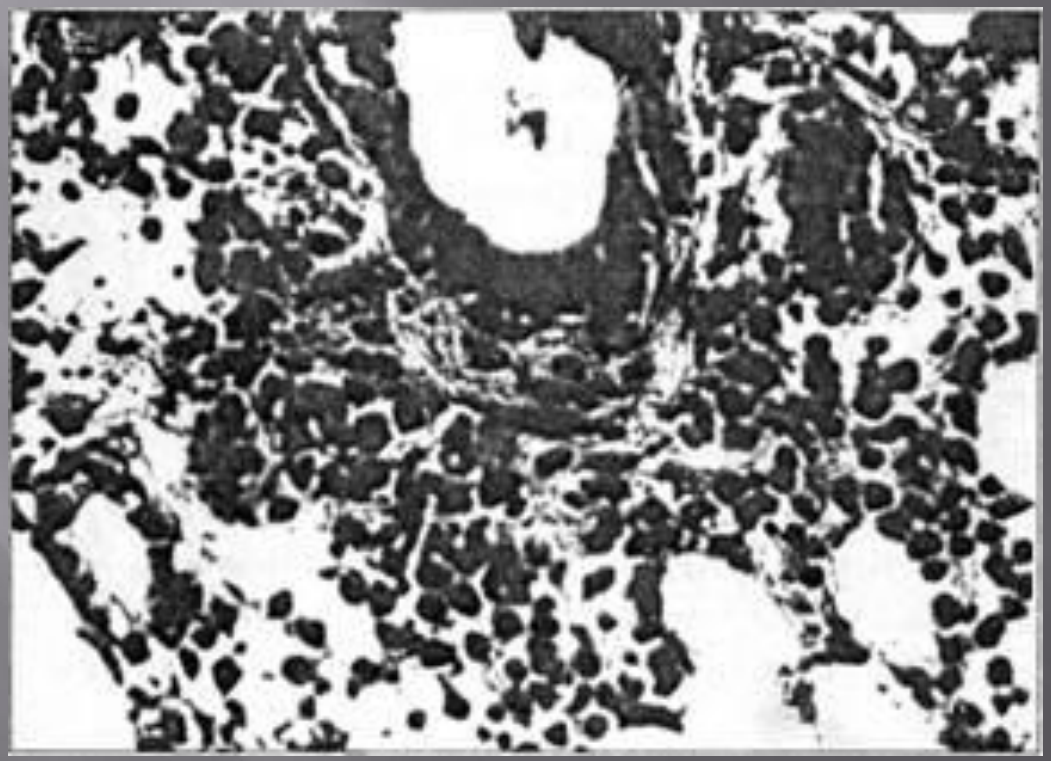
  Лечение. При планировании лечения необходимо учитывать общий статус больного, если выявляется сопутствующее общесоматическое заболевание, то следует проконсультировать больного с соответствующим специалистом: эндокринологом, ревматологом, иммунологом и др. В комплексное лечение интерстициального сиалоаденита целесообразно включать введение 0,01 % раствора тактивина подкожно по 1,0 мл ежедневно в течение 5 дней. Препарат обладает иммуномодулирующим действием, нормализует показатели Т-системы, стимулирует продукцию лимфокинов, восстанавливает активность Т- киллеров.

Паренхиматозный сиалоденит.

- Чаще наблюдается в околоушных слюнных железах, реже в подчелюстных и подъязычных.

  Паренхиматозная форма поражения характеризуется перестройкой концевых секреторных отделов с нарушением в них секреции, утолщением стенок междольковых протоков, постепенным нарастанием массивной лимфоидной инфильтрации, липоматозом, и последующей атрофией ацинарных отделов и слюнных трубок.

