IV IV IV

**2. Эпидемический паротит** чаще встречается в странах с умеренным и холодным климатом. В основном болеют дети- В настоящее время

эпидемический паротит наблюдается как в виде спорадических заболеваний, так и в виде редких эпидемических вспышек в закрытых

и детских коллективах. По различным данным, наибольший процент заболеваний приходится на возраст от 7 до 10 лет. Среди взрослых чаще болеют женщины. Характерной особенностью паротита является распространение заболевания во время эпидемических вспышек в крайне ограниченных районах.

*Этиология и патогенез*. Возбудитель болезни — фильтрующийся вирус. Заражение происходит путем непосредственной передачи его от больного здоровому капельно-воздушным путем, но

возможна также передача вируса при пользовании предметами, с которыми соприкасались больные. Вирус наиболее часто обнаруживается в течение первых 3 дней заболевания в околоушной железе;

в других тканях и органах его обнаруживают реже. На 6—7-й день болезни вирус вызывает образование антител. Выделяется вирус из

организма со слюной больного человека.

Патологическая анатомия. Макроскопически при вируслом 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 слущивающихся эпителиальных клеток. Эпителий железы обычно незначительно изменен: отмечаются набухание и зернистое помутнение, реже — 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 и тяжелая. Иногда выделяют еще неосложненное и осложненное течение процесса.

При *легкой форме* паротита клинические признаки выражены

слабо, температура тела не повышается. Припухание околоушных

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 сли-

зистой оболочки рта и устья околоушного 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. Может наступить абсцедирование.

При осложненной форме эпидемического паротита нередко 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.

Эпидемический паротит у большинства больных заканчивается выздоровлением. Однако наблюдались летальные исходы в случаях развития гнойно-некротического процесса в железе, поражения нервной системы.

*Диагноз.* Характерным для эпидемического паротита является первичность поражения слюнной железы. Общие симптомы в отличие от острого сиаладенита появляются одновременно 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. Наблюдаются изменения содержания сахара в крови и количества диастазы в моче. Диагноз подтверждается выделением вируса эпидемического паротита, реакцией связывания

комплемента, реакцией торможения гемагглютинации, кожной аллергической реакцией и др. Помогает установлению диагноза эпидемиологический анамнез.

Обязательна изоляция больных эпидемическим паротитом на протяжении 9 дней от начала заболевания. Для предупреждения распространения эпидемического паротита применяют активную иммунизацию детей, посещающих детские

дошкольные учреждения, живой противопаротитной вакциной.

*Лечение* эпидемического паротита в основном симптоматическое 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 мазевые повязки, физиотерапевтические процедуры: соллюкс, УВЧ, ультрафиолетовое облучение. Необходимо обеспечить регулярный уход за полостью рта (полоскания, ирригации). 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 до 0,5 мл раствора антибиотиков (по 50 000—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 другими специалистами.

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

посуды, проветривание помещения.

**9. Острый сиаладенит** у этой группы

больных наблюдается чаще в области околоушных слюнных желез.

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

*Патологическая анатомия*. При серозном воспалении наблюдаются гиперемия, отек и умеренная лейкоцитарная инфильтрация тканей железы. При этом отмечается набухание эпителия

выводных протоков железы; в них скапливаются вязкий секрет, слущившийся эпителий, большое количество микробов (чаще кокков). При легких формах заболевания может наступить обратное

развитие процесса. При этом происходят уменьшение отека, рассасывание инфильтрата, воспалительные явления постепенно стихают.

При переходе же острого серозного сиаладенита в гнойный лейкоцитарная инфильтрация нарастает. В резко отечных и полнокровных тканях располагаются очаги кровоизлияния. В мелких и среднего диаметра выводных протоках обнаруживается скопление большого

количества лейкоцитов и слущившегося дегенерировавшего эпителия. Отдельные участки железы подвергаются гнойному расплавле-

нию: возникают микроабсцессы, слияние которых ведет к образованию более крупных, заполненных гноем полостей, видимых на

разрезе железы невооруженным глазом.

Иногда некротический процесс распространяется на значительные участки, на всю железу.

*Клиническая картина*. Острый сиаладенит отличается быстрым нарастанием воспалительных явлений, особенно при гангренозном паротите. На протяжении 1—2 дней моясет произойти некроз железы. Некротизированные участки железы постепенно отторгаются и длительно выходят через расплавленные кожные покровы. Иногда наступает омертвение почти всей железы. В тех случаях, когда этот процесс возникает на фоне общих дистрофических явлений, воспалительные изменения могут нарастать медленно и вяло, вы-

сокой температурной реакции может не быть.

При серозном и гнойном паротите в случаях благоприятного течения процесса воспалительные явления через 10—15 дней постепенно стихают.

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 в около-

глоточное пространство, на боковую поверхность шеи и клетчатку, окружающую общую сонную артерию и внутреннюю яремную вену, средостение, гной может прорваться в наружный слуховой проход. В отдельных случаях под влиянием гнойного процесса происходит

расплавление стенок крупных сосудов и возникает кровотечение, заканчивающееся летально. Наблюдается тромбоз яремных вен и

синусов мозговой оболочки.

