

**Острые и хронические неспецифические воспалительные заболевания слюнных желез: острый бактериальный сиалоаденит, хронический паренхиматозный и интерстициальный сиалоадениты. Классификация, этиология, клиника, диагностика и лечение.**

Воспалительные заболевания слюнных желез многообразны в своих клинических проявлениях. Это связано с различием причинных факторов, локализации процесса, возраста больных, а также с общим состоянием организма, наличием сопутствующих заболеваний и др.

Классификация воспалительных заболеваний слюнных желез может быть представлена следующим образом:

**I.** Сиалоадениты вирусного происхождения: эпидемический паротит.

**II.** Сиалоадениты неспецифические: а) острые; б) хронические;

**III.** Сиалоадениты специфические: а) актиномикоз слюнных желез; б) туберкулез слюнных желез; в) сифилис слюнных желез.

**IV.** Сиалоадениты, вызванные внедрением инородных тел в протоки слюнных желез.

**V.** Сиалоадениты калькулезные (слюннокаменная болезнь).

Возбудитель может проникнуть в слюнную железу через главный выводной проток со стороны полости рта, по лимфатической системе — лимфогенным путем или через кровеносную систему — гематогенным путем. В ряде случаев возникновению сиалоаденита предшествует какой-либо патологический процесс, оказывающий влияние на общую реактивность организма.

В зависимости от клинического течения различают сиалоадениты острые и хронические. Такое деление основано на том, что в одних случаях сиалоадениты протекают как острые и не переходят в хроническую стадию, а в других, наоборот, развиваются с самого начала как первично хронические и лишь иногда дающие обострение процесса.

**Острые сиалоадениты.** Наиболее часто наблюдаются среди больных инфекционных больниц, терапевтических отделений, хирургических и детских клиник и являются заболеваниями, сопутствующими основному патологическому процессу общего характера.

Острые сиалоадениты чаще локализуются в области околоушных слюнных желез, реже в воспалительный процесс вовлекаются подчелюстные, подъязычные и малые слюнные железы.

**Этиология и патогенез.** Острый паротит (сиалоаденит) может развиваться при любом тяжелом инфекционном заболевании (тиф, дизентерия, скарлатина, пневмония, грипп), при хирургических вмешательствах на брюшной полости,

общих патологических процессах, сопровождающихся нарушением питания организма и приводящих к кахексии (злокачественные новообразования, хронические воспалительные процессы ЖКТ). Патогенетическим фактором является гипосаливация рефлекторного характера. В результате снижения тока слюны, микрофлора легко проникает через выводной проток в железу, вызывая ее воспаление. При острых сиалоаденитах, в протоках железы обычно обнаруживается смешанная микрофлора (стафилококки, пневмококки, диплококки, стрептококки, кишечная палочка) идентичная микрофлоре полости рта.

**Острые сиалоадениты подразделяются** на серозные, гнойные и гангренозные.

**Острый серозный сиалоаденит.** Заболевание сопровождается гиперемией, отеком и умеренной лейкоцитарной инфильтрацией тканей железы. Эпителий выводных протоков набухает, в них скапливается вязкий секрет, слущивающийся эпителий, большое количество микробов.

**Клиника.** Клинические проявления острого сиалоаденита зависят от того, какая железа поражена. Наиболее часто воспалительный процесс возникает в околоушной слюнной железе. **Первыми жалобами** могут быть: чувство сухости в полости рта, боли и припухание в околоушной области, повышение температуры тела, ухудшение общего состояния больного. **При внешнем осмотре припухлость** располагается подковообразно вокруг мочки уха и обычно распространяется вверх – до уровня скуловой дуги, спереди – до переднего края жевательной мышцы, кзади до сосцевидного отростка, и книзу – до нижнего края нижней челюсти. Мочка уха бывает приподнята. Боли усиливаются во время еды, а иногда даже при приеме пищи. Кожа над железой в цвете не изменена.

**При пальпации** области железы определяются небольшие болезненные инфильтраты, резкого уплотнения всей железы нет. Открывание рта не затруднено. В области устья протока воспаленной железы определяется гиперемия. При массировании железы из протока выделяется густая мутная слюна в незначительном количестве или слюна совсем не выделяется.

**Острый гнойный сиалоаденит.**

При переходе острого серозного сиалоаденита в гнойную форму лейкоцитарная инфильтрация нарастает. В резко отечных и полнокровных тканях появляются очаги кровоизлияний. В мелких и среднего диаметра выводных протоках обнаруживаются скопления большого количества лейкоцитов и слущивающегося эпителия. Отдельные участки железы подвергаются гнойному расплавлению: возникают микроабсцессы, слияние которых ведет к образованию более крупных, заполненных гноем полостей.