Морфологическая картина при паренхиматозной форме сиалоаденита



Клиника

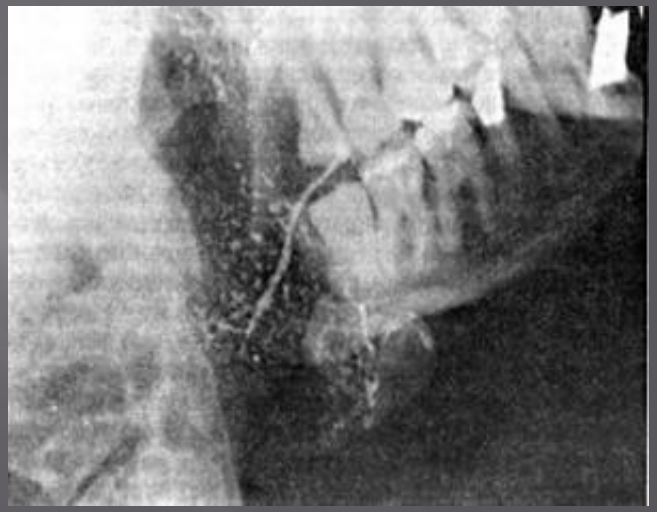
- *Клиника.* Заболевание характеризуется длительным, рецидивирующим, медленно прогрессирующим течением.

  Обращение больных к врачу обычно связано с жалобами на припухлость слюнных желез, сухость полости рта. Клинические проявления чаще бывают односторонние, но при обследовании нередко определяется двустороннее поражение. Заболевание может протекать длительное время незаметно для больного, припухлость в области слюнных желез увеличивается медленно, иногда деформацию контуров лица раньше больного замечают окружающие люди. Характеризуется периодическими обострениями, которые в начальной стадии бывают редкими, в стадии выраженных признаков и поздней — более частыми и продолжительными. Как правило, они возникают на фоне переохлаждения организма и простудных заболеваниях.

  В начальной стадии заболевание может протекать бессимптомно, по мере развития патологического процесса нарастают явления сухости полости рта и увеличение слюнных желез в размере, пальпаторно определяется увеличенная железа мягкоэластической консистенции, из устья выводного протока выделяется прозрачная слюна в ограниченном количестве.

  В стадии выраженных и поздних признаков железы становятся более плотными, бугристыми, из устьев выводных протоков выделяется вязкая мутноватая слюна или слюноотделение может отсутствовать.

Шаровидные периферические эктазии (паренхиматозная форма)



Шаровидные периферические эктазии (боковая паренхиматозная форма)

- При обострении **хронического паренхиматозного сиалоаденита** клиническая картина напоминает острый гнойный сиалоаденит. Больных беспокоят резкие боли, увеличение слюнных желез в объеме, гноетечение из протоков, повышение температуры тела, головные боли, ухудшение общего состояния. Определяется инфильтрация тканей слюнных желез, кожа над ними бывает напряжена, гиперемирована, пальпация вызывает боль, главный выводной проток уплотнен, слизистая оболочка над ним и вокруг устья гиперемирована, отечна, из устья выводных протоков выделяется густой гной, иногда отделяемое отсутствует. В последнем случае болевые ощущения у больных, в результате повышенного напряжения капсулы железы и сдавления, расположенных в ней нервных окончаний, становятся более интенсивными. Может происходить абсцедирование желез.

Диф. Диагностика и Лечение

- Дифференциальная диагностика проводится с другими формами хронического сиалоаденита, опухолями, лимфаденитами, синдромом Шегрена. При обострении с острым гнойным сиалоаденитом, абсцессами и флегмонами необходимо учитывать данные анамнеза, объективного исследования, лабораторных исследований (УЗИ, сиалосцинтиграфии, сиалографии).

