



**ГБОУ ВПО Московский Государственный Медико-
Стоматологический Университет им.А.И.Евдокимова
КАФЕДРА ДЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ
Зав. каф., д.м.н., профессор О.З. Топольницкий**

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕТЕЙ.
КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.**

Среди всех поражений слюнных желез воспалительные процессы встречаются наиболее часто (около 10%)

Чаще наблюдаются в возрасте 3 - 7 и 7 - 12 лет.

Хронические воспалительные заболевания слюнных желез у детей наблюдаются в околоушной (88 %) и поднижнечелюстной (3 %) железах; в подъязычной – не выявлены.



Классификация воспалительных заболеваний слюнных желез по этиологии

- Неспецифические
- Специфические (туберкулез, актиномикоз, сифилис)
- Вирусные (эпидемический паротит, цитомегалия)

Эпидемический паротит

Острое инфекционное заболевание, возбудителем которого является фильтрующийся вирус

Распространяется воздушно-капельным путем. Возможно заражение через игрушки, предметы обихода, зараженные слюной больного

Вирус эпидемического паротита вызывает образование антител в первые 3 – 8 дней заболевания. В это время больные контагиозны.

Заболевание носит эпидемический характер. Чаще болеют дети 3 – 8 лет.

Поражаются околоушные слюнные железы, редко поднижнечелюстные и подъязычные.

Жалобы

при эпидемическом паротите

- Недомогание, слабость, снижение аппетита
- Боль при еде и глотании
- Сухость во рту
- Ограничение открывания рта
- Боль в эпигастральной области
- Диспепсические расстройства

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА

Продромальный период длится до 3-х недель

- ✓ Начало заболевания характеризуется подъемом температуры тела до 38 - 39° C и держится 6 - 7 дней
- ✓ Возникает боль в позади-челюстной и поднижнечелюстной областях
- ✓ Появляется разлитая припухлость в околоушно-жевательной области, приподнимающая мочку уха



Местный статус при эпидемическом паротите

Характерно поражение обеих околоушных слюнных желез

При внешнем осмотре:

- ✓ разлитая припухлость в околоушно-жевательной области, приподнимающая мочку уха, распространяется вверх до уровня глазницы, кзади – до сосцевидного отростка, спускающаяся ниже угла нижней челюсти
- ✓ кожа над припухлостью нормальной окраски, напряжена

При пальпации:

- ✓ разлитое диффузное увеличение слюнной железы
- ✓ лимфаденит
- ✓ болезненность в области козелка уха
- ✓ ограничение открывания рта

В полости рта:

- ✓ в области устья выводных протоков - ободок гиперемии
- ✓ проток пальпируется в виде тяжа
- ✓ резкое уменьшение или прекращение слюноотделения

ЛЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА

- постельный режим
- неслюногонная диета
- гипосенсибилизирующая терапия
- общеукрепляющая терапия
- местно - сухое тепло
- мазовые повязки противовоспалительного рассасывающего действия

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА

- поражение поджелудочной железы
- орхит
- серозный менингит

ЦИТОМЕГАЛИЯ

Вирусное заболевание, наблюдаемое у новорожденных и детей грудного возраста, ослабленных, недоношенных; описано у детей с врожденным пороком развития губы и неба.

Возбудитель — вирус из группы герпеса. Внедрение вируса происходит внутриутробно. Вирус первоначально поражает слюнные железы, но процесс может стать генерализованным и распространиться на легкие, почки, печень, кишечник, головной мозг.

Клиническая картина характеризуется припуханием околоушных слюнных желез, реже — поднижнечелюстных и подъязычных, что происходит в результате закупорки слюнных протоков гигантскими эпителиальными клетками. Эти клетки находят в слюне, моче, кале. При генерализации процесса возникают симптомы, свойственные острому воспалению.

Прогноз неблагоприятный.

КЛАССИФИКАЦИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ

- Острые
- Хронические
- Хронические в стадии обострения

ПАРОТИТ НОВОРОЖДЕННОГО



Этиология и патогенез заболевания изучены недостаточно. Предполагаемая причина - внедрение инфекции через выводной проток или гематогенным путем.