К поздним осложнениям гнойного паротита относятся образование

слюнных свищей и явления околоушного гипергидроза.

*Лечение* больных острым сиаладенитом в зависимости от тяжести процесса включает комплекс мероприятий, общий для различных

по происхождению острых сиаладенитов. При серозном воспалении лечебные мероприятия должны быть направлены на прекращение

воспалительных явлений ивосстановление 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 50 000 ЕД пенициллина и 100 000 ЕД стрептомицина в 1 мл 0,5% раствора новокаина. В последние годы при лечении воспалительных заболеваний применяют ДМСО (диметилсульфоксид, димексид) в виде компресса на область воспалительного очага. ДМСО улучшает микроциркуляцию в тканях, оказывает аналгезирующее, противовоспалительное, противоотечное, бактериостатическое и бактерицидное действие. Компресс с 30% раствором димексида следует положить на область воспаленной железы на 20—30 мин 1 раз в день и повторять 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 пока-

зано срочное хирургическое вмешательство — вскрытие капсулы железы; при операции на околоушной железе лучше пользоваться

разрезом по Г. П. Ковтуновичу.

При лечении больных острым сиаладенитом должны быть учтены все принципы терапии острых воспалительных заболеваний.

**7. Слюннокаменная болезнь** (сиалолитиаз, калькулезный сиаладенит) характеризуется образованием камней в протоках слюнных

желез. Заболевание встречается одинаково часто у мужчин и женщин, во всех возрастах.

*Этиология и патогенез*. Причины образования камней до конца не выявлены. Известны лишь отдельные звенья этого сложного процесса — нарушение минерального, главным образом

кальциевого, обмена, гипо- и авитаминоз А и др., а также нарушения секреторной функции и хроническое воспаление слюнной железы.

В большинстве случаев конкременты располагаются в поднижнечелюстной железе и поднижнечелюстном протоке, реже - в

околоушной железе и околоушном протоке. Форма камней может быть различной. Камни, располагающиеся в области железы, округлые, нередко имеют неровную поверхность; конкременты же, образовавшиеся в протоке слюнной железы, чаще всего продолговатые.

*Клиническая картина.* Различают клинические стадии заболевания: начальную (протекающую без клинических признаков воспаления), клинически выраженного воспаления (протекающего

с периодическим обострением сиаладенита) и позднюю (с выраженными симптомами хронического воспаления).

В *начальной стадии* слюннокаменной болезни на протяжении какого-то периода времени заболевание развивается бессимптомно, и камень при этом обнаруживается случайно, при рентгенографическом обследовании пациента по поводу какого-либо одонтогенного заболевания. Первым клиническим признаком являются симптомы задержки выделения секрета. Ретенция секрета наблюдается при локализации камня в поднижнечелюстном, околоушном протоке

или в железе. Обычно во время еды наступает увеличение слюнной железы, появляются ощущение ее распирания, а затем боль (слюнная колика). Эти явления держатся иногда несколько минут или часов и постепенно проходят, но повторяются во время следующего

приема пищи, а иногда даже при мысли о еде.

Увеличенная железа при пальпации безболезненная, мягкая; при расположении камня в железе имеется участок уплотнения. При бимануальной пальпации по ходу поднижнечелюстного протока можно обнаружить небольшое ограниченное уплотнение (камень). Слизистая оболочка полости рта и в области устья протока без воспалительных изменений. При зондировании протока в случае расположения камня в переднем и среднем отделах поднижнечелюстного протока определяется шероховатая поверхность конкремента. На

сиалограммах обнаруживается равномерное расширение протоков кзади от места расположения камня. Протоки имеют ровные и четкие контуры; изображение паренхимы железы, как правило, не

изменено. Если в начальной стадии заболевания длительное время не обращаться к врачу, воспалительные явления нарастают, и заболевание переходит во вторую стадию —*клинически выраженного воспаления,* когда, кроме симптомов ретенции слюны, возникают признаки обострения хронического сиаладенита. Обострение сиаладенита при наличии камня в протоке или железе у некоторых больных может быть первым проявлением заболевания, так как камень не всегда является препятствием для оттока слюны, и симптома слюнной колики не бывает. Пациенты жалуются на появление болезненной припухлости в подъязычной или щечной области, затрудненный прием пищи, повышение температуры тела, общее недомогание. При внешнем осмотре больного обнаруживается припухание в области соответствующей железы. При пальпации определяется резкая болезненность в области железы. Иногда наблюдаются признаки периаденита, при этом в окружности железы появляется разлитая припухлость. При осмотре полости рта определяется гиперемия слизистой оболочки подъязычной или щечной области с соответствующей стороны. При пальпации можно определить плотный, болезненный инфильтрат по ходу протока. При бимануальной пальпации проток прощупывается в виде тяжа. В результате значительной инфильтрации стенок протока не всегда можно путем пальпации установить в нем наличие камня.