**Клиника гнойного сиалоаденита.**

Воспалительный процесс в железе быстро нарастает. Основными жалобами будут – интенсивные, нестерпимые боли в железе, ее значительное припухание, повышение температуры тела выше 38°C, ограничение раскрывания рта. Больной ночами не спит.

При внешнем осмотре определяется выраженная припухлость в околоушно-жевательной или подчелюстной области. Кожа, покрывающая железу, краснеет.

Припухлость увеличивается и на протяжении 2 – 3 дней может распространяться на прилежащие области: височную, щечную, подчелюстную. **При пальпации** определяется плотный, резко болезненный инфильтрат в пределах расположения слюнной железы. Наличие очагов размягчения при гнойном расплавлении ткани железы установить трудно. Но когда капсула железы подвергается расплавлению гноем, на ее поверхности можно обнаружить участки флюктуации.

**При гнойном паротите** открывание рта затруднено. Из устья выводного протока выделяется гной, иногда в значительном количестве, а легкое надавливание на железу усиливает выделение гноя.

Сформировавшиеся в области околоушной слюнной железы гнойники могут самопроизвольно вскрыться через кожу.

**Гангренозный паротит** – обычно протекает бурно, но если заболевание возникает на фоне общих дистрофических явлений, воспалительные изменения могут нарастать медленно и вяло, может не быть высокой температуры тела. Некротизировавшиеся участки железы постепенно отторгаются, и длительное время выходят через расплавленные кожные покровы. Иногда наступает омертвление почти всей железы. В отдельных случаях заболевание заканчивается летально.

**Осложнения.** При острых паротитах, развивающихся на фоне общих заболеваний, иногда возникают осложнения, как ранние, так и поздние. К ранним осложнениям относят: 1) распространение гноя в окологлоточное пространство, на боковую поверхность шеи, в клетчатку окружающую общую сонную артерию и яремную вену и далее в средостение; 2) прорыв гноя в наружный слуховой проход; 3) расплавление стенок крупных сосудов и возникновение смертельного кровотечения; 4) тромбоз яремных вен и мозговых синусов. К поздним осложнениям относят образование слюнных свищей и явления околоушного гипергидроза.

**Воспаление подчелюстной слюнной железы** наблюдается значительно реже околоушной. Жалобы – на появление болезненной припухлости в подчелюстной области. В начале заболевания подчелюстная слюнная железа при бимануальной пальпации определяется как плотное, бугристое, подвижное, резко болезненное образование. При нарастании воспалительных явлений и гнойном расплавлении железы появляются отек и инфильтрация окружающих тканей, в результате чего прощупать железу не удается. Появляются боли при глотании. При пальпации железы по ходу протока определяется его уплотнение и боли. Из устья выводного (вартонова) протока выделяется гной.

Заболевание продолжается до 2 – 3-х недель, затем воспалительные явления стихают, размеры припухлости уменьшаются, гнойное отделяемое из протока прекращается, слюна становится сначала мутной, а затем прозрачной.

**Воспаление подъязычной слюнной железы** наблюдается крайне редко. Инфекция распространяется на железу после абсцесса или флегмоны одонтогенного происхождения.

**Диагностика** острых сиалоаденитов – не представляет трудностей. Признаками заболевания являются: небольшая давность заболевания, припухание же-

лезы, боли во время еды или при виде пищи, гнойное отделяемое из выводного протока. При острых сиалоаденитах нет необходимости производить в целях диагностики сиалографию (введение в железу контрастного препарата вызывает сильную боль).

**Перенесенные острые сиалоадениты** не оставляют после себя видимых анатомических изменений, поэтому при сиалографии определяется картина нормального строения слюнной железы.

**Лечение острых сиалоаденитов.** В начале заболевания, когда имеются признаки серозного воспаления и отмечается значительное снижение секреции слюны, лечебные мероприятия должны быть направлены на ликвидацию воспалительных явлений и восстановление слюноотделения. Этому способствует соответствующая (слуногонная) диета. Для увеличения саливации рекомендуют применять внутрь 3 – 4 раза в день по 5 – 6 капель 1% раствора солянокислого пилокарпина.

В проток железы, ежедневно, вводят растворы антибиотиков (пенициллина, гентамицина), антисептиков (1% р-р диоксидина, фурагина калия и др.).

Выраженным противовоспалительным, анальгезирующим, бактериостатическим действием обладает компресс с 30% раствором димексида, который накладывают на область воспаленной железы на 20 – 30 мин 1 раз в день, и повторяют эту процедуру в течение 5 – 10 дней.

Физиотерапевтическое лечение: грелки, флюктуоризация, УВЧ-терапия, согревающие компрессы.