Встречается у недоношенных или ослабленных детей, развивается остро на 1-ой неделе жизни

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПАРОТИТА НОВОРОЖДЕННОГО

- ✓ Появление плотного, разлитого и болезненного инфильтрата в околоушно-жевательной области с одной или с двух сторон
- ✓ Выраженная общая интоксикация организма



2 - 3 дня

- ✓ Гнойное или гнойно-некротическое расплавление железы с развитием флегмоны в околоушно-жевательной области

ЛЕЧЕНИЕ ПАРОТИТА НОВОРОЖДЕННОГО

- ✓ Антибактериальная терапия
- ✓ Десенсибилизирующая терапия
- ✓ Дезинтоксикационная терапия
- ✓ Реанимационные мероприятия

При гнойном расплавлении железы - раннее хирургическое лечение: вскрытие очага разрезами по нижнему краю скуловой дуги и в поднижнечелюстной области с дренированием ран

ВОЗМОЖНЫЕ ИСХОДЫ ПАРОТИТА НОВОРОЖДЕННОГО

Выздоровление на фоне проводимой терапии в сочетании с хирургическим лечением



Гибель околоушной слюнной железы

Распространение гноя на область височно-нижнечелюстного сустава

Р



Развитие неоартроза, вторичного деформирующего остеоартроза, костного анкилоза



Недоразвитие нижней челюсти

ХРОНИЧЕСКИЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ СИАЛОАДЕНИТ

В зависимости от выраженности изменений в различных отделах слюнных желез различают:

- ✓ Интерстициальный сиалоаденит
- ✓ Паренхиматозный сиалоаденит
- ✓ Сиалодохит

В детском возрасте преобладает
хронический неспецифический
паренхиматозный паротит

ЭТИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- ✓ Угнетение факторов неспецифической защиты организма
- ✓ Врожденные аномалии развития слюнных желез
- ✓ Хронические заболевания ЛОР-органов
- ✓ Наличие кариеса
- ✓ Заболевания слизистой рта
- ✓ Сложная система выводных протоков, способствующая задержке секрета и развитию глубоких воспалительных процессов в паренхиме

ХРОНИЧЕСКИЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ ПАРОТИТ

Самостоятельное заболевание, его возникновение не связано с эпидемическим паротитом.

Последние исследования позволяют считать хронический неспецифический паротит результатом врожденной несостоятельности железистой ткани. Этот процесс имеет первично-хроническое течение. Массовое профилактическое обследование детей школьного возраста позволило выявить скрыто протекающие процессы в околоушных слюнных железах, которым не предшествовала острая стадия с клинически выраженными проявлениями воспаления и доказать первично-хроническое начало заболевания.

СТАДИИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ)

- ✓ Начальная
- ✓ Клинически выраженная
- ✓ Поздняя

В каждой из стадий выделяют периоды **обострения** и **ремиссии**, **активное** и **неактивное** течение, что определяется выраженностью клинических симптомов обострения, длительностью периодов ремиссии, количеством обострений в год, рентгенологической картиной заболевания.

ПРИЗНАКИ АКТИВНОГО И НЕАКТИВНОГО ТЕЧЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА

Активное течение

- ✓ Четко проявляются все признаки обострения хронического неспецифического паренхиматозного паротита (местные и общие симптомы воспаления)
- ✓ Продолжительность обострения от 2 – 3 недель до 2 месяцев
- ✓ Отмечается до 4 – 8 обострений в год

Неактивное течение

- ✓ Местные и общие симптомы обострения хронического воспаления выражены в меньшей степени
- ✓ Продолжительность обострений до 2 – 3 недель
- ✓ Отмечается до 1 – 3 обострений в год

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА

- Чаще проявляется в возрасте
3 – 8 лет
- Часто поражаются обе околоушные
слюнные железы
- Характерно длительное и цикличное
течение

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА

Жалобы

- ✓ Ухудшение самочувствия
- ✓ Возможно повышение температуры тела
- ✓ Наличие безболезненной припухлости в околоушно-жевательной и позадичелюстной областях, иногда увеличивающейся во время приема пищи
- ✓ Возможно ограничение открывания рта