Лишь по ходу протока на месте расположения конкремента обнаруживается более уплотненный, болезненный участок. При надавливании на железу или пальпации протока, особенно после зондирования его, из устья выделяется (часто в значительном количестве) слизисто-гнойная жидкость или густой гной.

Сиалография позволяет выявить расширение и деформацию протоков слюнной железы за камнем; чем большее число обострений перенесено больным, тем значительнее деформированы протоки. С каждым обострением процесса изменения в железе нарастают, и заболевание может перейти в *позднюю стадию,* в которой выражены клинические признаки хронического воспаления. Больные жалуются на постоянную припухлость в области слюнной железы, слизисто-гнойное отделяемое из протока, редко отмечаются признаки

слюнной колики. Иногда в анамнезе имеется указание на неоднократно возникавшее обострение. У некоторых больных уплотнение железы возникает постепенно, без повторного обострения и ретенции

слюны. При осмотре можно установить припухание, ограниченное пределами железы, плотное, безболезненное при пальпации. Из выводного протока при массировании железы выделяется слизеподобный секрет с гнойными включениями, устье протока расширено. При пальпации по ходу околоушного или поднижнечелюстного протока обнаруживается уплотнение протока — признак сиалодохита; иногда представляется возможным определить камень по наличию значительного уплотнения в протоке или железе и одновременному

появлению боли колющего характера.

При исследовании определяется снижение секреторной функции пораженной железы. Цитологическая картина характеризуется скоплениями частично дегенерированных нейтрофилов, умеренным количеством клеток ретикулоэндотелия, макрофагов, моноцитов, иногда клеток цилиндрического эпителия в состоянии воспалительной метаплазии, наличием клеток плоского эпителия. Иногда определяются бокаловидные клетки.

При значительном снижении функции слюнной железы в слизистом содержимом можно обнаружить реснитчатые клетки. При расположении камня в железе, кроме указанных клеток, находят кубические эпителиоциты.

Сиалография при расположении камня в переднем или среднем отделе протока слюнной железы позволяет выявить расширение заднего участка выводного протока и протоков I, II порядков, которые имеют неровные контуры. Иногда контрастное вещество

заполняет протоки неравномерно. Паренхима железы определяется нечетко. При расположении камня в заднем отделе протока железы

изменения происходят главным образом в протоках внутри железы, а выводной проток остается неизмененным. Протоки же железы I,

II и III порядков бывают расширены, деформированы и прерывисты.

Паренхима железы часто не определяется или определяется нечетко.

При расположении камня в слюнной железе может выявляться дефект наполнения, чаще небольших размеров камень окружен контрастным веществом. Протоки железы расширены и деформированы, паренхима определяется нечетко. логическим исследованием. На Рентгенограмме дна полости рта обычно хорошо выявляються камни переднего и среднего отделов поднижнечелюстного протока. В некоторых случаях бывает трудно определить конкремент около устья протока вследствие наложения тени камня на изображение тела нижней челюсти. Камень дистального отдела поднижнечелюстного протока и поднижнечелюстной железхорошо определяется на рентгеновском снимке, выполненном по В. С- Коваленко. Камень железы может быть обнаружен также при рентгенографии нижней челюсти в боковой проекции. При этом тень камня иногда определяется выше основания нижней челюсти или накладывается на ее угол.

Камень околоушной железы можно определить при рентгенографии в передней прямой проекции черепа, камень околоушного протока -

в боковой проекции черепа или при внутриротовой рентгенографии через мягкие ткани щеки. Последняя проекция может быть использована при подозрении на наличие камня близко к устью протока. Сиалографиют проводят только после стихания обострения, когда

без искусственного контрастирования камень не определяется

*Лечение* слюннокаменной болезни определяется стадией воспалительного процесса, наличием обострения сиаладенита. При обострении калькулезного сиаладенита показано то же лечение, что и при любом остром сиаладените. Если из устья протока слюнной железы нет отделяемого и консервативная терапия не приводит к улучшению состояния больного, то следует произвести вскрытие протока над камнем. При вскрытии протока камень может выделиться самопроизвольно. Если имеются клинические признаки абсцесса в области расположения камня то показано вскрытие и удаление при этом камня. При хронической фазе кзлькулезного сиаладенита производят удаление камня из протока или железы, при невозможности – экстирпацию поднижнечелюстной железы. Удаление камней из поднижнечелюстного и околоушного протоков проводят в амбулаторных условиях, а удаление камней из околоушной железы и экстирпацию поднижнечелюстной железы - в условиях стационара.

