

АО «Медицинский университет Астана»

Кафедра ортопедической и детской
стоматологии

Лекция: Воспалительные заболевания чло у
детей.

д.м.н., профессор
Замураева Алма Уахитовна



Введение

1. Влияние анатомофизиологических особенностей на развитие и клиническое течение воспалительных заболеваний у детей.

2. Классификация одонтогенных воспалительных заболеваний у детей.

3. Этиология патогенез одонтогенных воспалительных заболеваний.

4. Особенности клинического течения и диагностики ОВЗ у детей.

5. Контрольные вопросы.

Влияние афо чло на развитие и клиническое течение воспалительных заболеваний у детей

Роль зубов

Строение челюстных костей

Особенности кровоснабжения челюстных костей

Мягкие ткани и лимфатическая система



- Классификация ОВЗ ЧЛО (Соловьев М.М.,**2001**) :
- острый периодонтит(серозный, гнойный), обострение хронического периодонтита;
- Острый периостит
- Острый остеомиелит
- Целлюлит серозное воспаление клетчатки лица и шеи;
- Абсцесс
- Флегмона
- Острый лимфаденит
- Обострение хронического лимфаденита
- Аденофлегмона



Хронические :

- Хронический периодонтит (фиброзный , гранулематозный, гранулирующий)
- Хронический периостит (оссифицирующий, рарифицирующий)
- Хронический остеомиелит
- Хронический лимфаденит

ОВЗ у детей в возрасте от 3 до 15 лет составляют 35,1% по данным клиники детской челюстно-лицевой хирургии 5 ГКБ г. Алматы.

Это связано широким поражением молочных зубов кариесом до 81,6 % дошкольного возраста, до 62,5% у детей школьного возраста, особенно первых моляров.

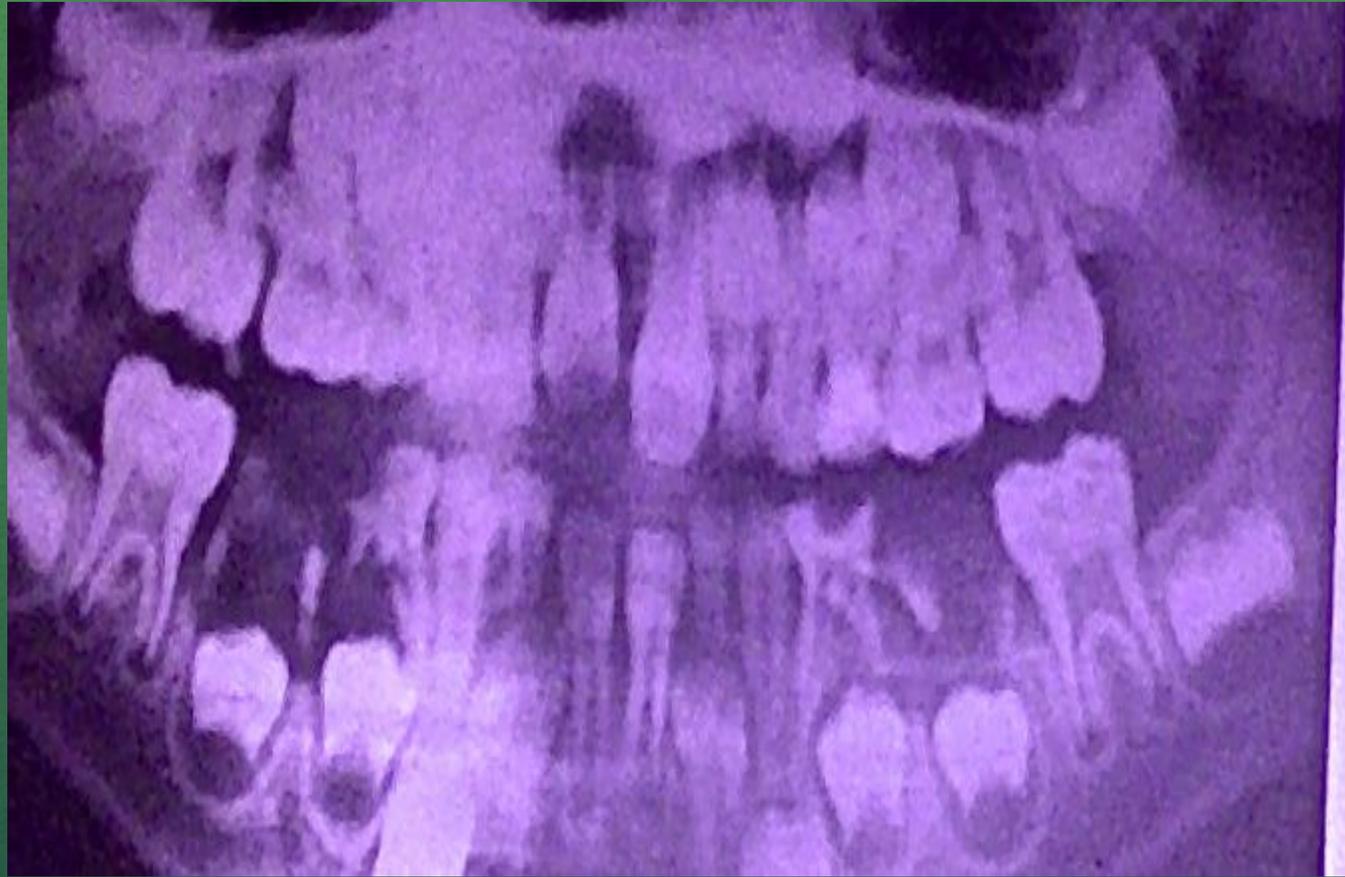
Острый одонтогенный периостит
– серозное или гнойное
воспаление периоста(
надкостницы).