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА

Осмотр

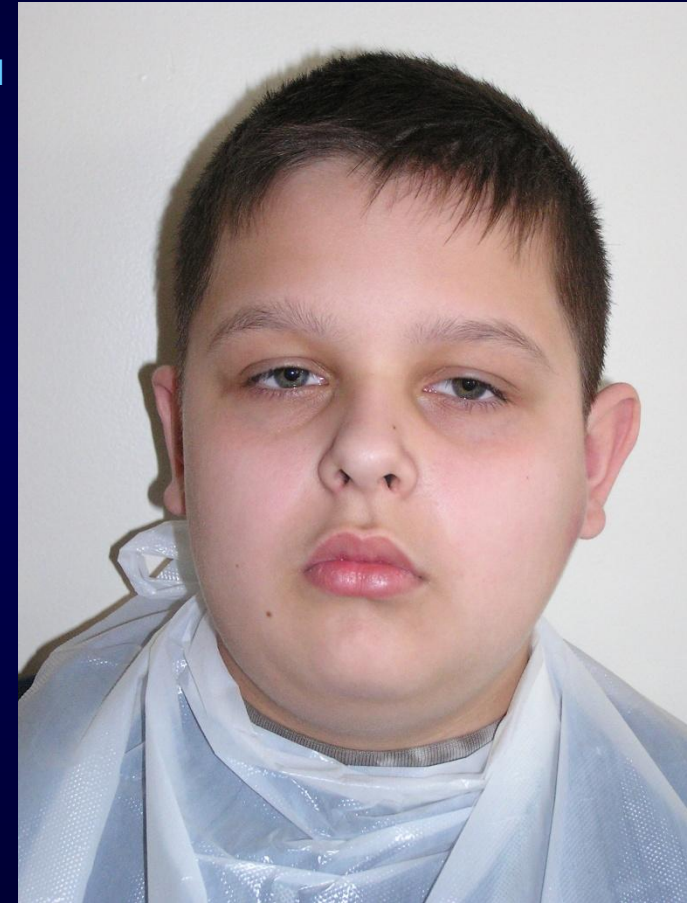
- ✓ Наличие припухлости в околоушно-жевательной и позадичелюстной областях
- ✓ Кожные покровы над железой в цвете не изменены и с железой не спаяны
- ✓ При выраженном воспалении отмечается гиперемия и напряжение кожи

Пальпация

- ✓ Железа увеличена
- ✓ Плотная, бугристая
- ✓ Слабоблезненная

В полости рта

- ✓ Устье выводного протока гиперемировано
- ✓ Выводной проток пальпируется в виде плотного тяжа
- ✓ При массировании железы выделяется вязкая, желеобразная слюна с примесью гноя
- ✓ Отделяемое из протока может отсутствовать



ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА



МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

- ✓ УЗИ
- ✓ Сиалография (рентгенография слюнных желез с искусственным контрастированием их протоков)
- ✓ Дигитальная субтракционная сиалография
- ✓ КТ и МРТ
- ✓ Цитологическое исследование секрета железы (в период ремиссии)

ПРОВЕДЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОНТРАСТА

- ✓ В качестве контраста целесообразно использовать водорастворимые препараты (76 % р-р верографина, 60 % р-р урографина, омнипак)
- ✓ Необходимо проводить контрастирование обеих слюнных желез
- ✓ Контрастную рентгенографию проводят только после купирования острых воспалительных явлений (в периоде ремиссии)
- ✓ Наиболее информативной является ортопантомография

ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА

- ✓ Расширение основного выводного протока
- ✓ Неравномерное расширение или прерывистость протоков I и II порядка
- ✓ Появление округлых полостей диаметром 1 – 4 мм вместо протоков III и IV порядка

