

Диференційна діагностика хвороб слинних залоз

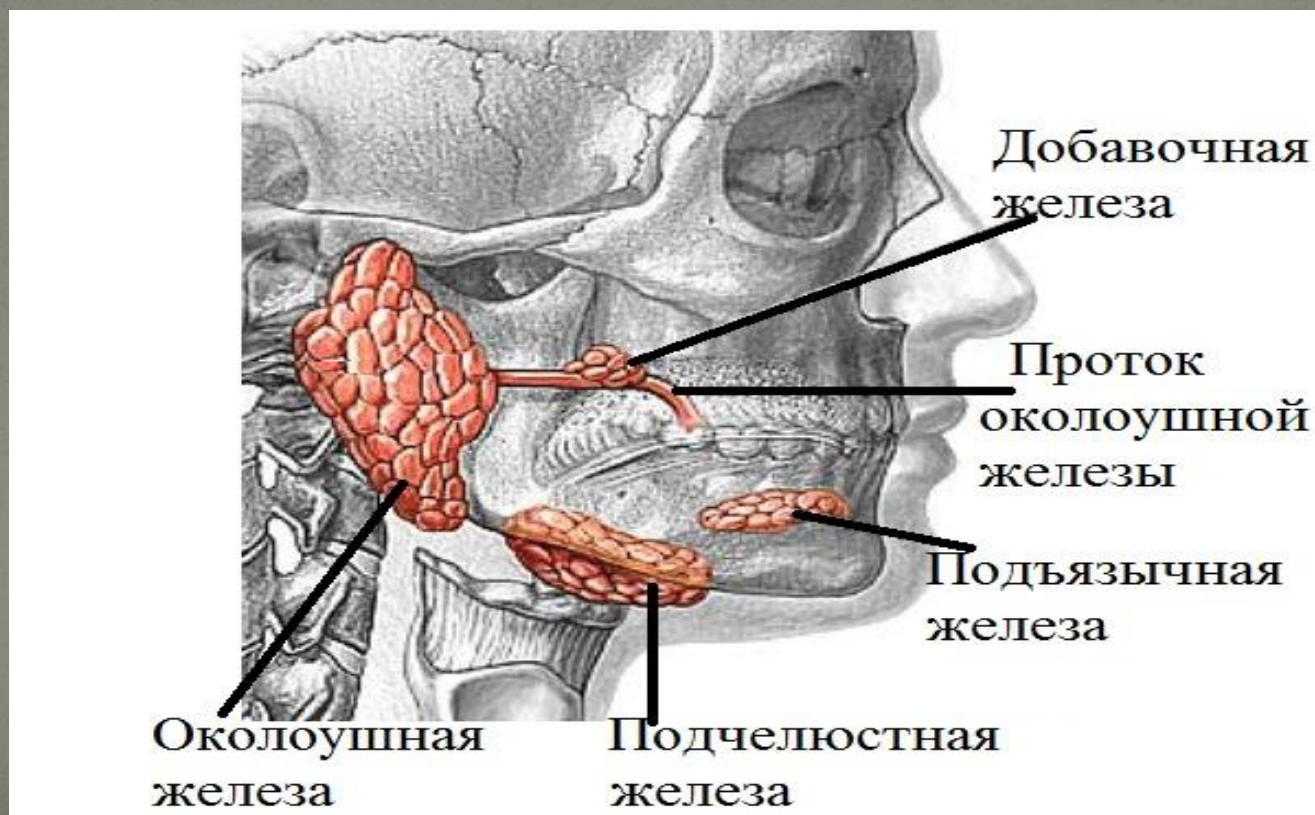


Виконала ст. 6-го курсу ззгр
Ніколенко М.С

Сіалоаденіт – запальний процес слинних залоз.

Паротит — запалення привушної залози.

Сиалограмма - це рентгенографія слинних протоків і залоз.



Класифікація сіалоаденіту, причини виникнення і симптоми

Сіалоаденіт привушної залози (паротит). Найчастіше причиною патології є вірусна епідемічна інфекція. Ознаки сіалоаденіту привушної слинної залози – біль за вухом під час проковтування їжі, постійна сухість у роті, набряк шиї і обличчя.

Сіалоаденіт підщелепної слинної залози. Може бути бактеріальним, вірусним або грибковим. Патологія в цих залозах діагностується значно рідше, ніж у привушних. Симптоми будуть ідентичними, з додаванням болю при широкому розкритті рота і звичайному пережовуванні їжі.

Калькульозний сіалоаденіт найчастіше діагностується у віці 7-12 років. Запалення, як правило, розвивається в піднижньощелепних слинних залозах. Причини калькульозного сіалоаденіту – проникнення інфекції з інших патологічних вогнищ у ротову порожнину.

Під'язиковий сіалоаденіт. Його симптоми інтенсивні – під'язикова область набрякає, стає виразно червоною, у хворого постійно відкритий рот, утруднене дихання, прийом твердої їжі неможливий.