Ведущие симптомы : пульсирующая боль в области причинного зуба, сглаженность по переходной складке, болезненный инфильтрат с небной стороны или с язычной поверхности, гиперемия и отек слизистой оболочки.

Иногда в центре определяется симптом флюктуации, свидетельствующий о гнойном процессе.

У детей младшего возраста при периостите гиперергическая реакция.







Лимфадениты челюстно-лицевой области у детей.

**Возрастные предпосылки, этиология,
патогенез, клиника и диагностика.**

Среди всех больных с лимфаденитами дети составляют 50% , юношеский возраст-30%, взрослые - 20%.

При этом, почти в 77% случаев они локализуется в поднижнечелюстной области и в 18% - в подподбородочной области, реже - других локализаций

- **Высчитано, что их общее количество у взрослого человека насчитывают приблизительно 500-1000 лимфатических узлов.**
- **Их размеры варьируют от булавочной головки до мелкого зерна фасоли.**
- **Вес равняется 600-800 г (1/100 веса тела).**

- 1. Околоушные
- 2. Заглоточные
- 3. Щечные
- 4. Надчелюстные
- 5. Подбородочные).
- 6. Поднижнечелюстные

- Каждый лимфатический узел покрыт соединительно-тканной капсулой, толщина которой довольно важна: от 355 мкм до 7-44 мкм.
- От капсулы внутрь узла отходят различной длины пучки соединительной ткани - капсулярные трабекулы.
- Внутри лимфатического узла, между трабекулами, находится строма, образованная ретикулярными волокнами и клетками.
- Лимфоидная паренхима состоит из коркового и мозгового вещества.
- В корковом слое располагаются лимфоидные узелки, которые бывают с центром размножения и без него.

- Паренхима лимфатического узла пронизана густой сетью каналов (щелей), иначе лимфатическими синусами по которым поступающая в узел лимфа течет от подкапсульного (краевого) синуса к воротному, то есть в подкапсульный синус впадают приносящие лимфатические сосуды, от воротного - берут начало выносящие лимфатические сосуды.

- Закладка первых лимфатических узлов у человека наблюдаются у 5-6 недельных эмбрионов.
- На 3-4 месяце жизни плода в формирующихся лимфатических узлах определяются лимфоциты.
- Начиная, с 19 недели появляется граница между будущим корковым и мозговым веществом.

- Лимфатические узлы играют важную роль в поддержании гомеостаза, формировании иммунитета.
- Так, через регионарные лимфатические узлы фильтруется лимфа, обтекающая от тканей соответствующего региона.
- При этом в лимфатических узлах происходит задержка бактерий, токсинов, чужеродных белков и продуктов распада.

- В практической деятельности врачи должны быть знакомы с синдромами увеличения лимфатических узлов
- 1. При стрепто - и стафилодермии (пиодермия, ангины, стоматиты, одонтогенная инфекция и др.).
- 2. При хронической инфекции. Например, при туберкулезе.
- При этом поражается группа лимфатических узлов, чаще шейная группа. Лимфатические узлы увеличены, плотные, пакетами, может быть казеозный распад и образование свищей.

Генерализованное увеличение лимфатических узлов бывает при диссеминированном туберкулезе, при хронической туберкулезной интоксикации.

Вспомогательные методы диагностики: туберкулиновые пробы, диагностические пункции, биопсия.

- 3. Инфекционных заболеваниях (корь, грипп, аденовирусная инфекция).
- При острой респираторной вирусной инфекции чаще наблюдается диффузное увеличение затылочных, заднешейных, тонзиллярных лимфатических узлов.
- 4. При инфекционно-аллергических заболеваниях (сывороточная болезнь и др.).

- 5. При заболеваниях крови. Например, острый лейкоз сопровождается диффузным увеличением лимфатических узлов, чаще на шее.
- 6. Лимфатические узлы чаще становятся центром опухолевых процессов - первичных опухолей или метастазов в них. Например, лимфогранулематоз.

- При лимфосаркоме, ретикулосаркоме и других онкологических заболеваниях.
- Диагноз устанавливается на основании клинико-лабораторных данных, цитологических исследований пунктата, результатов пункционной, эксцизионной биопсии, иногда на основании специальных методов диагностики (кожно-аллергические и серологические пробы, радиоизотопная диагностика).