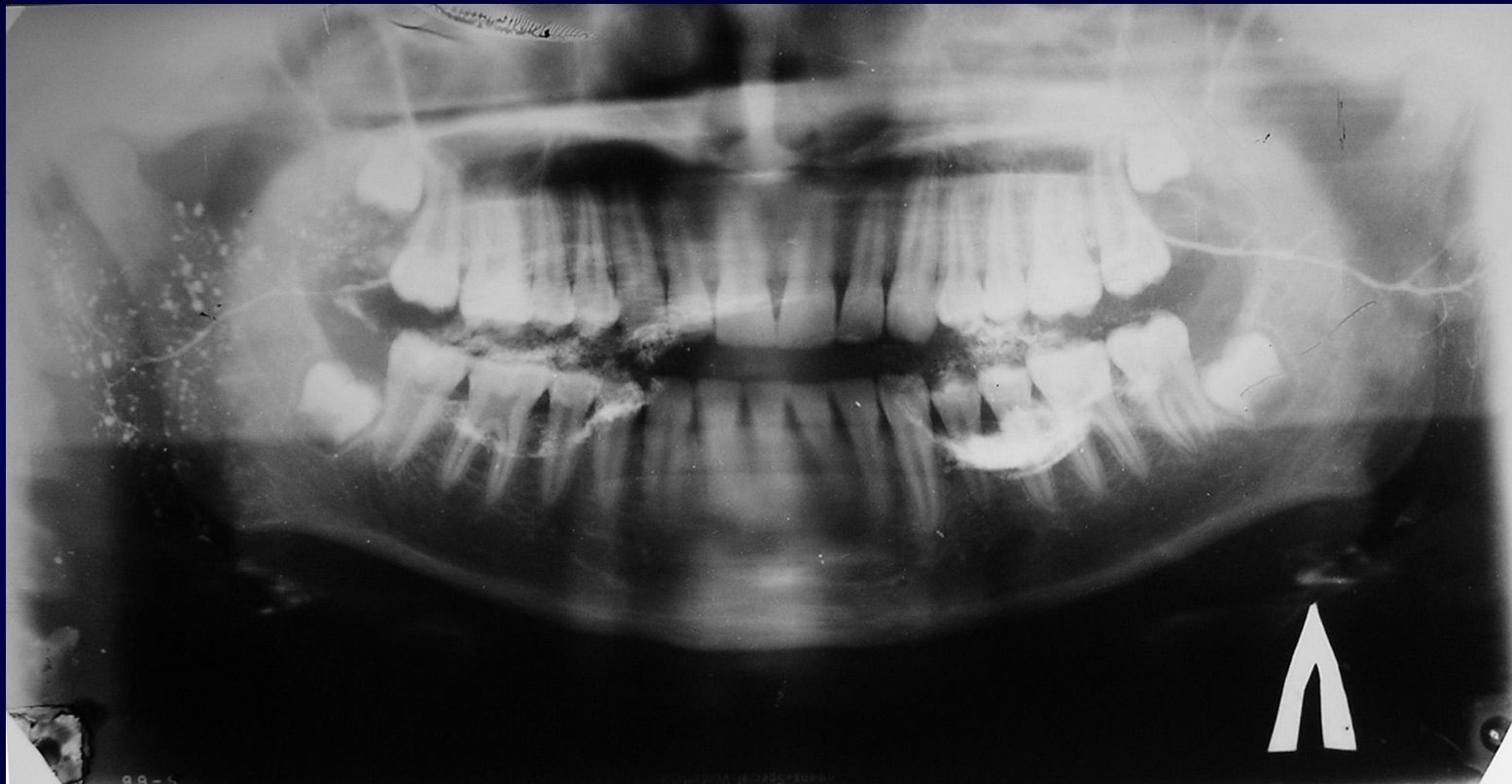
ОПИШИТЕ РЕНТГЕНОГРАММУ



Хронический паренхиматозный паротит справа,
начальная стадия:

расширенные внутрижелезистые протоки

ОПИШИТЕ РЕНТГЕНОГРАММУ



Хронический паренхиматозный паротит справа:
округлые полости с четкими контурами 1 – 3 мм в диаметре

ОПИШИТЕ РЕНТГЕНОГРАММУ



Хронический паренхиматозный паротит слева:
округлые полости с четкими контурами 1 – 3 мм в диаметре

ОПИШИТЕ РЕНТГЕНОГРАММУ



Хронический паренхиматозный паротит справа:
округлые полости с четкими контурами 1 – 3 мм в диаметре

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

позволяет установить диагноз, стадию заболевания, осуществлять контроль на этапах лечения.