Хронічний
інтерстиціальний
сіаладеніт

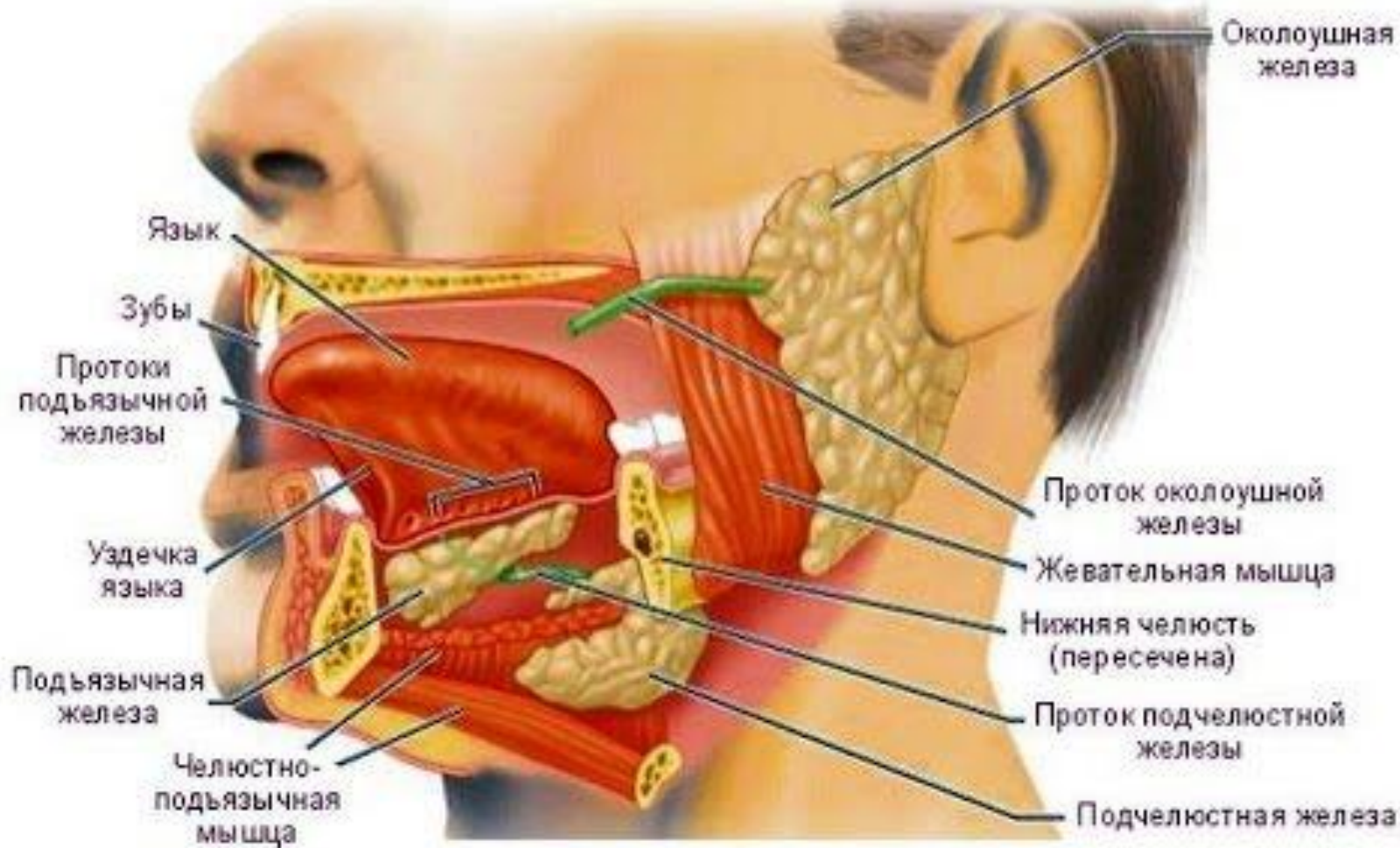


**Під'язиковий
сіалоаденіт**

Паротит спричинюють різні мікроорганізми, що потрапляють в залозу через привушну слинну протоку з порожнини рота, гематогенним або лімфогенним шляхом, а також з розташованих поряд з залозою осередків запалення. Важливу роль у розвитку паротиту грає порушення відтоку слини, зниження загальної реактивності організму. Запалення привушної залози може перебігати гостро і хронічно.

Гострий паротит розвивається при запальних процесах порожнини рота (стоматитах, гінгівітах) ентеровірусної природи. Причиною запалення часто буває вірус епідемічного паротиту. **Гострий бактеріальний паротит** найчастіше виникає на тлі активізації мікрофлори, зазвичай присутньої в порожнині рота і протоках слинних залоз, що спостерігають переважно у ослаблених хворих, при тяжких інфекційних хворобах (зокрема при черевному тифі, епідемічному висипному тифі тощо), після оперативних втручань, особливо на органах черевної порожнини (частіше на 3-4-й день після операції), при травмах залози, наявності стороннього тіла. Одним з істотних чинників розвитку гострого запалення залози є зниження її секреторної функції.

Гострий паротит може перебігати в серозній, гнійній і гангренозній формі.



Хронічний паротит частіше виникає як первинне захворювання, етіологія і патогенез якого вивчені недостатньо. Рідше буває результатом гострого паротиту. Хронічний паротит - один із проявів синдрому Шегрена і синдрому Микулича . Протікає із загостреннями, змінюються ремісіями: уражається переважно інтерстицій, паренхіма або система вивідних проток (сіалодохит).

Синдром Шегрена — автоімунне ураження, яке відносять до системних хвороб сполучної тканини. Характеризується ураженням залоз, які виділяють секрет, головним чином, слинних і слізних.

Хвороба Микулича - це повільно прогресуюче симетричне збільшення слізних і слинних залоз, викликане системним захворюванням лімфоїдного апарату.

ВІЛ-асоційована хвороба слинних залоз- набута кістозна трансформація цих органів на тлі вираженої проліферації в них лімфоїдної тканини.

Епідемічний паротит – це вірусне гостре захворювання, під час якого відбувається запалення слинних залоз людини.