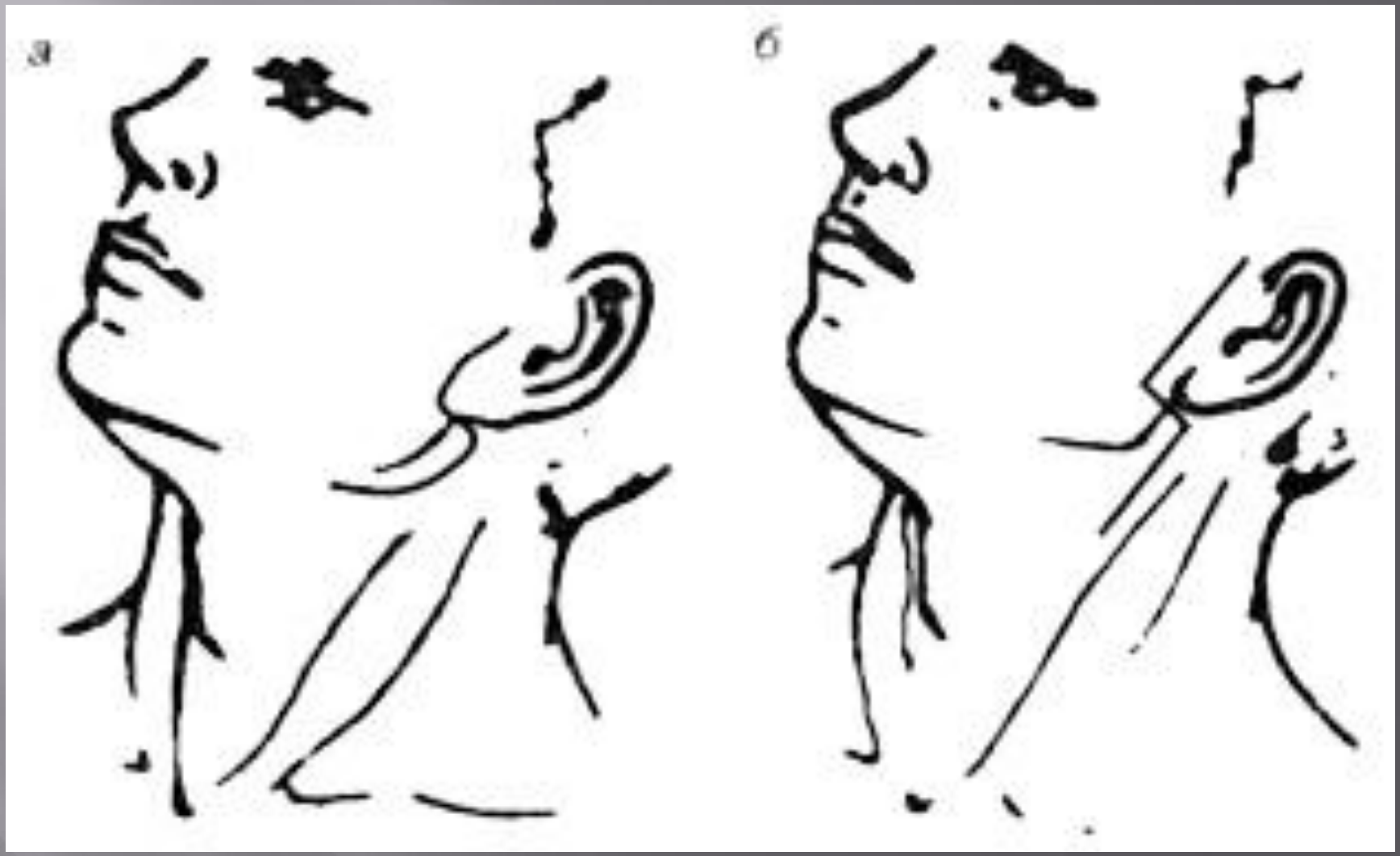
  Лечение. В период ремиссии лечение обычно не требуется, осуществляется диспансерное наблюдение, санация полости рта, рекомендуется избегать переохлаждения, щадящая диета, у ослабленных больных может быть проведена общеукрепляющая терапия. Превентивно (1 раз в 3 мес. можно проводить лечение: прием внутрь масляного раствора витамина А по 6—8 капель на кусочек хлеба 3 раза в день и промывание слюнных желез через устье выводных протоков 5 % раствором трилона В ежедневно в течение 10 дней).