При нарастании воспалительного процесса дополнительно проводят новокаин-пенициллиновые блокады. Подкожную жировую клетчатку над железой инфильтрируют 0,25% раствором новокаина в кол-ве 50 – 100 мл с добавлением 200 000 ЕД пенициллина (3 – 4 раза с интервалом 1- 2 дня).

Внутри назначают антибиотики, сульфаниламиды и десенсибилизирующие препараты.

Хороший эффект дает внутривенное капельное введение трасилола или контрикала.

В тех случаях, когда наступает гнойное расплавление железы, показано вскрытие абсцесса наружным доступом.

При гангренозном сиалоадените, который наблюдается при тяжелой форме течения процесса, показано срочное хирургическое вмешательство – вскрытие капсулы железы. Ранний разрез предупреждает некроз паренхимы железы или ограничивает его размеры (следует пользоваться разрезом типа Ковтуновича).

При хирургическом лечении не исключена возможность образования слюнного свища и выделение слюны из раны. В этих случаях назначают препараты, снижающие секрецию железы (атропин).

**Хронический сиалоаденит** – представляет собой воспалительное заболевание слюнных желез невыясненной этиологии и малоизученного патогенеза. В

настоящее время различают три формы сиалоаденита по поражению различных отделов слюнной железы:

- 1) интерстиция (интерстициальный сиалоаденит);
- 2) паренхимы (паренхиматозный сиалоаденит);
- 3) системы выводных протоков (сиалодохит).

**Интерстициальный сиалоаденит** наблюдается у 37,1% больных. Чаще поражаются околоушные железы (85%), реже – поднижнечелюстные (6%).

Заболевание начинается незаметно для больного, чаще с припухания околоушных слюнных желез, реже – поднижнечелюстных. Припухшие железы безболезненны, имеют мягкую консистенцию. Покрывающая их кожа нормальной окраски. Из протока железы выделяется прозрачная слюна в обычном или умеренном количестве. Можно отметить небольшое снижение саливации. Рот открывается свободно, слизистая оболочка бледно-розовая, хорошо увлажнена. Устья выводных протоков не изменяются.

Интерстициальным сиалоаденитом чаще страдают женщины (54,4%), особенно в пожилом возрасте. Постепенно припухлость железы медленно нарастает, иногда временно уменьшается (перемежающееся увеличение слюнной железы). В таком состоянии больной может находиться несколько лет.

Обострение процесса наступает внезапно. Наступает резкое увеличение околоушной (подчелюстной) железы, она становится плотной, болезненной на протяжении 1 – 2 дней. Нередко на 2 – 3 день заболевания происходит обострение на противоположной стороне. Выделение гноя из протока наблюдается редко. В период обострения процесса многие больные жалуются на сухость в полости рта.

После стихания обострения железы уменьшаются, но в спокойном состоянии остаются увеличенными. Устье выводного протока сужается, зондирование его затруднено. **Таким образом, патологический процесс не подвергается обратному развитию; изменения железы медленно и незаметно прогрессируют.**

**На сиалограмме**, проведенной через несколько лет от начала заболевания, можно обнаружить сужение всех протоков железы – они очень тонки и имеют ровные контуры. Сужение протоков железы можно объяснить гиперплазией стромы и вторичными морфологическими изменениями в паренхиме железы. Об изменениях железы можно предположить по количеству введенного йодолипола (около 0,5 – 0,8 мл). В норме: 2 – 3 мл.

В далеко запущенных случаях интерстициального сиалоаденита больных беспокоит прогрессирующая сухость в полости рта, обострения процесса которые бывают 1 – 2 раза в год, а иногда и чаще, но гнойного воспаления не отмечается.

При длительном существовании интерстициального сиалоаденита на сиалограмме определяется деструкция протоков железы, появляются расширенные и суженные участки протоков, определяются дефекты наполнения, за счет склерозирования паренхимы железы.

**Хронический паренхиматозный сиалоаденит:** наблюдается в среднем у 32% больных. Предполагают, что заболевание является следствием врожден-

ных изменений системы протоков железы и дисплазии ее ткани с образованием кистозных полостей.

Воспалительный процесс поражает преимущественно околоушные слюнные железы, значительно реже подчелюстные. Возраст больных от 1 года до 70 лет. Чаще болеют женщины (60%), наиболее часто поражаются околоушные железы (99%).

**В начальной стадии** заболевание характеризуется бессимптомным течением. Первые клинические признаки могут проявляться вспышкой обострения воспалительного процесса со всеми характерными признаками для острого паротита. Иногда первым клиническим признаком хронического паренхиматозного сиалоаденита является выделение из протока обильного количества секрета, содержащего слизь (слюна солоноватого вкуса) при надавливании на нее. При внешнем осмотре, в начальной стадии, изменений в области железы не выявляется. Рот открывается хорошо, слизистая оболочка влажная, обычной окраски, из протоков выделяется прозрачная слюна.