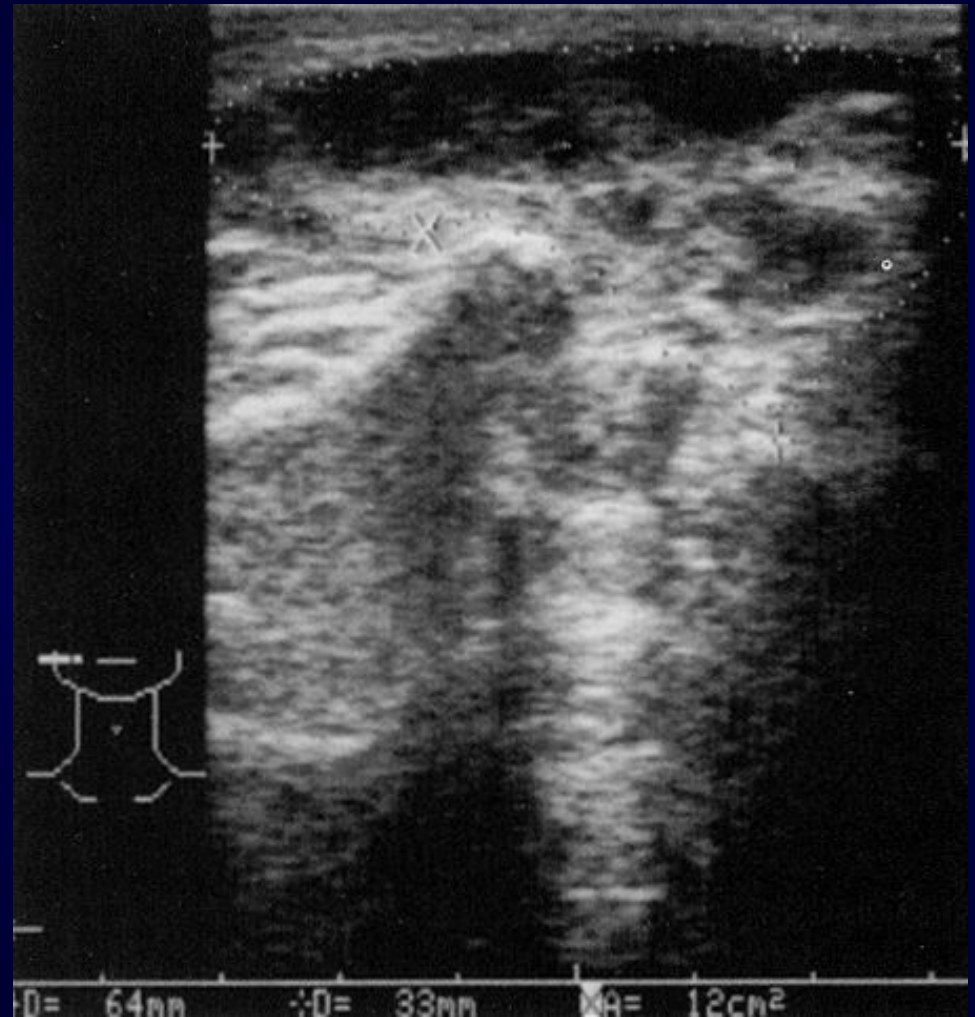
Преимущества:

- ✓ неинвазивный
- ✓ непродолжительный по времени
- ✓ не вызывает негативного отношения у ребенка
- ✓ возможность проведения в период обострения

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Обострение хронического
неспецифического
паренхиматозного
паротита:

- ✓ Увеличение железы
- ✓ Понижение эхогенности
- ✓ Умеренная негетомогенность
паренхимы



УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

признаки, характерные для хронического
паренхиматозного паратита

- ✓ Понижение эхогенности паренхимы железы
- ✓ Неоднородное поражение паренхимы
- ✓ Утолщение и уплотнение капсулы железы
- ✓ Наличие точечных эхогенных включений
- ✓ Утолщение и уплотнение стенок протоков
- ✓ Расширение мелких протоков и выявление мелких кистозных полостей

