

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра-клиника стоматологии ИПО

# **Заболевания слюнных желез у детей. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация**

Выполнила ординатор  
кафедры-клиники стоматологии ИПО  
по специальности «стоматология детская»  
**Елоева Диана Васильевна**  
рецензент к.м.н. **Соколова Ольга Романовна**

**Красноярск, 2019**

# **ЦЕЛЬ РАБОТЫ:**



**Рассмотреть этиологию, классификацию, клинику, диагностику и лечение заболеваний слюнных желез у детей**

# **ЗАДАЧИ РАБОТЫ:**

- 1. Изучить этиологию, патогенез, классификацию слюнных желез у детей;**
- 2. Выявить методы обследования детей с заболеваниями слюнных желез;**
- 3. Рассмотреть клинику, диагностику и лечение заболеваний слюнных желез у детей.**

# ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** 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.

Заболевание может развиваться на фоне снижения иммунного статуса и присоединения микробного фактора, может иметь врожденное происхождение (несостоятельность протоковой системы слюнных желез) и инфекционно-аллергическую природу заболевания. Возможны несколько путей проникновения инфекции в слюнные железы (стоматогенный, лимфогенный, гематогенный, контактный). Знание клинических особенностей течения воспалительных заболеваний слюнных желез у детей, методов обследования детей с заболеваниями слюнных желез, правильное проведение дифференциальной диагностики дает возможность врачу-стоматологу составить оптимальный план лечения ребенка с данной патологией, а так же прогнозировать течение и исход заболевания.