**11**. **Слюнные свищи (свищи слюнных желез**). Различают наружный

свищ, при котором слюна вытекает через отверстие, расположенное в области кожных покровов, и внутренний, когда устье его открывается на поверхности слизистой оболочки рта. Внутренний, открывающийся в рот слюнной свищ никаких расстройств не вызывает и не требует лечения. Наружный слюнной свищ обусловливает тягостное страдание вследствие постоянного смачивания вытекающей из него слюной кожных покровов боковых отделов лица и шеи, мацерации кожи, возникновения дерматита. При закупорке свищевого хода возможно болезненное увеличение слюнной железы. Свищи поднижнечелюстной железы, как правило, располагаются по

ходу ее протока в полости рта. Кожные свищи этой железы и ее протока локализуются в поднижнечелюстноЙ области и представляют значительную редкость. Обычно на коже открываются свищи околоушной железы (ее паренхимы) и ее протока. Под свищами протока понимают свищи внежелезистой части околоушного протока, а под свищами паренхимы — свищи протоков отдельных долек железы.

**4. Паренхиматозный сиаладенит.** Синонимы: хронический рециди-

вирующий паротит, хронический возвратный паротит, хронический

сиалэктатический паротит, интермиттирующий возвратный гнойный

паротит, кистозный паротит, кистозная дисплазия, вторично инфицированный сиалоз, дуктулярный паротит, возвратный бактериаль-

ный паротит.

*Патологическая анатомия*. Патоморфологические изменения слюнных желез характеризуются отеком и выраженным ангиоматозом в междольковых прослойках, наличием отдельных расширенных выводных протоков. Местами вокруг них формируютсядовольно плотные лимфогистиоцитарные инфильтраты, преимущественно диффузные. Местами отмечается развитие фиброзной ткани в виде узких прослоек. Междольковые и внутридольковые выводные протоки выстланы двухрядным кубическим эпителием. В просвете отдельных протоков видны розоватые бесструктурные массы. Эпителиальные клетки ацинусов имеют преимущественно цилиндрическую форму, цитоплазма их вакуолизирована вследствие накопления

белкового секрета. Ядра округлые, гиперхромные, расположены в базальной части клеток.

Клиническая картина. *В начальной стадии* заболевание характеризуется бессимптомным течением. Паротит обнаружи-

вается случайно, при обследовании больного или обострении процесса. При осмотре изменений в области околоушных желез не бывает. Из протоков околоушных желез выделяется обычное коли-

чество прозрачного секрета. При сиалометрии нарушения секреции слюнной железы не отмечено. При цитологическом исследовании секрета определяются участки слизи, наличие немногочисленных, частично дегенерированных нейтрофилов, лимфоцитов, иногда небольшое количество ретикулярных клеток, гистиоцитов и макрофагов. Эпителиальные клетки встречаются в небольшом количестве и представлены клетками плоского и цилиндрического эпителия, умеренным количеством воспалительно измененных клеток; встречаются немногочисленные бокаловидные клетки.

На сиалограмме в области железы определяются

единичные мелкие полости (диаметром 1—2 мм), паренхима железы выявляется нечетко, протоки в отдельных участках прерывисты,

контуры их четкие, ровные, околоушный проток не изменен. При пантомосиалографии можно обнаружить скрыто протекающий про-

цесс в другой парной железе.

В *клинически выраженной стадии* больных при массировании железы беспокоят солоноватое выделение из протоков, чувство тя-

жести в области железы. Иногда железы увеличены, при этом припухлость имеет упруго-эластическую консистенцию; в отдельных участках прощупывается безболезненное уплотнение. Из протоков выделяется секрет с примесью слизистых комочков, иногда гнойных

включений, или же секрет бывает прозрачный, умеренно вязкий.

При сиалометрии не определяется грубых нарушений функции. Цитологическое исследование секрета в период ремиссии процесса

позволяет обнаружить участки слизи, умеренное количество нейт-

рофилов, клетки кубического эпителия, бокаловидные клетки, эпи-

телиальные клетки с измененной морфологической картиной. В случае обострения отмечается значительное увеличение числа элемен-

тов воспалительного экссудата. На сиало- и пантомосиалограммах в области паренхимы определяется большое количество полостей

диаметром 2—3 мм. Паренхима и протоки железы

III, IV и V порядков не определяются или прерывисты. Протоки I порядка прерывисты, околоушный проток не изменен, а иногда отмечаются суженные и расширенные участки с четкими контурами.

В *поздней стадии* заболевания больных беспокоят припухлость в области пораженной железы, чувство тяжести или небольшая болезненность в околоушных областях, выделение неприятной гной-

ной слюны, иногда чувство сухости в полости рта. Припухлость бывает бугристой, безболезненной и может располагаться в пределах

анатомических границ околоушной железы. Кожа, покрывающая припухлость, иногда истончена и может иметь рубцы от ранее

произведенных разрезов по поводу абсцедирования при обострении паротита. У некоторых больных, несмотря на позднюю стадию,

железа в период ремиссии процесса остается неувеличенной.

При сиалометрии выявляется снижение функции железы. При цитологическом исследовании в мазках секрета имеется много слизи;

нейтрофилы определяются в преобладающем количестве и находятся

в большей степени дегенерации, чем в предшествующих стадиях. Определяется скопление лимфоидных элементов и бокаловидных клеток.