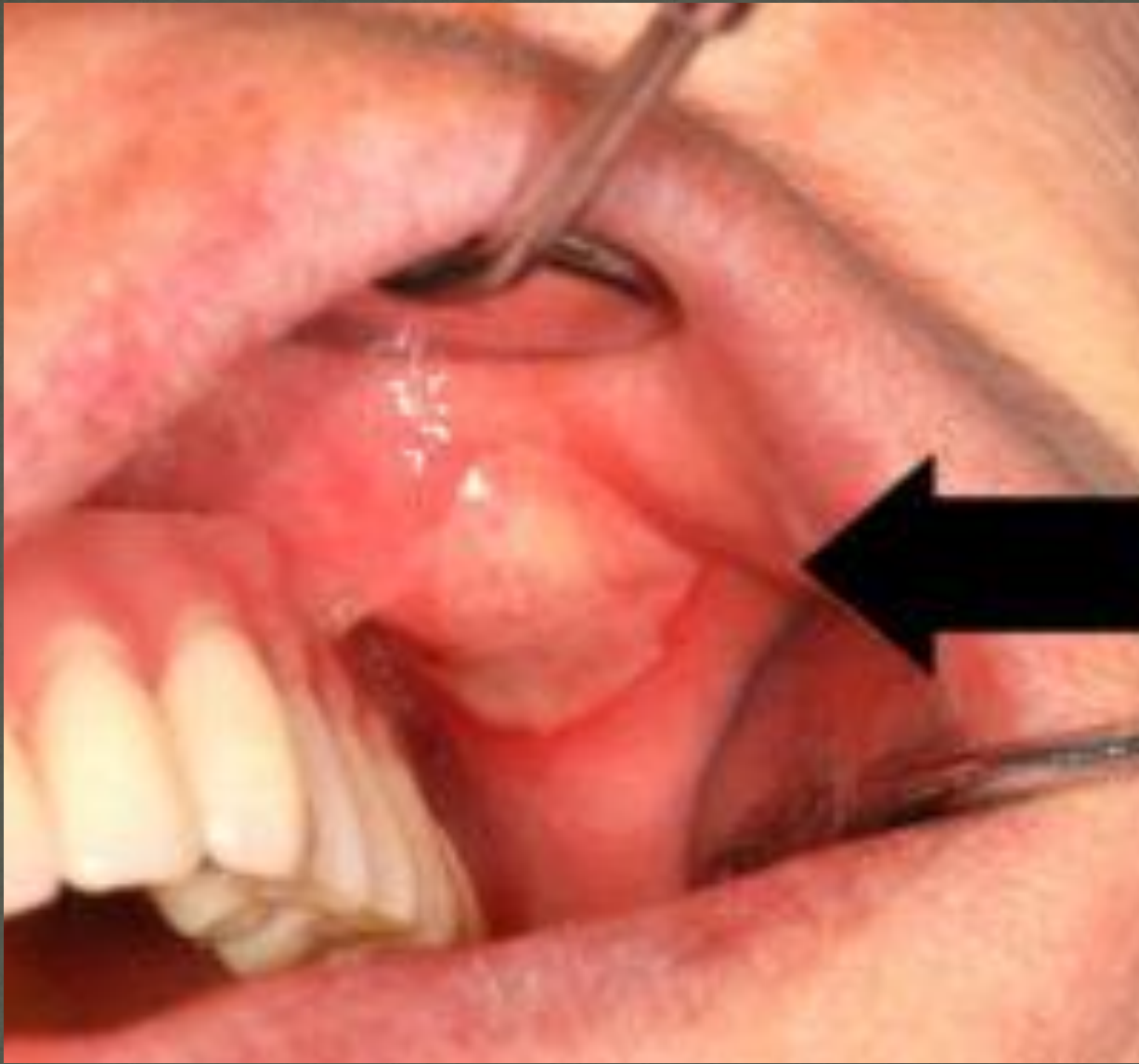
До головних симптомів паротиту відносять:

- різке підвищення температури тіла до 40°C;
- висока температура може зберігатися 5-7 днів;
- біль в області вух;
- больовий синдром при жуванні чи ковтанні;
- підвищене слиновиділення;
- різкий біль при вживанні кислої їжі;
- збільшення щік;
- припухлість зони перед вушною раковиною, що збільшується в розмірах (найбільше припухлість збільшується на 5-6 день хвороби);
- мочка вуха відстовбурчується вперед і догори;
- біль при пальпації слинних залоз.



34

Паротитная инфекция.
Поражение околоушной
слюнной железы справа.



Симптом Мурсу (Мурсона) - найважливіша рання діагностична ознака у вигляді гіперемії слизової оболонки щоки навколо гирла стенозової протоки. Він може з'явитися вже в кінці інкубаційного періоду, але частіше в перші дні клінічних проявів хвороби і зберігається протягом 4-6 днів. З паротиту іншої етіології він спостерігається при рецидивуючому алергічному паротиті.

Диференціальна діагностика

Вірусний сіаладеніт

Характерне двостороннє ураження.

Характерний інкубаційний період.

Сіаладеніт носить серозний характер, з протоки - серозні виділення

Шкіра над залозою, як правило, не змінена

Бактеріальний сіаладеніт

Зазвичай уражається одна заліза

Інкубаційний період відсутній

Сіаладеніт носить гнійний характер, з протоки - гнійне виділення

Шкіра над залозою гіперемійована, напружена

Цитомегаловірусний сіалоаденіт зазвичай протікає хронічно. При цьому в стромі слинних залоз розвивається фіброз, відбувається атрофія паренхіматозних елементів і формується функціональна недостатність залоз у вигляді гіпосіалії (зменшення слиновиділення). Гіпосалівація сприяє різним інфекційним процесам в тканинах порожнини рота (карієс, пародонтит, стоматит).

Гострий грипозний сіаладеніт

Частіше починається в одній залозі, але дуже швидко в процес втягується парна.

Запальні явища наростають швидко, протягом 1-2 днів настає гнійне розплавлення залози, потім послідовно можуть некротизироватися одна за одною великі і малі слинні залози.