# Слюнные железы

## Состав слюны:

- *амилаза*
- *лизоцим*
- *слизь (муцин)*

Проток околоушной  
железы

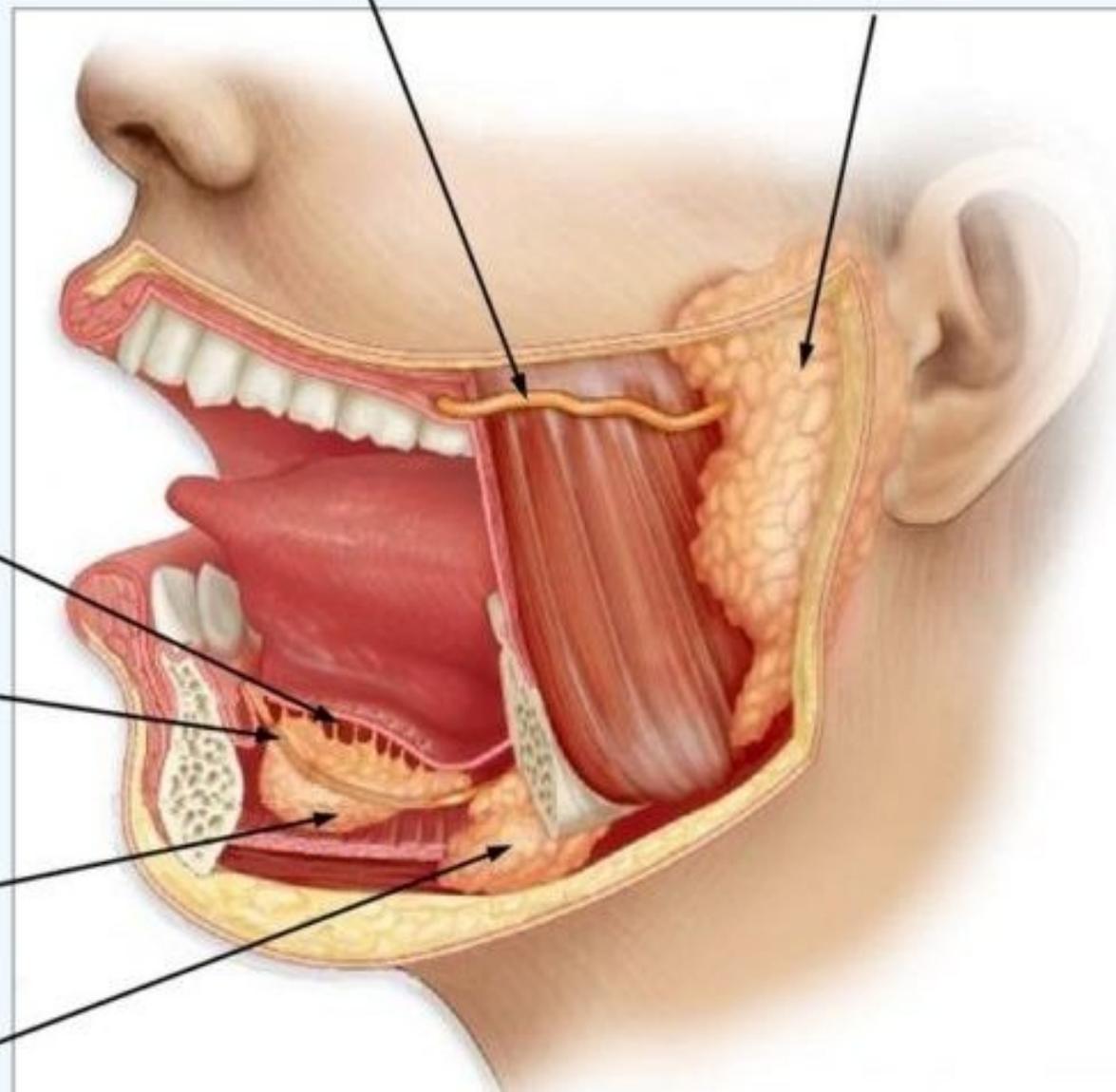
Околоушная  
железа

Протоки подъязычной  
железы

Проток  
поднижнечелюстной  
железы

Подъязычная железа

Поднижнечелюстная железа



# Диагностика воспалительных заболеваний слюнных желез у детей

**Общеклинические методы обследования:** опрос, осмотр, пальпация, лабораторные исследования крови, мочи и т.д.

При сборе анамнеза необходимо уточнить у родителей ребенка болел ли он ранее эпидемическим паротитом, был ли в контакте с больными эпидемическим паротитом, имеется ли отягощенная наследственность в отношении хронического паренхиматозного паротита (болел или болеет ли один из ближайших родственников).

Важными для прогноза течения и лечения заболевания являются и такие факторы как, появление признаков хронического воспаления слюнных желез после перенесенного эпидемического паротита, число обострений в год, признаки сухости в полости рта, размер железы во время обострения или ремиссии, характер боли, горько-соленый вкус слюны и т.д.

При осмотре и пальпации определяется состояние кожных покровов в области слюнных желез, консистенция, количество и характер выделяющейся слюны, состояние устьев выводных протоков.

# Диагностика воспалительных заболеваний слюнных желез у детей

**К местным и специальным методам обследования** слюнных желез относятся: определение секреторной функции, цитологическое, микробиологическое, иммунологическое исследование слюны, контрастная сиалография, компьютерная томография, радиосиалография, УЗИ, пункционная биопсия и др. Можно проводить электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ), так как у 30% детей с хроническим паренхиматозным паротитом определяется нарушение биологической активности головного мозга. Проводить все перечисленные диагностические методы обследования не всегда бывает необходимо, но такие методы обследования как зондирование, 5 контрастная сиалография, обзорная рентгенография, сиалометрия, цитологическое исследование слюны в некоторых случаях обязательны для постановки диагноза. Сиалометрия проводится при помощи полиэтиленового катетера, вводящегося в проток слюнной железы после бужирования его.

Контрастную сиалографию проводят только вне обострения заболевания, чтобы не усугубить процесс воспаления. У детей лучше применять водные растворы рентгенконтрастных трийодиованных органических соединений: урографин, верографин, кардиотраст, уротраст. Ранее применялись масляные растворы (йодлипол, йодиол). Лучше проводить сиалографию у детей гелеобразными Rg-контрастными препаратами (76% верографин на основе крахмально-агарового геля), что позволяет определить не только состояние протоков и паренхимы слюнных желез, но и их функциональную способность. Эта смесь легко вводится в слюнные железы с помощью шприца с надетым на него полиэтиленовым катетером.

# Диагностика воспалительных заболеваний слюнных желез у детей

**Цитологическое исследование мазков слюны:** каплю секрета помещают на предметное стекло, окрашивают, высушивают, микроскопируют.

## **Специальные методы:**

- ❖ Электрорентгенография при контрастировании слюнных желез;
- ❖ Сканирование слюнных желез (метод получения изображения слюнных желез после внутривенного введения радионуклидных соединений);
- ❖ Пункционная биопсия (позволяет получить материал для гистологического исследования). Этот метод дает возможность наиболее точно установить диагноз заболевания.