Воспалительные заболевания слюнных желез у детей

План:

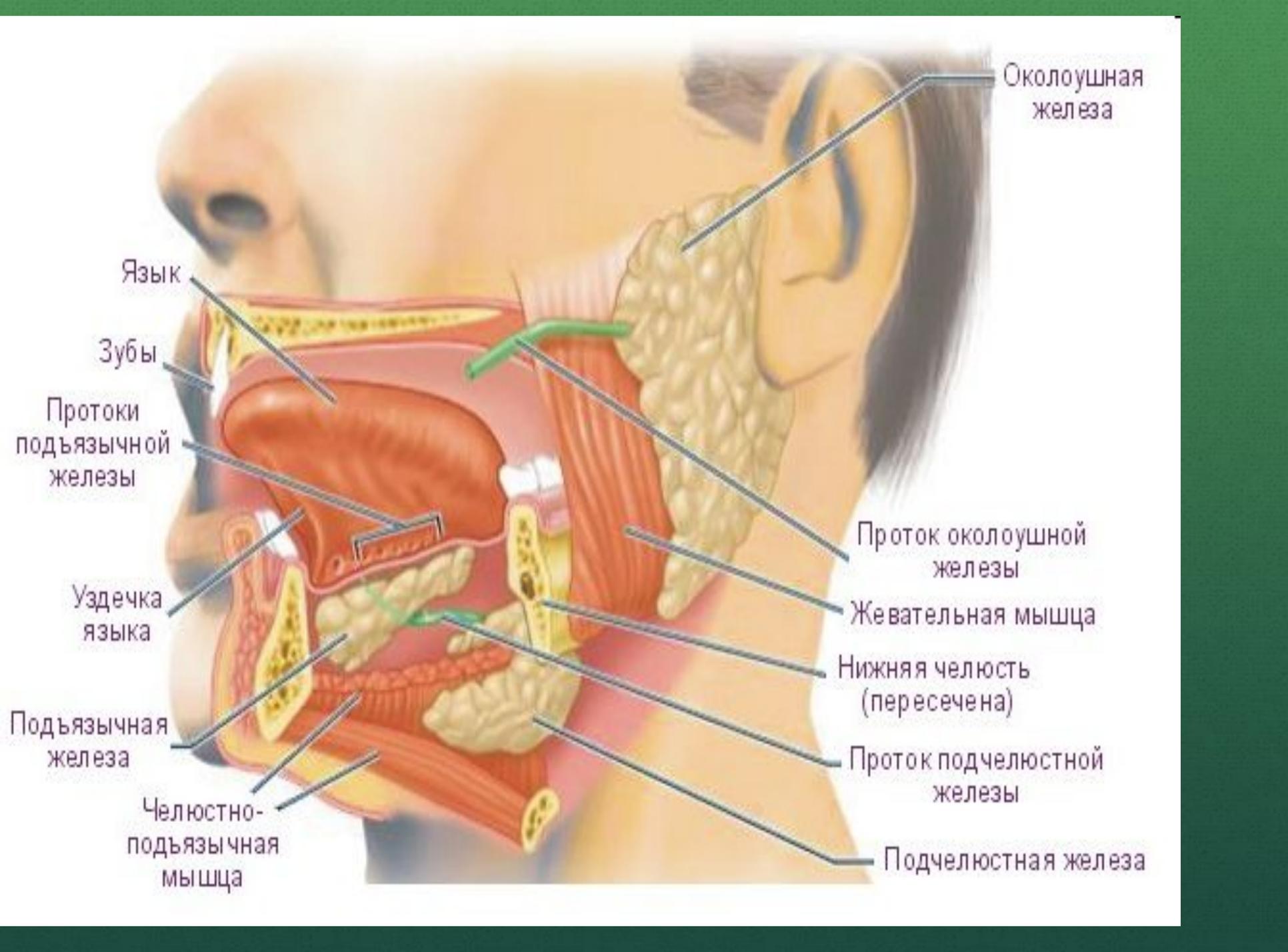
1. Острые сиалоадениты:

- Эпидемический паротит;
- Неэпидемический сиалоаденит (острый гнойный);
- Острый бактериальный сиалоаденит;

2. Хронические сиалоадениты:

- Хронический паренхиматозный сиалоаденит;
- Интерстициальный сиалоаденит;

3. Калькулезный сиалоаденит (слюнно-каменная болезнь)



Околоушная железа

Язык

Зубы

Протоки
подъязычной
железы

Уздечка
языка

Подъязычная
железа

Челюстно-
подъязычная
мышца

Проток околоушной
железы

Жевательная мышца

Нижняя челюсть
(пересечена)

Проток подчелюстной
железы

Подчелюстная железа

Классификация заболеваний слюнных желез (по И.Ф.Ромачевой и соавт., 1987)

1. Пороки развития слюнных желез

- * Аплазия слюнных желез
- * Дистопия (гетеротопия) слюнных желез
- * Гиперплазия слюнных желез
- * Пороки развития выводных протоков