У більшості хворих сіаладеніт при грипозної інфекції виникає в привушної залозі, рідше в піднижньощелепної, під'язикової і малих слинних залозах. Часто вражаються обидві парні слинні залози, іноді спостерігають одночасне ураження привушних і піднижньощелепних залоз



Сіаладеніт, викликаний потраплянням сторонніх тіл у вивідні протоки залоз

Після потрапляння стороннього тіла в протоку залози хворі звертаються до лікаря в різні терміни, тому скарги не бувають однаковими. Їх турбує періодично виникаюче збільшення залози. Іноді може розвинутися абсцес або (рідко) флегмона навколо залози або її протоки.

Туберкульозне первинне ураження слинних залоз буває вкрай рідко. Найчастіше відбувається дисемінація туберкульозних паличок з первинного вогнища, перш за все з легень. Клінічний перебіг, нагадує хронічні сіалoadеніти - збільшення слинних залоз в об'ємі, зниження слиновиділення при продуктивній(склерозуючій) формі і загострення хронічного сіалoadеніта - біль, припухлість, гіперемія шкіри, флуктуацію - при ексудативної (абсцедиючій) формі

На сіалограмі при дифузному ураженні визначаються округлої форми порожнини, при осередковій- спостерігається одна неправильної форми порожнина (каверна).

Морфологічне дослідження виявляє міліарні горбки, в центрі яких визначається грануляційна тканина і казеозний розпад. Це дослідження дозволяє поставити остаточний діагноз. Лікування специфічне, здійснюється фтизіатрами.



Рис. 17. Сialogрамма околоушной железы больного туберкулезом.

Актиномікоз слинних залоз протікає в основному, у вигляді продуктивного запалення, рідше ексудативного. Клінічно визначається припухлість слинних залоз без чітких меж, шкіра в кольорі, як правило не змінена, слиновиділення знижене. При ексудативній формі визначається напруга шкіри, синюшність, в центрі поступово відбувається розм'якшення, утворюється абсцес, який якщо не розкривається хірургічно, може прорвати.

Вміст: рідкий гній з більш щільними слизовими грудочками. Диференціальна діагностика складна, повинна проводитися з непухлинними ураженнями і пухлинними процесами. Сіалографічне дослідження дозволяє побачити при абсцедуючій формі- порожнини різної величини і форми, деформацію проток. При морфологічному дослідженні рідко вдається знайти друзи гриба, зміни в тканині слинних залоз схожі з хронічним запаленням. Діагноз ставиться, в основному, на підставі клінічного перебігу, серологічного, цитологічного дослідження.

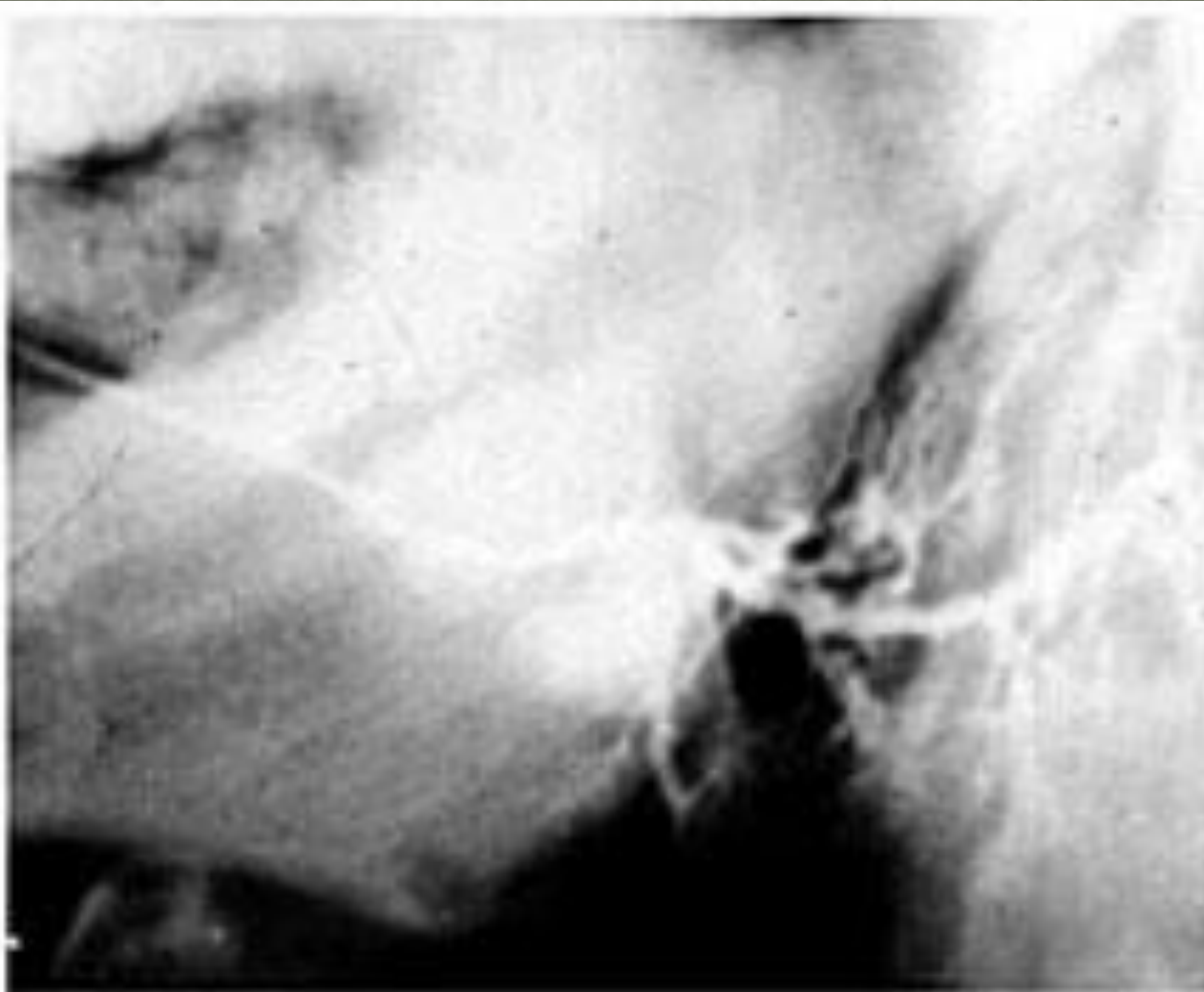


Рис. 16. Сialogрамма околоушной железы больного с актиномикозом.