**В клинически выраженной стадии** больных беспокоят солоноватые выделения из протоков и чувство тяжести в области железы. Некоторые больные отмечают, что железа боится холода. При внешнем осмотре железы могут быть увеличены, припухлость имеет упругоэластическую консистенцию, на отдельных участках прощупывается безболезненное уплотнение. Рот открывается свободно. Слизистая оболочка имеет розовую окраску, хорошо увлажнена. Из протоков выделяется слюна с примесью слизистых комочков или гнойных включений, слюна вязкая.

Обострения могут возникать часто – через каждые 2 – 3 месяца; в других случаях они наблюдаются редко – раз в 2 – 3 года. Заболевание длится десятилетиями.

Основным дополнительным методом исследования, позволяющим установить наличие хронического паренхиматозного сиалоаденита, является сиалография. При этом на основании количества введенного контрастного вещества можно определить характер изменений в железе. Вследствие наличия в железе полостей для заполнения ее необходимо до 6 – 8 мл йодолипола. На сиалограммах в области паренхимы железы обнаруживается большое количество полостей диаметром 2 – 3 мм. Паренхима и протоки железы II, III, IV, и V порядков не определяются или прерывисты. Протоки I порядка прерывисты. Главный проток не изменен, иногда отмечается участки его расширения и сужения. Секреторная функция железы снижена, йодолипол задерживается в железе до 5 – 7 месяцев.

**В поздней стадии заболевания** больных беспокоят припухлость в области пораженной железы, чувство тяжести или небольшая болезненность в околоушных областях, выделение гнойной слюны, иногда сухость в полости рта. При осмотре железы отмечается ее бугристая припухлость, которая располагается в пределах анатомической границы железы, при пальпации безболезненна.

При проведении сиалографии можно установить, что полости в железе достигают значительных размеров (диаметр 5 – 10 мм). Паренхима железы и ее протоки не определяются или видны фрагменты деформированных протоков в

отдельных участках. Главный проток имеет участки расширений, деформирован.

**Прогноз.** У большинства больных заболевание на протяжении многих лет, а иногда всей жизни протекает волнообразно. Наблюдаются периоды (5 – 6 лет), когда наступает клиническое выздоровление, и лишь при неблагоприятных условиях возникает обострение процесса.

**Лечение хронических сиалоаденитов.** Независимо от формы заболевания лечебные мероприятия при обострении процесса проводят в таком же объеме, как и при острых бактериальных сиалоаденитах.

1. В период ремиссии, когда сохраняется выделение слюны с примесью слизи или гноя в протоки полезно вводить раствор антибиотиков (до 100 000 ед. пенициллина) и массировать железу, освобождая протоки от содержимого. Процедуру повторяют 5 – 7 раз до тех пор, пока не будут отмыты все слизистогнойные массы.

2. Лечение должно быть направлено на повышение секреторной функции слюнных желез. Стимулирующее влияние оказывают новокаиновые блокады. 50 – 60 мл, слегка подогретого 0,5% р-ра новокаина вводят в подкожную клетчатку, окружающую железу. Блокаду повторяют через 2 – 3 дня (10 – 12 раз). Улучшение наступает через 1 – 1,5 месяца.

3. Гальванизация слюнных желез. Количество процедур не менее 30. Проводить гальванизацию ежедневно.

4. С целью повышения секреторной функции слюнных желез применяют галантамин (по 1 мл 0,5% р-ра) ежедневно под кожу (30 инъекций на курс). Или электрофорез галантамина (суммируется действие электрического тока и лекарственного препарата).

5. При хронических паренхиматозных сиалоаденитах с лечебной целью периодически, раз в 3 – 4 месяца, вводят в железу йодолипол (4 – 5 мл.). Задерживаясь в полостях йодолипол, препятствует возникновению обострения процесса.

6. Прием внутрь 2% р-ра йодистого калия (по 1 столовой ложке х 3 раза в день). Курс лечения 2 – 2,5 месяца (через 3 – 4 месяца повторить).

7. Рентгенотерапия области слюнных желез. Метод основан на противовоспалительном действии малых доз облучения (суммарно от 5 до 10 Гр.), а также подавлять инфекцию, разрушать лимфоциты.

8. Удаление пораженной слюнной железы.

Следует отметить, что ни один из методов лечения, применяемых при хронических сиалоаденитах, не приводит к полному выздоровлению. Но проведение лечебных мероприятий позволяет в значительной степени предупредить возникновение обострений, замедлить процесс гибели железы, и на длительный срок сохранить секреторную функцию. При хронических сиалоаденитах необходимо периодически повторять лечение, а больных брать на диспансерный учет.