ДИГИТАЛЬНАЯ СУБТРАКЦИОННАЯ СИАЛОГРАФИЯ

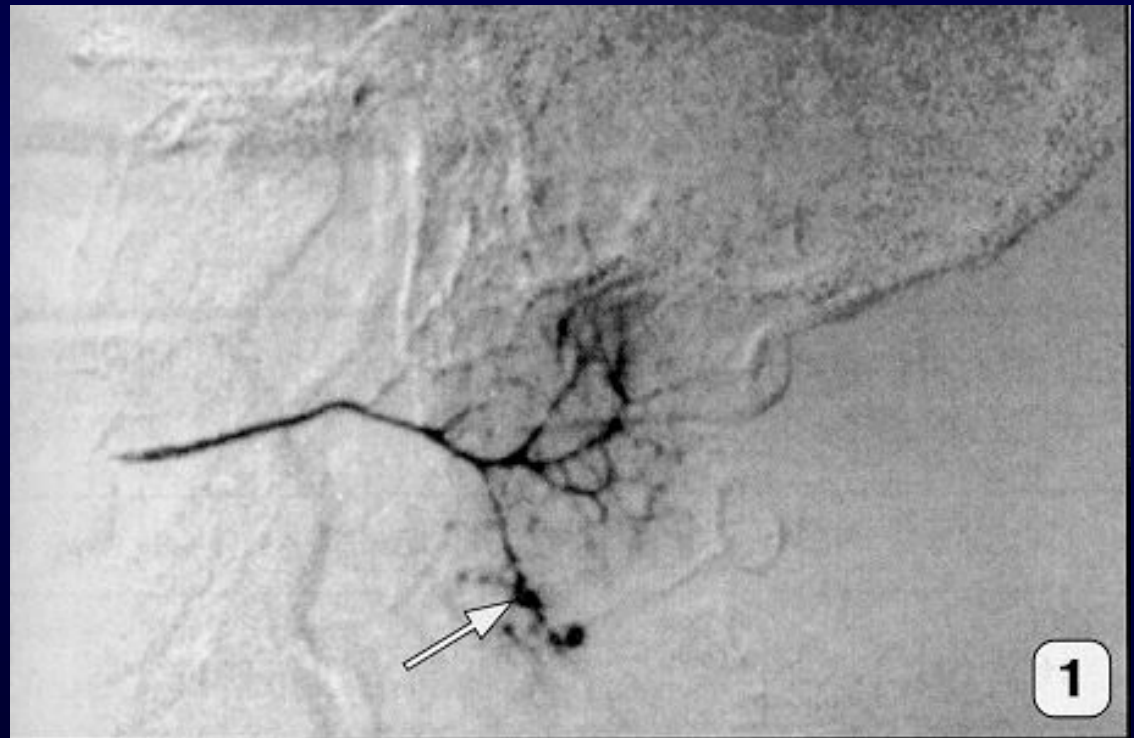
Обследование проводят на рентгеновских аппаратах с цифровой приставкой или на ангиографах, позволяющих получить более контрастное изображение за счет субтракции (вычитания окружающего фона костно-тканевых образований) и возможности визуализации наполнения и эвакуации контрастного вещества в динамике исследования.

Время обследования составляет 30-40 с. Производится анализ картины протоковой системы, времени заполнения и эвакуации водорастворимого контрастного вещества.

ДИГИТАЛЬНАЯ СУБТРАКЦИОННАЯ СИАЛОГРАФИЯ

Хронический паренхиматозный паротит, начальная стадия. Правая околоушная слюнная железа.

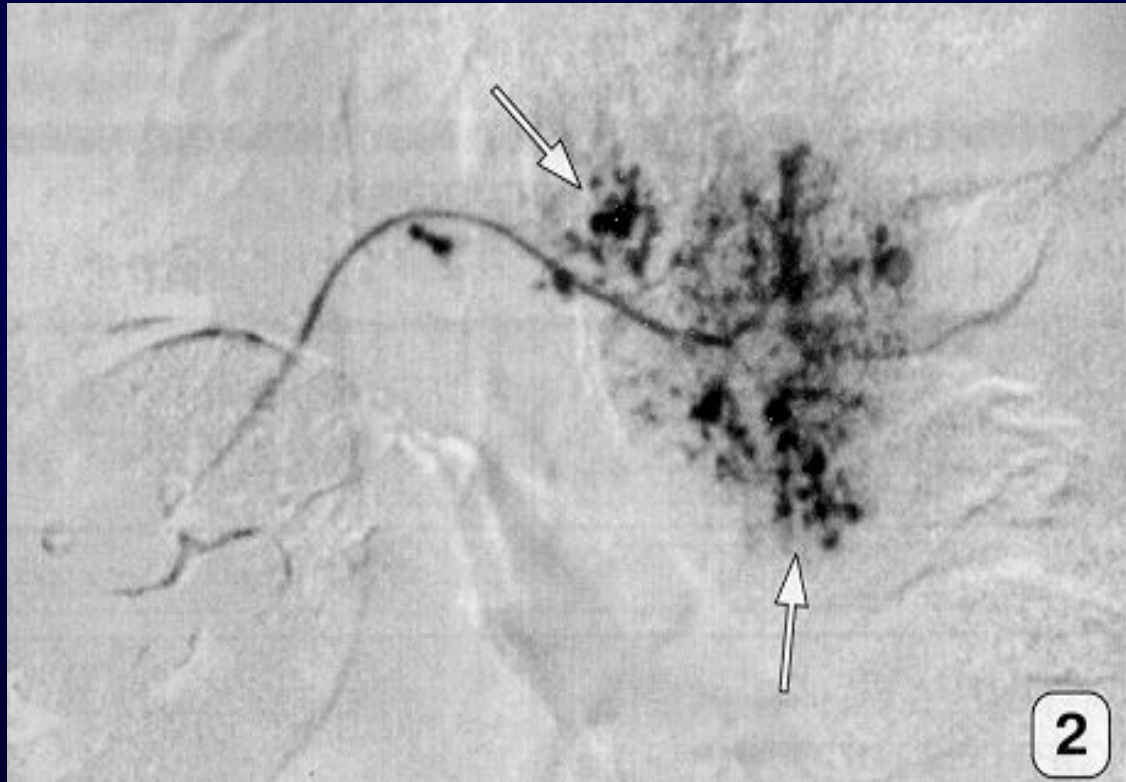
Расширенные внутрижелезистые протоки в нижних отделах железы