Слюнные железы делятся на крупные парные и мелкие непарные. К крупным железам относятся: околоушная, поднижнечелюстная и подъязычная. Мелкие непарные слюнные железы - губные, щечные, язычные, небные и дна полости рта - локализируются в слизистой оболочке полости рта. Любая слюнная железа состоит из 3-х частей: паренхимы, интерстиция и системы протоков.

# Этиология и патогенез

Возбудитель болезни — фильтрующийся вирус. Заражение происходит путем непосредственной передачи его от больного здоровому капельно-воздушным путем, но возможна также передача при пользовании предметами, с которыми соприкасались больные.

Макроскопически при вирусном 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. В эпителии железы обычно выявляется лишь незначительная степень изменений в виде набухания и зернистого помутнения, реже отмечается некроз.

# Классификация заболеваний слюнных желез

Классификация воспалительных заболеваний слюнных желез. Все сиалоадениты делятся на:

## 1. По этиологии

- ❖ бактериальные;
- ❖ вирусные;
- ❖ микогенные.

## 2. По характеру воспаления:

- ❖ острые (эпидемический и неэпидемический);
- ❖ хронические неспецифические (паренхиматозный, интерстициальный и сиалодохит);
- ❖ хронические специфические (актиномикоз, сифилис, туберкулез);
- ❖ калькулезный сиаладенит.

## 3. По тяжести:

- ❖ легкая, средней тяжести, тяжелая;

## 4. По стадии:

- ❖ ремиссия;
- ❖ обострение.



# ОСТРЫЕ ВИРУСНЫЕ СИАЛОАДЕНИТЫ

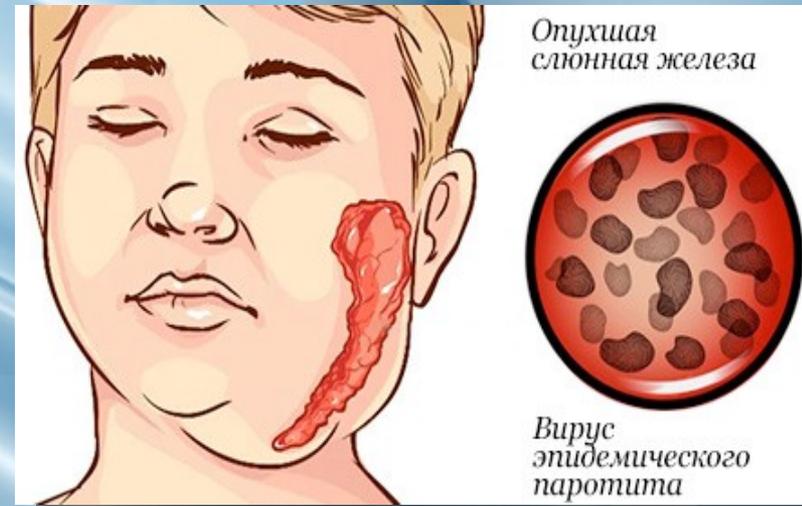
Эпидемический паротит — это острое инфекционное заболевание, вызываемое парамиксовирусом. В большинстве случаев воспаление возникает в области околоушных слюнных желез.

Диагностируется эпидемический паротит на основании анамнеза, клинических признаков, биохимических данных (уровень диастазы крови повышается до 800-1000 ед.).

В зависимости от тяжести заболевания выделяются 3 формы клинического течения:

- I. Легкая – лечится амбулаторно.
- II. Средняя – лечится амбулаторно.
- III. Тяжелая – показана госпитализация.

**Профилактические мероприятия включают проведение влажной дезинфекции помещения и вещей больного, кипячение столовой посуды, проветривание помещения.**