Сифіліс зустрічається вкрай рідко, в літературі описані лише випадки ураження привушних слинних залоз у вторинному періоді сифілісу. Перебіг захворювання нагадує хронічний неспецифічний паротит, іноді двосторонній. Залоза збільшуються, ущільнюються, відзначається регіонарний лімфаденіт. При сіалографічному дослідженні визначають деформацію проток, порожнини з нечіткими краями. При морфологічному дослідженні - картина специфічного запалення - гуми, дозволяє поставити остаточний діагноз

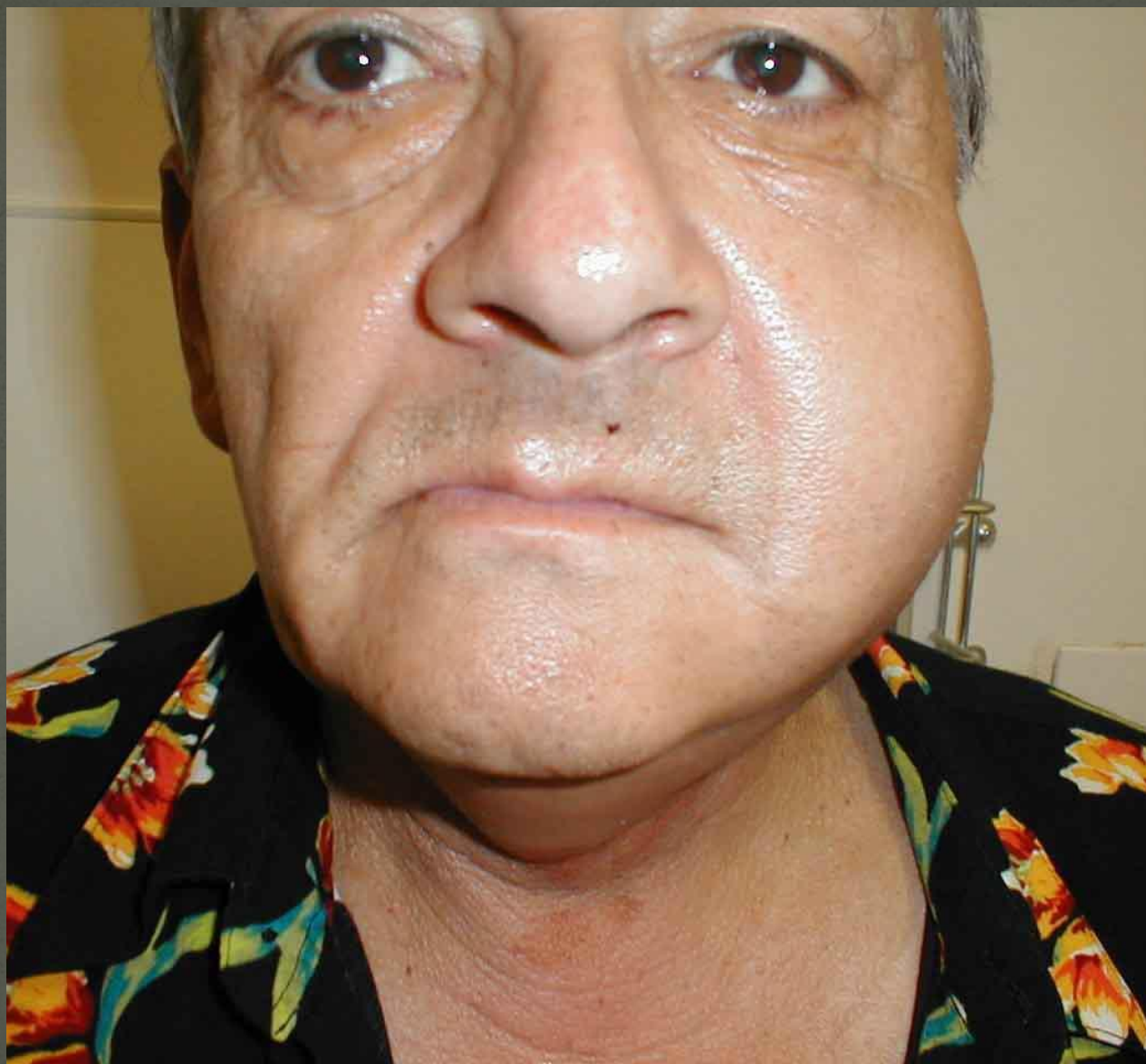
Псевдопаротит Герценберга(Лімфогенний паротит) – гострий серозний лімфаденіт внутрішньозалозистих лімфовузлів привушної області, процес найчастіше односторонній .

Морфологічною основою є щільний болючий або малоболючий обмежений інфільтрат в привушної області. Уражаються лімфатичні вузли глибокої групи, закладені під капсулою і всередині привушної залози. Паренхіма і протоки привушної слинної залози, як правило, не залучені в запалення.

Запалення лімфатичних вузлів, що лежать в товщі привушної залози, виникає в результаті надходження інфекції з області кореня язика, 2-го і 3-го нижніх малярів, часто при утрудненому прорізуванні «зубів мудрості», з носоглотки або мигдалин, з якими зазначені лімфатичні вузли тісно пов'язані . За класифікацією дана патологія відноситься до лімфаденіту , але деякі автори відносять її до гострих сіаладеніта.