ДИГИТАЛЬНАЯ СУБТРАКЦИОННАЯ СИАЛОГРАФИЯ

Хронический паренхиматозный паротит, выраженная стадия.
Правая околоушная слюнная железа.

Деформированные,
расширенные протоки
с округлыми
концевыми участками
неравномерно
распределены по всей
площади железы



КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ

Хронический паренхиматозный паротит обеих околоушных слюнных желез

Железы увеличены, выраженная инфильтрация подкожно-жировой клетчатки справа. В паренхиме имеются участки уплотнения различной формы и размера



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА

- ✓ С эпидемическим паротитом
- ✓ С лимфаденитом
- ✓ С сосудистыми новообразованиями
- ✓ С новообразованиями ветви нижней челюсти

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА

Методы лечения разнообразны по комплексу лекарственных средств и способу их применения.

Наилучший результат отмечен при применении комплекса лечебных мероприятий, направленных на повышение неспецифической резистентности организма, улучшение трофики слюнной железы, повышение ее функции, предупреждения рецидивирования процесса

ЛЕЧЕНИЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА

- Антибактериальная терапия в виде внутримышечных инъекций или перорально (ампиокс, кефзол, лидаприм, бактрим, бисептол)
- Противовоспалительная терапия (кальция глюконат, трипсин, химотрипсин) в виде внутримышечных инъекций
- Десенсибилизирующая терапия: клемастин (тавегил), мебгидромин (диазолин), лоратадин (klaritin)
- Йодид калия (для улучшения саливации)
- Общеукрепляющая терапия: поливитамины, натрия нуклеинат, иммунал, имудон
- Мазевые повязки противовоспалительного рассасывающего действия
- Инстилляциии околоушного протока ферментами (химопсин, химотрипсин) и антибиотиками, используя их способность расщеплять при местном воздействии фибриновые образования, разжижать вязкий секрет
- Физиотерапия: УВЧ и флюктуоризация на область околоушной слюнной железы, в период стихания процесса - электрофорез с йодидом калия
- Гипербарическая оксигенация
- Закаливание организма, помогающее физическому развитию детей

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА В ПЕРИОД РЕМИССИИ

рекомендуется систематическое проведение комплексного лечения (2-4 курса в год), включающего общеукрепляющую терапию:

- ✓ витамины
- ✓ иммуноактивные препараты
- ✓ гипосенсибилизирующие средства
- ✓ препараты йода
- ✓ физиотерапевтические процедуры
- ✓ введение в проток йодолипола
- ✓ санация очагов хронических инфекций

При активном течении периода обострения продолжительностью от 3 недель до 2 месяцев и количеством обострений от 4 до 8 раз в год, а также с целью предупреждения развития абсцессов и флегмон в околоушной области, лечение больных проводят в стационаре.

Лечебный комплекс мероприятий, проводимый в стационаре, выполненный в диспансерном режиме, дает положительный результат и продлевает ремиссию до 10 и более лет при хроническом паренхиматозном паротите у детей.