При неэффективности консервативной терапии и частых обострениях проводят хирургическое лечение: ***перевязку главного выводного протока или удаление слюнных желез (при экстирпации околоушных слюнных желез ветви лицевого нерва сохраняют).***

Перевязка главного выводного протока осуществляется внутриротовым доступом: проток выделяют от выводного устья на максимальную длину, складывают пополам и фиксируют двумя шелковыми лигатурами, рану ушивают наглухо. В послеоперационном периоде назначают щадящую диету; 0,1 % раствор атропина сульфата по 6—8 капель 3 раза в день.

Удаление слюнной железы

- При **удалении подчелюстной слюнной железы** разрез делают, отступив на 1,5—2,0 см от края нижней челюсти, и параллельно ей рассекают кожу, подкожную клетчатку и поверхностную фасцию, у переднего края собственно жевательной мышцы выделяют, перевязывают и пересекают лицевую артерию и вену, тупо и остро выделяют подчелюстную слюнную железу, у заднего полюса второй раз перевязывают лицевые сосуды (редко главный ствол лицевой артерии проходит вне железы), проводят гемостаз, выделяют в конце оперативного вмешательства на максимальную длину выводной проток, перевязывают его двумя лигатурами и пересекают между ними, оставшуюся культю обрабатывают раствором йода. Рану послойно ушивают, оставляя на сутки дренаж, и накладывают давящую повязку.



Оперативные доступы: а — схема разреза кожи по Ковтуновичу; б — схема разреза кожи по Редону

- Для **удаления околоушной слюнной железы** разрез делают в предушной области и продолжают в подчелюстную область (по Редону или по Г. П. Ковтуновичу), кожно-жировой лоскут отслаивают кпереди до переднего края околоушной слюнной железы и прикрывают салфеткой с теплым физиологическим раствором. Дальше у основания сосцевидного отростка выделяют ствол лицевого нерва и ведут выделение его в направлении основных ветвей, капсула слюнной железы рассекается, проводится субтотальная резекция ткани слюнной железы в плоскости выделенных ветвей нерва. Если планируется тотальное удаление железы, то ветви лицевого нерва приподнимают и проводят удаление оставшейся части железы (можно начинать операцию с выделения периферических ветвей лицевого нерва). Кожно-жировой лоскут укладывают на место и фиксируют швами, на сутки оставляя дренаж (вакуум-дренаж). Сверху накладывают давящую повязку.

Хронический сиалодохит.

- Этиология до конца не выяснена. Болеют чаще люди пожилого возраста, преимущественно женщины. На начальной стадии пациенты жалуются на периодически возникающее припухание при приеме пищи в области околоушной слюнной железы, периодическую, распирающую боль, увеличение саливации. Слизистая имеет обычный цвет, хорошо увлажнена, из протоков выделяется слюна, прозрачная, с примесью комков слизи.

Расширение протоков (сиалодохит). Боковая проекция

Лечение

- *лечение.* Вне обострения хронического сиалодохита назначают общеукрепляющую витаминотерапию, лечебный массаж слюнных желез (массажируют слюнную железу круговыми движениями, последнее движение производится по направлению хода главного выводного протока к углу рта). Можно рекомендовать самомассаж, который желательно проводить максимально часто.

  При обострении патологического процесса консервативную терапию проводят как при остром гнойном сиалоадените и обострении хронического паренхиматозного сиалоаденита. При неэффективности проводимого лечения применяют хирургическое вмешательство: по показаниям проводят внутриротовой разрез (рассечение вдоль протока), назначают полоскания растворами антисептиков, настоями трав (ромашки, шалфея), слюногонную диету или делают наружный разрез и параллельно проводят промывание слюнной железы через проток.

  В поздних стадиях, при частых обострениях, показано удаление слюнных желез.

- Спасибо за внимание