Сиалографически установлено, что полости в железе достигают

значительных (5—10 мм в диаметре) размеров; паренхима железы

и ее протоки не определяются или видны фрагменты деформиро-

ванных протоков в отдельных участках. Околоушный проток может

равномерно расширяться или иметь суженные и расширенные уча-

стки с деформированными контурами.

Обострение хронического паренхиматозного паротита протекает

бурно во всех стадиях процесса, но степень клинического проявления

его симптомов и частота обострения определяются снижением неспецифической резистентности: чем ниже ее показатели, тем активнее клиническое течение обострения.

В период обострения при неактивном течении процесса больных

беспокоят боль и припухлость в области околоушных желез, повышение температуры тела. При осмотре обнаруживается разлитая

припухлость, выходящая за пределы границ железы, при пальпации

плотная и болезненная. Слизистая оболочка полости рта бледнорозового цвета, в области устья протока воспаленной железы гипе-

ремирована. При легком массировании железы можно получить из

протока мутную слюну с примесью фибрина или гноя. При лечении

воспаление быстро проходит. У больных с активным течением за-

болевания температура тела достигает 38—39 °С, повышена СОЭ,

лейкоцитоз. При нарастании явлений возможно абсцедирование в

железе, затрудняется открывание рта, появляются участки покрас-

нения кожи над железой и флюктуация. Часто обострение опреде-

ляется не только степенью снижения неспецифической резистентности, но и стадией процесса.

Диагноз хронического паренхиматозного паротита подтверждается цитологически и сиалографически. Применение других методов исследования позволяет установить стадию и активность про-

цесса. Паренхиматозный паротит следует дифференцировать от ин-

терстициального сиаладенита, сиалодохита, эпидемического пароти-

та, опухоли.

***Лечение больных хроническим сиаладенитом*** независимо от формы (интерстициальная, паренхиматозная, сиалодохит) в период обострения процесса не представляет больших трудностей. Применение

комплекса лечебных процедур, используемого при лечении больных

с острым сиаладенитом, приводит к быстрому купированию процесса.

Лечение больных с хронической формой процесса должно быть

комплексным и включает коррекцию нарушенного иммунитета (повышение неспецифической резистентности организма); терапию системных заболеваний; улучшение функции слюнной железы; диспансеризацию в специализированных учреждениях (лечебно-диагностических центрах).

В весенне-осенний период усиливается риск возникновения обострения хронического сиаладенита, поэтому в эти периоды проводят

коррекцию иммунитета. Больных хроническим сиаладенитом ставят

на диспансерный учет. Лечение целесообразно начинать с проведения

санации всех хронических очагов в полости рта, носоглотки; реко-

мендовать соблюдение режима дня, рациональное сочетание труда

и отдыха, занятия ЛФК.

В комплексное лечение необходимо включить назначение нук-

леината натрия по 0,2 г 3 раза в день в течение 14 дней (этот курс

нужно повторять 1—3 раза в год). Хорошие результаты получены

при использовании поливитаминов и микроэлементов курсовыми

дозами. Рекомендуется проведение курса внутрипротоковой ультра-

фиолетовой терапии, при которой УФ-лучи с помощью волоконного

световода подводят к слюнной железе через ее выводной проток.

Облучение осуществляется 1—4 мин. На курс лечения необходимо

4—6 процедур с интервалами в 2—3 дня.

При системных заболеваниях проводят лечение больных совместно со специалистами соответствующего профиля.

Лечение направлено на улучшение трофики тканей слюнной

железы, повышение ее функции, предупреждение обострения заболевания, приостановление нарастания склерозирования стромы и

дегенеративных изменений в паренхиме. С этой целью назначают

2—10% раствор йодида калия по 1 столовой ложке 3 раза в день

в течение 2—2,5 мес с учетом чувствительности организма к йоду.

Проводят новокаиновые блокады — через 2—3 дня, всего 10—12

раз. Назначают пирогенал внутримышечно через каждые 2—3 дня

(25 инъекций на курс), 0,5% водный раствор галантамина — по

1 мл подкожно (30 инъекций на курс).

Иногда целесообразно лечение аутовакциной в виде подкожного

введения по 0,1 —0,3 мл через 2 дня на 3-й (всего на курс 20 инъекций).

В поздней стадии паренхиматозного паротита и сиалодохита лечение

следует начинать с введения антибиотиков. После массирования железы и освобождения всех протоков от их содержимого следует специ-

альной канюлей или инъекционной иглой вводить 2 мл раствора антибиотиков (50 000 ЕД пенициллина и 100 000 ЕД стрептомицина в

2 мл 0,5% раствора новокаина) и, массируя железу, снова освободить

протоки от содержимого. Введение раствора антибиотиков в протоки

повторяют несколько раз, до тех пор пока не будут отмыты все слизи-

сто-гнойные массы; затем вводят более концентрированный раствор

антибиотиков (1 000 000 ЕД пенициллина и 250 000 ЕД стрептомицина в 1 мл 0,5% раствора новокаина) и оставляют его в железе. Такое лечение повторяется ежедневно, до полного прекращения гнойных вы-

делений из протоков.