Клінічна картина відповідає гострого лімфаденіту. Уражається, як правило, одна слинна залоза. Пацієнт скаржиться на появу ущільненої хворобливої ділянки в привушної області, в деяких випадках - на обмеження відкривання рота. Ущільнення збільшується поступово, протягом 2-3 тижнів. Часто є симптоми інтоксикації, підвищення температури тіла до 37,5-38 °

При зовнішньому огляді в будь-якому відділі привушної слинної залози виявляють обмежену щільну ділянку. Колір шкірних покривів зазвичай не змінений. Слиновиділення не порушено, з привушної протоки виділяється прозора рідина. Пальпаторно визначається щільний болючий інфільтрат, рухливість його обмежена, відмічається припухлість привушної залози, напруженість шкірних покривів, що покривають її.



**Лімфогенни
й паротит**

Хвороба Микулича зазвичай спостерігається у віці від 20 до 30 років, рідше - у більш молодих або літніх людей. Початкові форми захворювання практично нічим не відрізняються від хронічного паротиту та навіть симулюють його при нашаруванні запальних ускладнень.

Крім слізних залоз, збільшуються привушні, підщелепні, іноді і під'язикові залози, а також лімфатичні вузли. Хворі відзначають сухість у роті, нерідко виявляється сухий кон'юнктивит, карієс зубів. У найбільш типових випадках відзначається лейкоцитоз, лімфоцитоз, збільшується печінка, селезінка та окремі групи лімфатичних вузлів, що, до певної міри нагадує клініку загального лімфаденоза(по А. І. Абрикосову). У рідкісних випадках хвороби Микулича спостерігається одностороння припухлість слізної і слинних залоз.

Синдром Микулича





Синдром Шегрена - це системне аутоімунне захворювання, яке характеризується сухими очима (сухий кератокон'юнктивіт) та сухою порожниною рота (ксеростомія), як наслідками лімфоцитарної інфільтрації слізних та слинних залоз. Додаткові симптоми можуть включати сухість шкіри, носу, горла, піхви; артралгії та міалгії; периферичні нейропатії; захворювання легень, щитоподібної залози та нирок; а також лімфому. Синдром Шегрена може виникати самостійно (первинний синдром Шегрена) або з іншим аутоімунним захворюванням (вторинний синдром Шегрена), такими як системний червоний вовчак, ревматоїдний артрит та системний склероз.