# Эпидемический (вирусный) паротит

**Характерно поражение обеих околоушных слюнных желез**

## **При внешнем осмотре:**

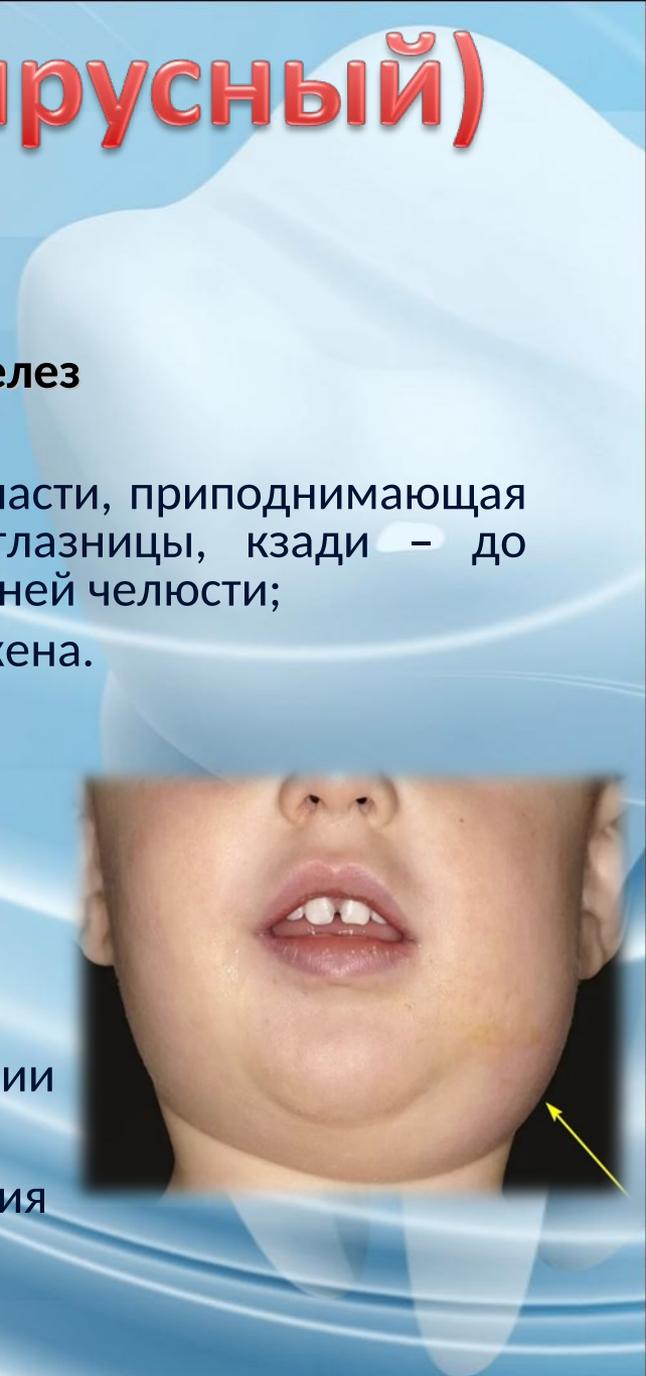
- ✓ разлитая припухлость в околоушно-жевательной области, приподнимающая мочку уха, распространяется вверх до уровня глазницы, кзади – до сосцевидного отростка, спускающаяся ниже угла нижней челюсти;
- ✓ кожа над припухлостью нормальной окраски, напряжена.

## **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



# Эпидемический (вирусный) паротит

Изоляция больных эпидемическим паротитом проводится на протяжении 9 дней от начала заболевания. Детей, не болевших эпидемическим паротитом, следует разобщать с заболевшими на 21 день от начала контакта. При точном установлении контакта дети, не болевшие эпидемическим паротитом, допускаются в детские учреждения в первые 10 дней, а с 11-го по 21-й день подлежат разобщению с другими детьми. Для профилактики распространения эпидемического паротита применяют активную иммунизацию живой противопаротитной вакциной. Вакцину вводят в количестве одной прививочной дозы однократно, подкожно детям 3-7 лет, не болевшим паротитом.

Лечение эпидемического паротита симптоматическое. Больного укладывают в постель на 7-10 дней. Пища должна способствовать улучшению секреции (кислое питье, сухари и т.д.). Для предупреждения осложнений необходимо поддерживать 8 гигиену полости рта (полоскание антисептиками, ирригация). Назначают тепловые процедуры: согревающие сухие компрессы, соллюкс, УВЧ, УФО. После купирования острой воспалительной реакции рекомендуется массаж желез, слюнногонная диета, обильное питье.

# ОСТРЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ СИАЛОАДЕНИТ

Острый бактериальный сиалoadенит (*Sialoadenitis bacterialis* по *calculosa acuta*) 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. Различают серозный и гнойный острый бактериальный сиалoadенит.