2. Повреждения слюнных желез

3. Реактивно-дистрофические изменения слюнных желез (сиалозы)

- * Нарушение выделительной и секреторной функции
- * Изменения слюнных желез при нейроэндокринных заболеваниях
- * Изменения слюнных желез при ревматических заболеваниях-коллагенозах

4. Воспаление слюнных желез (сиаладенит)

- * Острое воспаление слюнных желез

Острый вирусный сиаладенит Острый бактериальный сиаладенит

- * Хроническое воспаление слюнных желез

Интерстициальный сиаладенит Паренхиматозный сиаладенит Хронический сиалодохит

- * Специфическое воспаление слюнных желез

5. Слюнокаменная болезнь

6. Кисты слюнных желез

7. Опухоли слюнных желез

Различают общие, частные и специальные методы обследования больных с заболеваниями слюнных желез (Ромачева И.Ф. и соавторы, 1987).

Общие - опрос, осмотр, пальпация, клинические анализы крови и мочи, рентгеноскопия грудной клетки и прочие.

Частные - методы, используемые при обследовании больных с патологией слюнных желез (зондирование, рентгенография, исследование секреторной функции и др.).

Специальные - методы, требующие особых врачебных навыков и специальной аппаратуры (сиалотомография, компьютерная томография и др.).

Эпидемический сialoadenит (эпидемический паротит)

Паротит эпидемический — острое инфекционное вирусное заболевание, сопровождающееся поражением железистых органов (поражение слюнной железы, поджелудочной железы, яичек) и (или) нервной системы — мягких мозговых оболочек или периферических нервов.

Наиболее часто заболевание регистрируется в возрасте от 3 до 6 лет. До одного года жизни дети практически не болеют, так как получают антитела трансплацентарно (через плаценту).



Природа, развитие и распространение инфекции

Возбудителем паротита является вирус, который проникает в организм воздушно-капельным путем (хотя полностью исключить контактный путь, например через игрушки, пока не удалось) через слизистую оболочку верхних дыхательных путей.

Затем вирус попадает в кровь и с ее током — в слюнные железы, а также в некоторые другие железы (например, половые) и центральную нервную систему. Там он находит благоприятные условия для размножения.

Источник инфекции — больной человек, который становится заразным, начиная с двух последних дней скрытого периода и до 5-го дня с момента манифестации заболевания.

Признаки и течение заболевания

Продолжительность скрытого периода от момента заражения до момента появления признаков заболевания составляет 11—23 дня, чаще — 2—2,5 недели.

Иногда отмечаются возникновение слабости, недомогания, снижение аппетита, подъем температуры до субфебрильного уровня за 1—2 дня до развития типичных признаков инфекции.

Обычно все эти симптомы развиваются совместно с поражением слюнных желез (чаще околоушных), которое может быть как одно-, так и двусторонним.

При этом отмечаются сухость во рту, боль выражена в некоторых точках: впереди мочки уха, позади мочки уха (симптом Филатова) и в области сосцевидного отростка.

Симптом Мурсу — воспалительная реакция слизистой оболочки в области выводного протока пораженной околоушной железы.

Кожа над ней напряженной, лоснится, припухлость может распространиться и на шею.

Максимальных размеров слюнная железа достигает за 3 дня. Ее припухлость сохраняется на этом уровне еще 2—3 дня и затем постепенно (в течение 7—10 дней) сокращается.

Течение паротита может быть легким, средней тяжести и тяжелым.

При легком течении температура субфебрильная, держится 1—2 дня, поражены только слюнные железы, самочувствие ребенка страдает незначительно.

При среднетяжелом течении отмечается более высокая и длительная лихорадка, помимо слюнных желез, могут поражаться и другие железистые органы, выражены слабость, головная боль, боли при жевании, нарушены сон и аппетит ребенка.

При тяжелом течении температура достигает 40°C и держится на протяжении 1—2 недель, поражены слюнные железы и большинство других желез, а также центральная нервная система.

Осложнения:

Осложнениями паротита у детей могут быть воспаление мозговых оболочек (менингит), поражение органа слуха с развитием необратимой глухоты, у взрослых чаще встречаются орхиты (воспаление мужских половых желез), панкреатиты, артриты.

Паротитный менингит встречается в 80 % случаев всех серозных менингитов в детском возрасте.

Он характеризуется острым началом (обычно на 4—7-й день заболевания) с усилением прежних симптомов, ознобом, повторной волной лихорадки до 39 °С и выше.

Типичными являются жалобы на сильную головную боль, рвоту.

В таких случаях ребенок нуждается в немедленной госпитализации в специализированный инфекционный стационар.

Улучшение его состояния наступает при активном лечении спустя 10—12 дней, однако до полного выздоровления проходит еще 1 — 1,5 месяца.

Диагностика эпидемического паротита.