Синдром Шегрена



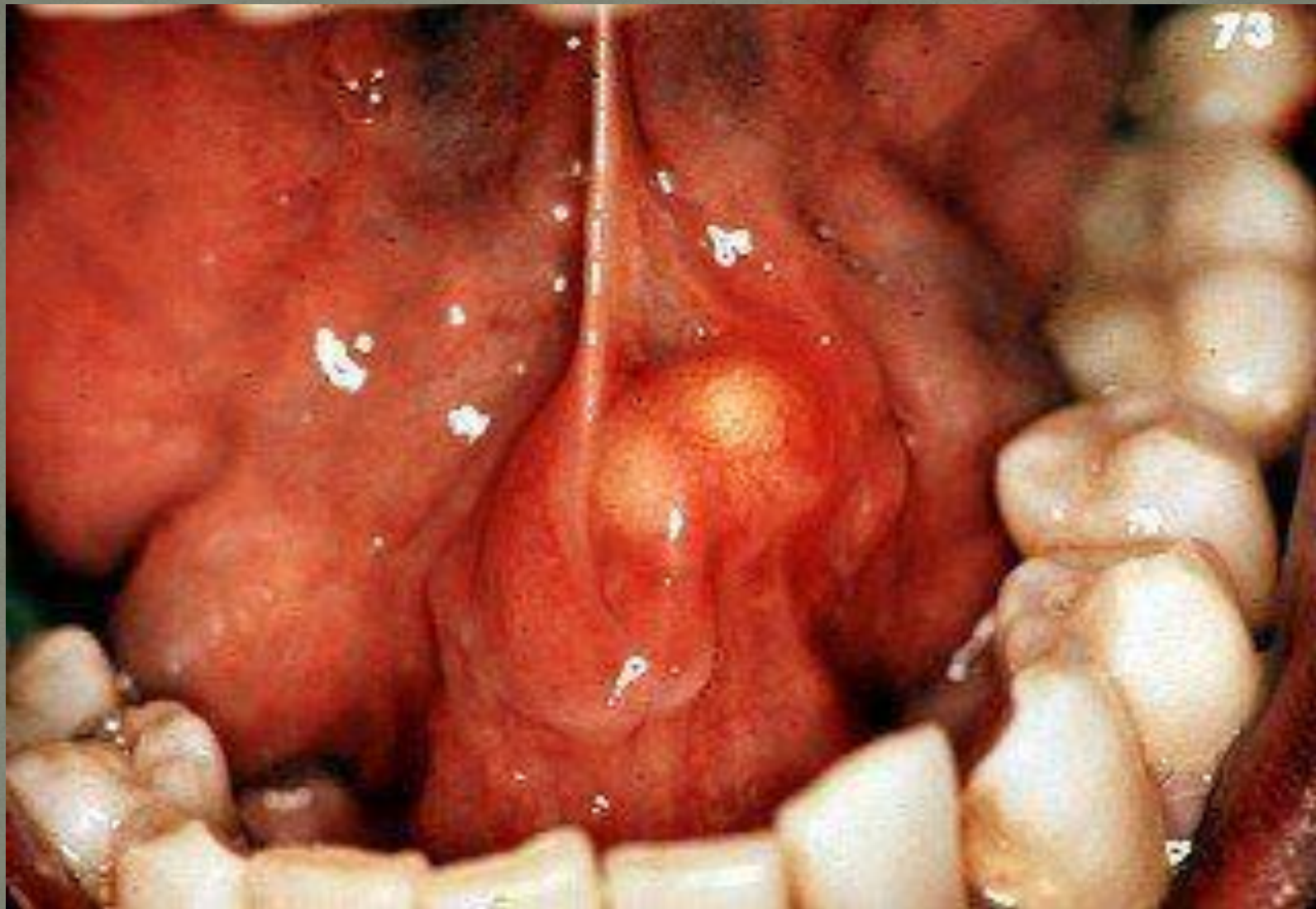
meduniv.com



Калькульозний сіалoadеніт (сіалолітіаз) проявляється утворенням в вивідних протоках залози каменів (конкрементів). В основному сіалолітіаз (слина-кам'яна хвороба) розвивається в підщелепних залозах. Сприяють утворенню каменів застій слини, викликаний різними причинами (гіпокінезією проток, сіалодохітом, чужорідними тілами, рубцевим стенозом проток), попереднє запалення і збільшення в'язкості слини. Камінь утворюється при насиченні органічної основи (матриці) різними мінеральними сполуками, насамперед солями кальцію (фосфати і карбонат).

На тлі обструкції вивідних проток залози каменем розвивається хронічний сіалoadеніт, загострення якого, як правило, протікають у вигляді гнійного процесу. В результаті калькульозного сіалoadеніта зазвичай формується цироз (рубцева деформація) слинної залози.

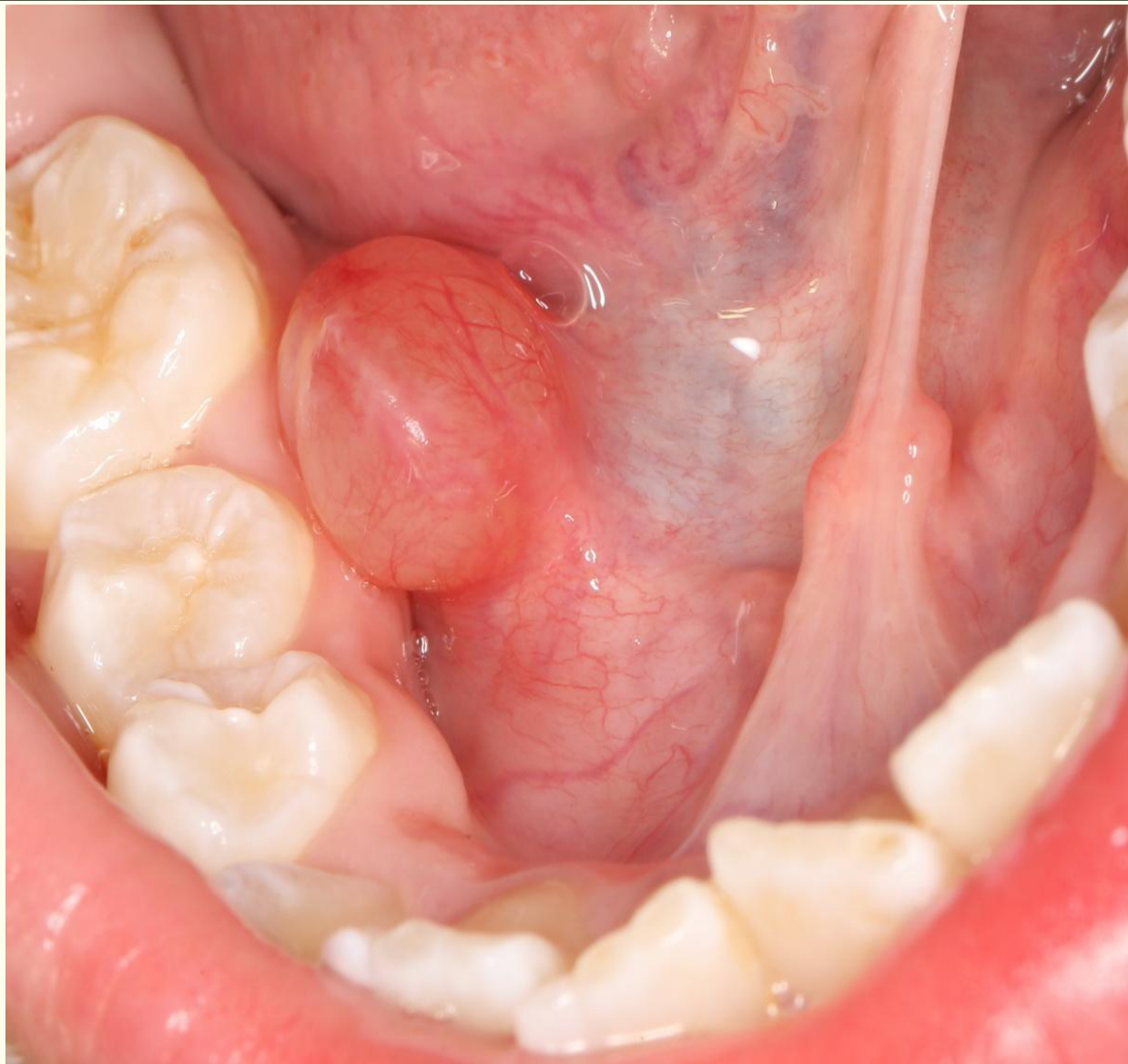




Кісти слинних залоз

1. Мукоцеле - осередкове скупчення слини в слизовій оболонці порожнини рота. Розрізняють два типи мукоцеле слинних залоз: ретенційний тип (ретенційна кіста малої слинної залози, що формується при затримці слини в вивідному протоці) і тип внутрішньотканинної секреції, коли при травмі стінки протоки слина надходить безпосередньо в волокнисту тканину. Мукоцеле дна порожнини рота називаються також ранулами.