Заболевание начинается остро после короткого продромального периода. Повышается температура тела, ребенок становится возбужденным, потом — вялым, жалуется на головную боль и боль в области слюнной железы. Если не будет поставлен диагноз и своевременно не начато лечение, явления интоксикации могут нарастать. Местно при серозном сиалoadените наблюдается увеличенная, болезненная при пальпации железа, слюна от обычной не отличается. Позадичелюстные и подчелюстные лимфатические узлы могут увеличиваться. При гнойном сиалoadените выявляется отек тканей над слюнной железой. Кожа здесь гиперемирована, лоснится. Устье протока также гиперемировано, возвышается над окружающей слизистой оболочкой. Из протока выделяется мутная или с хлопьями (может с прожилками гноя) слюна.

При гнойном воспалении в отдельных участках железы могут возникать микроабсцессы, которые при дальнейшем распространении процесса способны сливаться между собой. В таком случае через основной проток начинается выделение гноя вместе со слюной.

Дифференциальную диагностику бактериального сиалoadенита проводят с эпидемическим и вирусным паротитом, абсцессами, флегмонами околоушной области, обострением хронического паротита, паротитом Герценберга, острым лимфаденитом.

# Острый бактериальный сialoadenит

Лечение направлено на уменьшение явлений интоксикации и непосредственное воздействие на микроорганизмы, вызвавшие сialoadenит. Доказано, что наиболее эффективными являются макролидные антибиотики (азитромицин, азивок, зомакс, рокситромицин, мидекамицин, фузидин натрия). Чувствительность микрофлоры к ним определялась в 59-72 % случаев. Можно использовать и антибиотики пенициллинового ряда. Назначают антигистаминные, симптоматические и иммуностимулирующие препараты. Нуклеинат натрия эффективно нормализует белковый и нуклеиновый обмен, скорость слюноотделения. Ингибиторы протеаз инактивируют калликреины, по этому их (трасилол, контрикал) назначают при гнойном и гнойногангренозном сialoadените. При таких формах сialoadенита в схему лечения надо вводить противогрибковые препараты. Слюногонная, калорийная и витаминизированная диеты способствует более быстрому выздоровлению..

При гнойных выделениях из протока в железу вводят протеолитические ферменты. Процедуру выполняют осторожно, нагнетая раствор с незначительным давлением, маленькими порциями (0,1-0,2 мл), чтобы ребенок не ощущал боли. Для этого используют шприц с иглой, кончик которой затуплен, или катетер для внутривенных введений. Дети с острым бактериальным паротитом требуют лечения в стационаре. На ночь на область железы делают компрессы с 5 % раствором ДМСО с добавлением обезболивающих и антигистаминных препаратов. Если образовался абсцесс (что у детей возникает крайне редко), его вскрывают под общим обезболиванием. В околоушной области разрез проводят по предушной складке, в подчелюстной — параллельно нижнему краю челюсти, отступив от него на 1,52 см. Рану дренируют и в дальнейшем лечат как гнойную. В некоторых случаях после заживления раны вторичным натяжением в околоушной области возникает свищ, из которого выделяется слюна (слюнной свищ). В таком случае следует употреблять пищу, которая не усиливает саливацию. Местно применяют аппликации атропина и инсулина. В тех случаях, когда свищ существует длительно, его ликвидируют оперативным путем. Целесообразно использовать лазерную и магнитотерапию, поскольку после их проведения быстро прекращается процесс воспаления в железе и уменьшается болевой синдром.

# ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ СИАЛОАДЕНИТ

Хронический сиалоаденит (*Sialadenitis bacterialis pop calculosa chronica*) у детей 8-15 лет наблюдается в 4 раза чаще, чем острый. В возникновении и течении хронического сиалоаденита играют роль вирус мumps и цитомегаловирус.

Имеются три пути попадания инфекции в железу:

- 1) через проток;
- 2) лимфогенный;
- 3) гематогенный.

Клиника хронического паренхиматозного сиалоаденита складывается из обострения и ремиссии процесса. Обострение наблюдается чаще в холодное время года. Нередко заболевание обостряется после острого респираторного или одонтогенного воспалительного процесса. Больной жалуется на появление сильных или умеренных болей пораженной околоушной железы. Повышается температура тела. Лицо ребенка становится ассиметричным. Пальпаторно определяется плотность и бугристость железы. При массаже через главный Стенонов выводной проток выделяется гной или мутная слюна с комочками слизи, прожилками гноя.