1. Данные анамнеза: возможность контакта с больным эпидемическим паротитом, наличие ранее перенесенного эпидемического паротита.
2. Наличие симптомов интоксикации.
3. Состояние слюнных желез:
 - отсутствие гиперемии кожи над железой,
 - увеличение и слабая болезненность слюнных желез, тестоватая консистенция,
 - наличие болевых точек Филатова: кпереди мочки уха, в области верхушки сосцевидного отростка, в области вырезки нижней челюсти,
 - сухость в полости рта, незначительное выделение прозрачной слюны или ее отсутствие.

Данные лабораторных показателей:

в крови: лейкопения, лимфо- и моноцитоз,
нормальная СОЭ,

увеличение амилазы крови и диастазы мочи
(64-128 ЕД и выше),

реакция связывания комплемента, реакция
торможения гемаглютинации, кожная
аллергическая реакция,

выделение вируса эпидемического паротита.

Лечение

В детских учреждениях, где выявлен случай заболевания паротитом, устанавливается карантин на 21 день. Важной задачей лечения является предупреждение осложнений. Для профилактики панкреатитов, кроме того, необходимо соблюдать определенную диету.

При орхитах возможно раньше назначают преднизолон в течение 5-7 дней, начиная с 40-60 мг и уменьшая дозу каждый день на 5 мг, или другие кортикостероиды в эквивалентных дозах.

На течение паротитного менингита благоприятное влияние оказывает спинномозговая пункция с извлечением небольшого количества ликвора. Некоторое значение имеет умеренная дегидратационная терапия.

При остром панкреатите назначают жидкую щадящую диету, атропин, папаверин, холод на живот, при рвоте — аминазин, а также препараты, ингибирующие ферменты, в частности контрикал (трасилол), который вводят внутримышечно (медленно) в растворе глюкозы, в первый день 50000 ЕД, затем 3 дня по 25000 ЕД/сут и еще 5 дней по 15000 ЕД/сут.

Местно — согревающие компрессы.

Острый сialoadенит (чаще паротит)
новорожденного наблюдается в возрасте 2-10
дней с момента рождения.

Этиология.

Причинами является гематогенное попадание патогенной флоры в слюнную железу, активизация микрофлоры полости рта с внедрением ее в протоки железы. При пониженной реактивности организма.

Клиника.

Воспалительный процесс начинается остро, без видимых причин.

Ребенок становится беспокойным вялым, нарушается сон.

Отказывается от груди, часто наблюдается срыгивание.

Местно появляется диффузная припухлость соответствующей слюнной железы, кожа быстро становится гиперемированной при массаже железы из устья протока выделяется густой гной.

За 2-3 дня, если отсутствует лечение, развиваются разлитые флегмоны, гематогенный остеомиелит челюстей, отит гнойные затекания в соседние области.

Лечение

Лечение при развитии острого гнойного паротита — хирургическое дренирование гнойного очага, детоксикационная терапия, антибактериальная терапия, гипосенсибилизирующее лечение.

Физиолечение.

Острый бактериальный сиалоаденит

Отмечается у детей разных возрастных групп, но чаще в возрасте 7-12 лет (у грудных детей может развиваться бактериальный паротит вследствие проникновения инородного тела в паренхиму слюнной железы через проток). Чаще поражаются околоушная и поднижнечелюстная железы, подъязычная практически никогда.

Развитие острого сиалоаденита у детей связано с местными (анатомо-физиологическим строением слюнных желез, возможностью воспаления лимфатических узлов в толще слюнных желез, количеством и качеством слюны, травмой слюнной железы, заболеваниями слизистой оболочки ротовой полости и ЛОР-органов) и общими (снижением общего и местного иммунитета, хронической интоксикацией организма, нарушением обменных процессов) факторами.

Различают серозный и гнойный острый бактериальный

Различают серозный и гнойный острый бактериальный сиалоаденит.

Причины возникновения

Местные причины развития острого сиалоаденита:

- Травма железы.
- Попадение в проток инородного тела.
- Воспалительные процессы слизистой оболочки полости рта (стоматиты).
- Распространение процесса от лимфатических узлов, располагающихся под капсулой железы.

Общие причины развития острого сialoadenита:

- Тяжелые инфекционные заболевания (тиф, корь, грипп), сопровождающиеся высокой температурой тела и сильной интоксикацией.

- Онкологические заболевания, сопровождающиеся резким падением иммунитета, кахексией, обезвоживанием.

- Операции на брюшной полости.

- Тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, кахексия, тяжелые формы диабета.

По характеру воспаления в железе выделяют:

серозную форму,

• гнойную форму,

• гангренозную или гнойно-некротическую форму.

Серозная форма бактериального сиалоаденита

• Чаще поражается одна околоушная слюнная железа.

• Острое начало заболевания (повышение температуры тела, боль в околоушной области, сухость в полости рта).

• Кожа над железой отечна, но в цвете не изменена, пальпация болезненна.

• Устье протока зияет, гиперемия слизистой в области протока.

• При массаже железы – небольшое количество густой, вязкой и мутной слюны.