2. Кісти вивідних проток великих слинних залоз - виражена дилатація вивідного протоку внаслідок затримки в ньому секрету. Блокада відтоку слини може бути викликана різними причинами: пухлиною, каменем, ущільнився слизом, поствоспалітельной стенозом аж до рубцевої облітерації просвіту.



Мукоцеле дна
порожнини рота
(ранула).

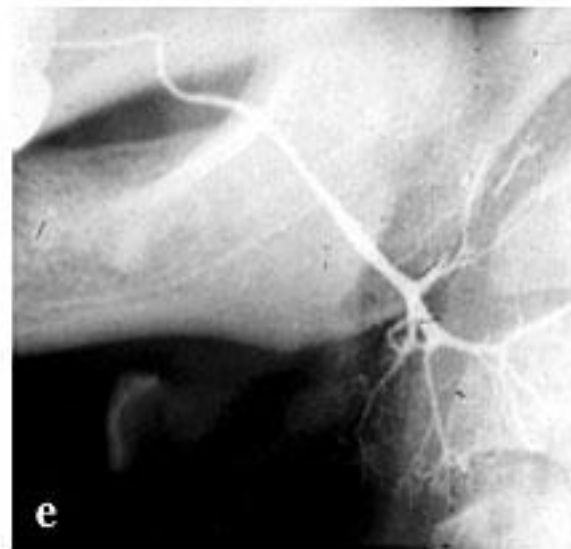
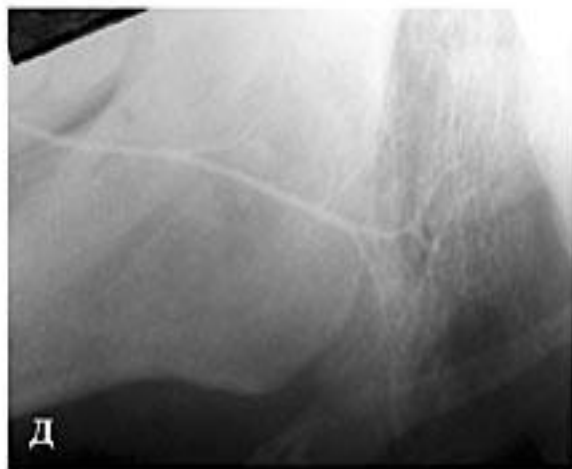
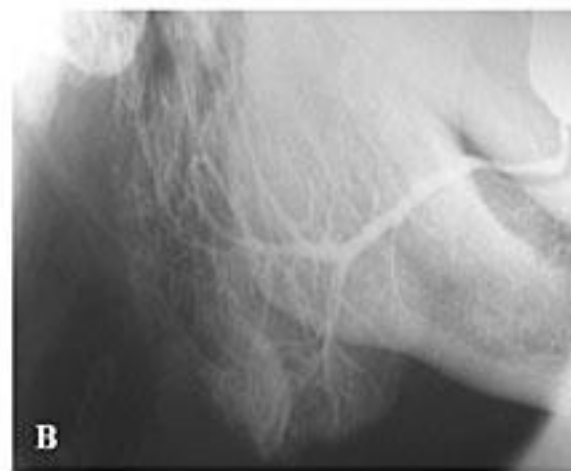
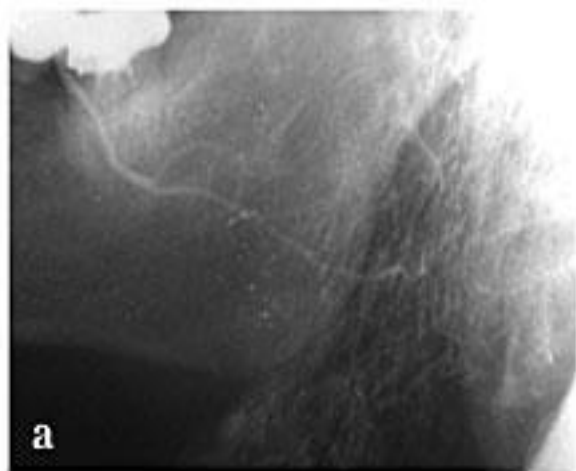


Рис. 4. Сиалогаммы больных сиалозом (а, б, в, г, д, е).

Сиалозом називаються патологічні зміни слинних залоз незапального характеру.

Признаки	Эпидемический паротит	Гнойный паротит	Слюннокаменная болезнь	Синдром Микулича
Начало	острое	острое	острое	постепенное
Течение	острое	острое	рецидивирующее	хроническое
Температура тела	до 39 – 40 °С	выше 39 °С	нормальная	нормальная
Состояние слюнных желез	припухлость тестоватой консистенции, умеренно болезненная, часто двухсторонняя	припухлость резко болезненная, вначале плотная, затем – флюктуирующая, односторонняя	припухлость то увеличивается, то уменьшается, «слюнная» колика усиливается при приеме пищи	увеличение слюнных желез двухстороннее, бугристое, малоболезненное
Изменение слизистой оболочки тра	симптом Мурсу, гипосаливация	выделение гноя из устья стенозного протока	саливация снижена на стороне закупорки слюнного протока	нет
Поражение других органов	субмаксиллит, сублингвит, орхит, серозный менингит, панкреатит, аднексит	паротит возникает на фоне истощающих заболеваний (сепсис, скарлатина, брюшной тиф)	нет	поражение слюнных желез, птоз, гиперплазия лимфатических желез, печени, селезенки
Периферическая кровь	лейкопения или нормоцитоз, лимфоцитоз	нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ	изменений нет	лейкопения или лейкоцитоз, тромбоцитопения, анемия