У больных, имеющих суженные участки протоков, следует применять протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин). В ком-

плекс лечения нужно включать инъекции рибонуклеазы — 7—10 мг

внутримышечно и электрофорез дезоксирибонуклеазы (7—10 сеансов

по 20 мин). Хороший эффект дает применение компрессов с 30% раствором димексида на область слюнной железы 2 раза в сутки в течение 8—10 дней. Эффективно также введение йодолипола в протоки железы. Иодолипол следует вводить через 3—4 мес, при наступлении лечебного

эффекта — 1—2 раза в год. Методика введения такая же, как и при сиалографии.

Гальванизацию области слюнных желез при лечении хронического сиаладенита проводят ежедневно в течение 30 дней, а также осуществляют рентгенотерапию суммарно от 5 до 10 Гр.

Хирургические методы лечения применяют редко и проводят при

неэффективности консервативной терапии, частых обострениях воспалительного процесса (6—10 раз в год), сопровождающихся нагноением железы, значительном нарушении функции слюнной железы, наличии стриктуры и атрезии околоушного или поднижнечелюстного протоков. В зависимости от патологического процесса применяют различные хирургические методы: бужирование околоушного или поднижнечелюстного протока, при неэффективности бужирования — пластику в области устья, субтотальную или тотальную резекцию околоушной железы с сохранением ветвей лицевого нерва, перевязку околоушного протока.

Больные хроническим сиаладенитом практически не выздоравливают. Это обусловлено этиологическими и патогенетическими факторами. К ним относятся генетически обусловленное снижение

иммунитета и наличие врожденных изменений в слюнной железе.

Поэтому особенно важна профилактика, которая может быть обеспечена в специализированных лечебно-диагностических центрах,

осуществляющих диспансерное наблюдение за больными. После обследования больных в центре определяются комплекс лечения и место его проведения — в условиях стационара или поликлиники.

Регулярное проведение комплекса лечебно-профилактических мероприятий позволяет снизить количество обострений процесса и перевести активную форму течения заболевания в неактивную.

**Интерстициальный сиаладенит.** Синонимы: хронический продуктивный сиаладенит, хронический склерозирующий паротит, воспали-

тельная опухоль Кюттнера, безболезненное припухание околоушных желез, хронический атрофический сиаладенит, фибропродуктивный

сиаладенит, симптоматическая сиалопатия, эндокринная гипертрофия, гормональный сиалоз, вторично-инфицированный сиалоз.

Этиология и патогенез. Этиология интерстициального сиаладенита изучена мало. Предполагается, что нарушение в слюнных

железах возникает на фоне общих заболеваний организма — нарушении обменных процессов. Из перенесенных и сопутствующих заболе-

ваний отмечаются сахарный диабет, гипертоническая болезнь, хронический простатит, заболевания пищеварительной системы и др.

Патологическая анатомия. При патологоанатомическом исследовании больших и малых желез определяется рыхлая соеди-

нительная ткань в междольковых прослойках с отеком и ангиоматозом; кровеносные сосуды расширены и переполнены кровью.

В других отделах железы ее дольки разделены прослойками плотной фиброзной ткани, в которой имеются плотные лимфогистиоцитарные

инфильтраты. Паренхима железы замещена диффузными скоплениями лимфоидных элементов, сохраняются лишь единичные ацинусы и внутридольковые выводные протоки. В отдельных протоках резко сужены щелевидные просветы, вокруг них плотная фиброзная ткань в виде муфт. В просвете протоков обнаруживаются бесструктурные эозинофильные массы. В некоторых дольках наряду с плотными скоплениями и обширными полями лимфоидных элементов довольно интенсивно развита фиброзная, а также жировая ткань липоматозная атрофия.

*Клиническая картина*. Интерстициальным паротитом чаще страдают женщины, особенно в пожилом возрасте. Характерным признаком этого заболевания является равномерное припухание слюнных желез. Увеличенные железы имеют гладкую, ровную поверхность, с подлежащими тканями не спаяны, консистенция их

тестовидная. Кожа, покрывающая слюнные железы, не изменена, открывание рта свободно, слизистая оболочка полости рта бледнорозового цвета, хорошо увлажнена. По степени выраженности из-

менений слюнных желез при интерстициальном сиаладените различают начальную, клинически выраженную и позднюю стадии процесса.