Гнойная форма бактериального сиалоаденита.

- Ухудшение общего состояния.
- Резкая болезненность в области железы, иррадиация боли в ухо, висок, глаз.
- Сухость в полости рта, снижение слуха, шум в ушах.
- Кожа в области железы отечна, гиперемирована, лоснится, в складку не собирается.
- Открывание рта ограничено.
- При массаже железы из протока выделяется гнойное отделяемое.

Гнойно-некротическая (гангренозная) форма

- Повышение температуры до 40-41 градусов, тяжелое общее состояние.
- Местная клиника флегмоны околоушно-жевательной области (отек, инфильтрация, флюктуация, гиперемия).
- Болезненно открывание рта и глотание, изо рта – гнилостный запах.
- При массаже железы отделяемого получить не удастся.

Осложнения гнойно-некротического паротита

Развитие отита, так как истончена капсула железы в области наружного слухового прохода.

Проникновение гноя в окологлоточное пространство, и опасность дальнейшего его распространения по сосудисто-нервному пучку шеи в средостение.

Причина - тонкий внутренний листок капсулы околоушной железы, расположенный на границе с окологлоточным пространством.

Парез мимических мышц за счет сдавления инфильтратом лицевого нерва.

Воспаление височно-нижнечелюстного сустава, развитие тромбофлебита вен лица, тромбоза внутричерепных венозных синусов, сепсиса.

Лечение

1. Консервативное лечение

Антибиотикотерапия, дезинтоксикационные средства, антигистаминные препаратов, лечение заболевания, на фоне которого развился паротит.

Ингибиторы протеолитических ферментов. Назначают внутривенно капельно контрикал в дозах 20000—50000 ЕД в 1 сут, трасилол — 25 000— 100000 ЕД в 1 сут.

Фурациллин-новокаиновые блокады путем введения 20 мл раствора под кожу над железой.

Промывание железы через выводной проток, легкий массаж железы, слюногонная диета.

Компрессы, физиотерапевтическое лечение.

2. Оперативное лечение.

Разрезы параллельно ходу ветвей лицевого нерва;

Обязательное условие - ревизия глубокой доли железы.

Хронический паренхиматозный сиалоаденит

Наблюдается у детей 8-15 лет, в 4 раза чаще, чем острый.

Возбудитель- вирус мumps и цитомегаловирус.

Хронический сиалоаденит обычно поражает околоушную железу, что связано с незрелостью паренхимы.

Жалобы ребенка или его родителей – на наличие увеличенной, умеренно болезненной слюнной железы, болевые ощущения могут усиливаться при еде. Кроме того ухудшается общее состояние- повышение температуру, снижение аппетита и сна. В анамнезе – несколько воспалений железы, которые проходили самостоятельно.

Клиника

Стадия обострения точно отвечает клинике острого бактериального паротита, но признаки воспаления при этом незначительные.

В стадии ремиссии железа увеличенная, бугристая, плотная, безболезненная. Бугристость железы обусловлена рубцеванием отдельных участков паренхимы вследствие их гнойного расплавления. Из протока выделяется прозрачная или мутноватая слюна, количество ее может быть уменьшено.

Устье протока расширенное, слизистая оболочка вокруг него цианотичная, пастозная, с отпечатками зубов.

После каждого обострения железа становится более бугристой, уплотняется и увеличивается.

В 77 % случаев в период ремиссии в слюнной железе идет медленный процесс воспаления, страдает секреторная функция.

Большое количество обострений приводит к тому, что выводной проток уплотняется и пальпируется под слизистой оболочкой щеки в виде тяжа.

Диагностика

Дополнительными методами исследования для постановки диагноза являются сиалография и пункционная биопсия железы в период ремиссий. Для проведения сиалографии используют масляные растворы органических соединений йода — 30 % раствор йодолипола, 40 % раствор йодилина, линойодол и т.п.

В последнее время широко применяют водные растворы йодсодержащих органических соединений: кардиотраст, верографин, урографин, поскольку масляные часто приводят к обострению сиалоаденита.

Рентгенологическое исследование околоушной слюнной железы проводят в лобноносовой и боковой проекциях, подчелюстной — в боковой.

На сиалограмме при хроническом паренхиматозном сиалоадените выявляется неравномерность контрастирования железистой ткани, сиалоэктазии, участки расширения протоков, нечеткость контуров их разветвлений.

Паренхима железы имеет вид грозди винограда.

Хронический интерстициальный сиалоаденит

У детей интерстициальный сиалоаденит возникает редко и в значительно старшем возрасте — 13-15 лет.

Суть заболевания состоит в том, что вследствие хронического воспаления превалирует гипертрофия межуточной ткани стромы.

Клиника

Клинически выявляется увеличенная, обычно с гладкой поверхностью, безболезненная железа. Слюна в период ремиссии без изменений, а при обострении — с прожилками гноя или мутная. Обострение интерстициального хронического сиалоаденита по течению напоминает острый парехимантозный.

Диагностика

Диагноз ставят по данным сиалогрaфии, перед проведением которой осуществляют катетеризацию слюнного протока.

На сиалогрaмме в начальной стадии процесса при интерстициальном сиалoadените наблюдается сужение протоков III—V порядка, а в дальнейшем — II-IV порядка

Контурь протоков ровные, четкие. Плотность паренхимы уменьшена. В поздней стадии все протоки сужены, контурь их неровные за счет разрастания стромальных элементов, в отдельных участках контраст исчезает.

Дифференциальная диагностика.

Хронические сиалoadениты надо дифференцировать между собой, с опухолями слюнных желез и мягких тканей, при обострении — с абсцессами и флегмонами, острым бактериальным сиалoadенитом, эпидпаротитом, псевдопаротитом Герценберга.

Лечение

Лечение хронических паренхиматозных сиалоаденитов сложное.

Это обусловлено тем, что рецидивы заболевания приводят к стойким изменениям как в паренхиме, так и в строме железы; страдает микроциркуляция, снижается функция железы; частые обострения при хроническом сиалоадените являются результатом того, что до сих пор не существует патогенетического лечения, оно в определенной мере паллиативное.

Такие обстоятельства еще раз подтверждают мысль о том, что заболевания слюнных желез в значительной степени зависят от состояния соединительной ткани, и свидетельствуют о связи сиалоаденита с системными ее заболеваниями (коллагенозами).

В период ремиссии следует проводить курсы профилактического лечения (через 3-6 и 12 мес), направленного на гипосенсибилизацию организма, повышение функции и улучшение микроциркуляции в слюнной железе, укрепление стенок протоков, коррекцию иммунной системы.

Для этого назначают: антигистаминные средства; инъекции витаминов групп В и С, кальция пантотенат. С целью повышения функции железы использую спазмолитические препараты: оксафенамид, флакумин (перед едой), танацехол, а также гомеопатических препаратов "Сиалогран", "Ликовир".

Для коррекции нарушений иммунитета применяют неспецифический биогенный стимулятор — бактериальный полисахарид продигиозан, ликовир и т.п.

Положительный результат получают при применении нуклеината натрия — стимулятора лейкопоэза, который активирует факторы неспецифической реактивности организма. Назначают этот препарат детям от 1 до 5 лет 0,015-0,05 г, от 5 до 14 лет — по 0,005-0,075 г 3 раза в день за 20-30 мин до еды на протяжении 14 сут.

В период ремиссии детям проводят лечение хронических заболеваний ЛОР-органов, зубов и слизистой оболочки полости рта.

Для предотвращения обострения хронического сиалоаденита родителей больных детей младшего возраста и детей старшего возраста учат массажу железы, который проводят 3 раза в сутки на протяжении 3-5 мин перед и после еды.

Секреторная функция железы при хроническом сиалоадените снижена, поэтому использование электрофореза 5 % раствора калия иодида как муколитического средства уменьшает вязкость

Для предотвращения обострения хронического сиалоаденита родителей больных детей младшего возраста и детей старшего возраста учат массажу железы, который проводят 3 раза в сутки на протяжении 3-5 мин перед и после еды.

Секреторная функция железы при хроническом сиалоадените снижена, поэтому использование электрофореза 5 % раствора калия иодида как муколитического средства уменьшает вязкость слюны и способствует её выделению.

Курс ультразвуковой терапии на область железы на протяжении 6-8 сут способствует восстановлению микроциркуляции в ней.

С целью повышения защитных качеств эпителия протока и его регенерации, улучшения состояния капилляров в проток пораженной железы трижды на протяжении месяца вводят 0,4- 0,8 мл масла шиповника, используют лазеротерапию (до 10 сеансов).

Большинство больных хроническим паренхиматозным сиалоаденитом являются носителями стафилококков, которые можно обнаружить на слизистой оболочке носовой и ротовой полостей.

Для профилактики возникновения обострения процесса в железе применяют цолибигерин, содержащий антивирусные нуклеотиды, количество которых в десятки раз больше, чем в слюне. Для однократной обработки слизистой оболочки полости носа и небных миндалин 2 дозы полибактерина растворяют в 5 мл дистиллированной воды.

Обработку проводят дважды в сутки на протяжении 5-7 суток. При обострении процесса проводится лечение, как и при остром бактериальном сиалоадените.

СЛЮННО-КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ СИАЛОАДЕНИТ)

Слюнно-каменная болезнь (*sialolithiasis*) — заболевание, при котором в протоках слюнных желез или в паренхиме их возникают конкременты, являющиеся препятствием для оттока слюны.

Слюнно-каменная болезнь проявляется не только местными признаками. В патогенезе слюнно-каменной болезни важная роль принадлежит нарушению минерального обмена (повышение количества кальция и фосфора в крови и слюне), авитаминозу А. Химический состав слюнных камней довольно постоянный: органическая основа камней составляет до 30 %, другая часть представлена неорганическими солями - фосфорнокислым и углекислым кальцием, магнием, железом.