В *начальной стадии* больные отмечают неприятные ощущения в области одной или обеих околоушных желез, иногда боль в затылке, периодически появляющиеся припухлость околоушных же-

лез и чувство неловкости в ушах. Как правило, заболевание обнаруживается случайно, по наличию мягкой безболезненной припухлости в пределах анатомических границ железы. Секреторная деятельность слюнных желез не изменяется. Цитологическое исследование секрета позволяет выявить бедность мазков клеточными

элементами; обнаруживаются единичные нейтрофилы и клетки цилиндрического эпителия, бокаловидные клетки и голые ядра. При

сиало- и пантомосиалографии на сиалограммах отмечают некоторую

неравномерность изображения паренхимы железы и сужение протоков III, IV и V порядков.

При *клинически выраженной стадии* припухлость в области пораженных желез постоянная, безболезненная.

При сиалометрии секреция слюнных желез не изменяется или снижается до нижних границ нормы; в период обострения секреция

уменьшается. Цитологическое исследование секрета позволяет ус-

тановить увеличение клеточных элементов в мазках. При сиало-

графии (см. рис. 91,6, II) размеры железы увеличены, плотность

паренхимы железы уменьшена, резко сужены протоки III—IV порядков, контуры протоков остаются ровными и четкими.

В *поздней стадии* больные жалуются на слабость, снижение работоспособности, иногда отмечают снижение слуха. Временами

возникает сухость в полости рта. У всех больных наблюдается постоянное безболезненное или малоболезненное припухание в об-

ласти пораженных желез. Слюнные железы увеличены значительно.

При этом отмечается очаговое уплотнение, свободной слюны не-

много, из выводных протоков слюнных желез при массировании

слюна выделяется в уменьшенном количестве.

При сиалометрии обнаруживается снижение функции слюнных

желез. При цитологическом исследовании мазков секрета можно обнаружить нейтрофилы в состоянии дегенерации, гистиоидные эле-

менты, голые ядра, пласты клеток плоского и цилиндрического эпителия на фоне участков белкового субстрата. На сиало- и пан-

томосиалограммах паренхима железы не определяется, все протоки

железы и околоушный проток бывают сужены, в отдельных участках прерывисты, имеют неровные контуры.

Интерстициальный сиаладенит характеризуется обострениями, чаще при охлаждении в осенне-весенний период или при обострении

сопутствующего сахарного диабета. Заболевание начинается с недомогания, припухания желез. У отдельных больных обострения возникают часто, несколько раз в год, сопровождаются болями в железе, ее значительным уплотнением, повышением температуры тела.

Диагноз. Характерная клиническая картина должна подтверждаться данными сиалографии — нарастающим сужением выводных протоков, длительное время сохраняющих четкие и ровные контуры; цитологически - бедностью мазков секрета железы клеточными элементами, отсутствием клеток интерстициальной ткани. Интерстициальный сиаладенит дифференцируют от хрони-

ческого паренхиматозного сиаладенита, сиалодохита, опухоли, эпи-

демического паротита на основании характерных эпидемиологических, клинических, цитологических и сиалографических признаков

этих заболеваний. Прогноз при интерстициальном сиаладените благоприятный.

Больных необходимо наблюдать в течение многих лет, в том числе совместно с общими специалистами, эндокринологами.

**Хронический сиалодохит.** Синонимы: фибринозный сиаладенит,

фибринозный сиалодохит, хронический неэпидемический паротит,

хронический сиалодохит Куссмауля, идиопатическая дилатация про-

токов. Этиология и патогенез. В этиологии хронического сиалодохита большую роль играет врожденная эктазия протоков слюн-

ной железы. Существует мнение, что заболевание является одним из вариантов течения паренхиматозного паротита. Ряд авторов при-

чину расширения выводных протоков, в том числе околоушного или поднижнечелюстного, усматривают в сдавливании его в области

устья или на протяжении различными патологическими процессами:

опухолью, лимфатическим узлом при лимфадените, стриктурой протока при его травме, воспалением устья протока при афтозном стоматите и др. Другие авторы считают его проявлением возрастной

патологии.

Среди перенесенных и сопутствующих заболеваний наиболее

часто у больных сиалодохитом выявляются кистозные поражения

органов, заболевания сердечно-сосудистой и пищеварительной сис-

тем, органов дыхания. Чаще слюнные железы поражаются с двух

сторон (75%), однако клинические проявления бывают, как правило,

односторонними.

Патологическая анатомия. Патоморфологическое исследование при хроническом сиалодохите позволило обнаружить между протоками и дольками железы диффузные лимфогистиоцитарные и лимфогранулоцитарные инфильтраты с примесью полинуклеаров. Выводные протоки железы расширены, местами сужены, выстланы многорядным кубическим эпителием, в просвете их имеются слущенные эпителиальные клетки и скопления полинуклеаров. В области стенки околоушного протока эпителиальный пласт, выстилающий проток, имеет на разных участках неодинаковую толщину за счет слущивания дегенеративно-измененных эпителиальных клеток. Проток выстлан частью многорядным цилиндрическим, частью

многослойным плоским эпителием; изредка встречаются бокаловидные клетки, определяются бухтообразные выпячивания эпителия.