Слюнные камни частично растворимы в воде. Величина и форма их разнообразны, зависят от локализации камней и их количества.

У детей заболевание наблюдается чаще в 10-12-летнем возрасте. Слюнно-каменная болезнь наблюдается в основном в подчелюстных слюнных железах, что связано с их анатомо-физиологическими особенностями (проток S-образный, длинный; неравномерный по ширине; проходит ниже, чем открывается его устье).

Околоушная слюнная железа поражается редко, потому что проток её широкий, направлен сверху вниз.

Подъязычные слюнные железы имеют очень короткие и широкие, вертикально расположенные протоки, поэтому камни в них не формируются.

Жалобы детей при этом заболевании на болезненное увеличение слюнной железы при еде (в особенности если пища кислая или соленая), а после - медленное уменьшение ее размеров.

Клиника. Клиническая картина слюнно-каменной болезни зависит от локализации и размеров камня. Чаще он слюнных желез.

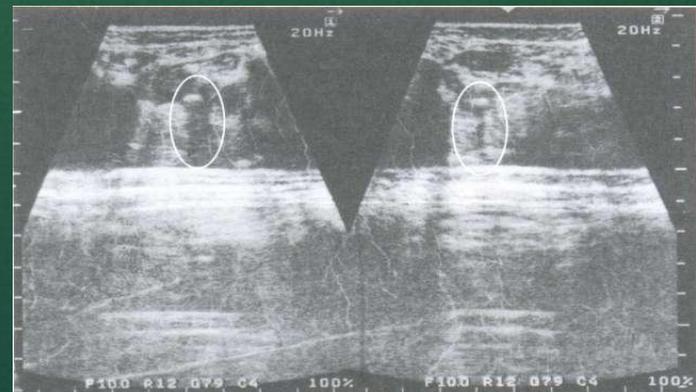
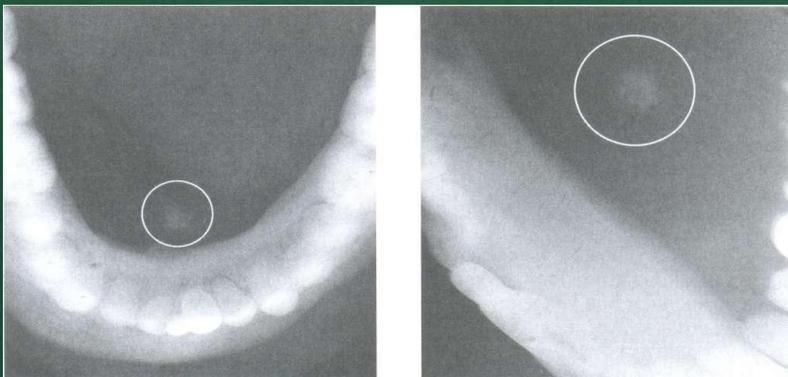
Наличие камня приводит к застою слюны и развитию гнойного субмаксиллита.

Диагностика

Для уточнения диагноза проводят рентгенологическое исследование подчелюстной железы при локализации камня в задних отделах или в паренхиме слюнной железы по В.С. Коваленко.

О камне в протоке свидетельств тень с четкими границами. Чаще у детей камни нерентгеноконтрастны. В таких случаях целесообразно ультразвуковое исследование, которое выявляет гиперэхогенную зону (камень) с "дорожкой поглощения" за ним.

У детей старшего возраста при локализации конкремента в задних отделах протока можно сделать контрастную сиалографию. О наличии камня в протоке свидетельствует дефект наполнения с четкими контурами позади конкремента.



Дифференциальная диагностика

Слюнно-каменную болезнь дифференцируют с воспалительными процессами слюнных желез без наличия камней, опухолями и опухолевидными заболеваниями слюнных желез,

ретенционными кистами типа песочных часов, а также опухолями мягких тканей дна ротовой полости, эпидермоидными и дермоидными кистами.

Лечение

Основным методом лечения калькулезного субмаксиллита является хирургический. У детей чаще возникают мелкие конкременты в протоках слюнных желез.

Камни обычно расположены в переднем и среднем отделах выводного протока, и иногда можно добиться выхода их через него. Если камень маленький, его бимануально, массажными движениями сзади наперед "подводят" к устью, из которого он выходит сам.

Такую манипуляцию желательно проводить на фоне спазмолитических средств (для расширения протока). Но при использовании такого способа надо быть уверенным, что заболевание возникло недавно и практически отсутствует симптом увеличения железы при приеме пищи. Если камень расположен в протоке, его удаляют под общим обезболиванием внутриротовым доступом.

Сначала мягкие ткани дна полости рта пальцами снаружи перемещают кверху, чтобы четче представим участок локализации камня. Потом перевязывают проток позади камня, чтобы он не продвинулся в железу, и над камнем рассекают стенку протока вдоль него.

Конкремент осторожно вынимают, стараясь не разломать.

Лигатуры снимают после удаления камня. Рану не ушивают, она обычно не требует дренирования.

*СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!*