Клиническая картина. Хроническим сиалодохитом страдают чаще лица пожилого возраста (77,4%); у женщин он встречается ненамного чаще (56,8%).

В *начальной стадии* больные жалуются на периодически возникающее припухание при приеме острой пищи в околоушно-жевательной области, связанное с ретенцией слюны в расширенных

мелких протоках железы, сопровождающееся неприятным, распирающего характера ощущением или нерезкой болью. Иногда отмечается выделение большого количества слюны в полость рта, что

характерно для расширения околоушного протока. Процесс может протекать бессимптомно и обнаруживается при обследовании боль-

ных после обострения. При осмотре изменений в области околоушных желез не отмечается. Из протоков выделяется прозрачный

секрет, иногда в нем обнаруживаются комочки слизи.

Функция слюнных желез в пределах нормы. При цитологическом исследовании секрета встречаются единичные нейтрофилы и клетки эпителиальной выстилки протоков. На сиало- и пантомосиалограммах определяется неравномерное расширение главного выводного протока и ветвей I, II порядков либо расширение ветвей

II, III, IV порядков (при этом главный выводной проток в ряде случаев остается неизмененным), либо расширение всех протоков железы и главного выводного протока. Характерным является чередование расширенных и неизмененных участков протоков железы.

Они имеют четкие контуры, что обнаруживается и на повторных сиалограммах. Паренхима определяется хорошо, четко выявляются

дольки. В *клинически выраженной стадии* больные жалуются на постоянное самопроизвольное выделение из протоков в полость рта со-

лоноватого секрета с примесью комочков слизи. Во время еды появляются припухлость и покалывание в области слюнной железы, которые после приема пищи проходят. Иногда отмечается распирающая боль, что бывает при сиалодохите мелких протоков. При осмотре обнаруживается по ходу околоушного протока или в области какого-либо участка железы безболезненное, мягкое припухание в

виде валика. При надавливании на него в полость рта выделяется солоноватый застойный секрет железы, при этом припухлость исчезает. Слизистая оболочка рта влажная, цвет ее не изменяется. Устья

протоков зияют, из них обильно выделяется слизистый секрет с фибринозными, нитевидной формы включениями — слепками протоков.

При сиалометрии количество слюны остается в пределах нормы.

При цитологическом исследовании слюны обнаруживаются клетки

цилиндрического эпителия, среди которых находят более крупные,

иногда двуядерные экземпляры, а также немногочисленные пласты

эпителиальных клеток с явлениями воспалительной метаплазии.

Постоянно в небольшом количестве определяются бокаловидные клетки. На сиало- и пантосиалограммах определяется значительное расширение протоков, контуры их становятся неровными, но остаются четкими, появляются

суженные участки. В *поздней стадии* хронического сиалодохита больные жалуются на частое обострение процесса, гнойное или слизисто-гнойное

выделение из протоков, припухлость в области слюнной железы.

Припухлость воспаленной железы бывает незначительна, умеренно и неравномерно уплотнена; иногда припухлости не отмечается. Из

околоушных протоков обильно выделяется вязкий слизистый секрет с гнойными и фибринозными включениями.

В поздней стадии хронического сиалодохита определяется небольшое снижение секреции слюны. При цитологическом исследовании секрета отмечается его сгущение, в нем находится большое

количество гнойных тяжей. Наряду с нейтрофилами в препаратах встречаются скопления эозинофилов. Ретикулоэндотелиальных клеток немного, их производные (гистиоциты, макрофаги) отсутствуют.

Характерно наличие крупных и дву ядерных цилиндрических клеток, а также пластов воспалительно-метаплазированного эпителия; име-

ются эпителиальные комплексы, напоминающие морфологически концевые отделы слюнной железы. На сиалограмме можно обнаружить, кроме расширенных участков, значительные

сужения; околоушный проток приобретает четкообразную форму, а иногда ход протоков проследить трудно.

Обострение хронического сиалодохита протекает бурно, сопровождается сильной болью, повышением температуры тела, иногда

бывает до 6 раз в год и протекает наиболее тяжело у больных с активным течением процесса. В этом случае клиническая картина сходна с обострением воспалительного процесса при паренхиматоз-

ном сиаладените. Иногда наступает обтурация протока слизистыми и фибринозными пробками; отделяемого из протока нет. При этом

может наступить абсцедирование в железе, появляются участки флюктуации. Хронический сиалодохит следует дифференцировать от паренхиматозного, интерстициального и эпидемического паротитов, слюннокаменной болезни, кисты слюнной железы, опухоли слюнной железы на основании клинической картины, сиалометрии и цитологии секрета, рентгено- и сиалографии, диагностической пункции, пункционной и эксцизионной биопсии.

Прогноз. В результате лечения у 50% больных наступает длительная ремиссия. При наличии врожденных изменений протоков, несмотря на длительную стабилизацию патологического про-

цесса, возможно его обострение, что определяет необходимость диспансеризации больных. У отдельных пациентов отмечалось образование слюнного камня в одном из протоков железы.