# Хронический паренхиматозный сиалоаденит

Обязательным методом исследования детей с данным заболеванием является контрастная рентгенография. Главным рентгенологическим признаком при хроническом паренхиматозном паротите является выявление в железе множества мелких и достаточно крупных полостей, рисунок напоминает «виноградную гроздь». Группа больных с хроническим паренхиматозным сиалоаденитом нуждается в диспансеризации. В периоды эпидемии гриппа, осенью и весной детям необходимо проводить профессиональный курс лечения (карта диспансеризации прилагается)

Необходима тщательная санация полости рта, обучение детей уходу за полостью рта, корректировка диеты. На диспансерный учет берут всех детей с хроническим паренхиматозным сиалоаденитом сразу же после постановки диагноза.

Профилактическое лечение проводится 2 раза в год амбулаторно или в условиях стационара. С учета детей снимают в случае стойкой ремиссии в течение 3-4 лет

# Хронический паренхиматозный сиалоаденит

Лечение больных с обострившимся хроническим паренхиматозным сиалоаденитом направлено на:

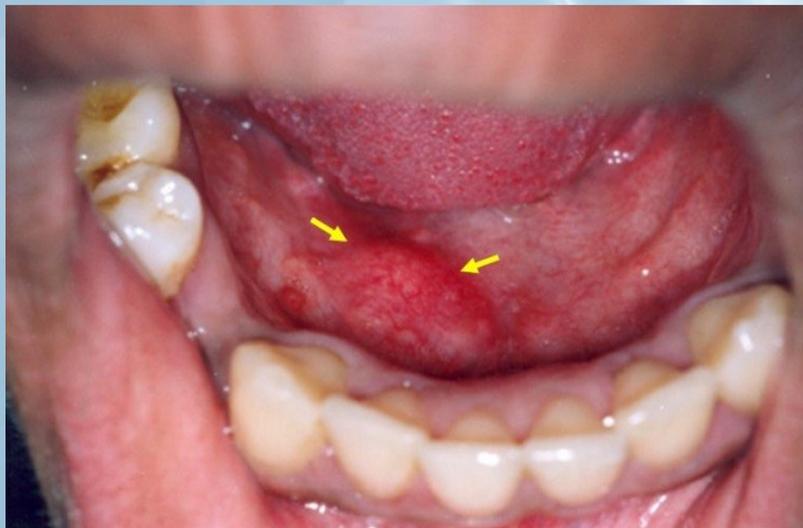
1. Снятие острого воспаления.
2. Нормализацию слюноотделения.
3. Повышение иммунологической реактивности организма.

С этой целью проводят вакуумное дренирование и промывание железы через проток растворами антисептиков, массаж железы. Для нормализации трофических процессов в железе используют обкалывание фурацилин-новокаиновой смесью. Эффективным способом улучшения реологических свойств слюны является применение 3%-го раствора калия йодида внутрь и с помощью электрофореза. С целью повышения иммунных сил организма назначают поливитамины и иммуностимуляторы (нуклеинат натрия, метилурацил, продигиозан и т.д.). При нарастании воспалительного процесса назначают антибиотики после определения чувствительности микрофлоры к ним. Из физических методов лечения назначают УВЧ, гальванизацию и электрофорез йодистого калия, контрикала, излучение гелий-неонового лазера, парафиновые и озокеритовые аппликации, но только после нормализации слюноотделения.

# Слюннокаменная болезнь

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

Различают клинические стадии заболевания: Начальную (протекающую без клинических признаков воспаления), клинически-выраженную (протекающую с периодическим обострением сиалоаденита), позднюю (с выраженными симптомами хронического воспаления).



# Слюннокаменная болезнь

Первым клиническим признаком является задержка (ретенция) выделения секрета. За время еды возникает увеличение слюнной железы, ее распирает, затем боль (слюнная колика). При бимануальной пальпации по ходу нижнечелюстного протока можно обнаружить уплотнение - камень. Слизистая оболочка полости рта и в области протока без воспалительных изменений. На сиалограмме определяется равномерное расширение протока кзади от места расположения камня, паренхима железы не изменена.

При 2-ой стадии заболевания, кроме симптомов ретенции слюны, возникают признаки хронического сиалоаденита. Жалобы на припухлость в подъязычной и щечной области, затруднение приема пищи, общее недомогание, подъем температуры тела. При внешнем осмотре отмечается припухание в области слюнной железы, пальпация ее резко болезненная, возникают явления периаденита. При пальпации определяется плотный, болезненный инфильтрат по ходу протока. При пальпации протока из устья выделяется слизисто-гнойная жидкость или гной. На сиалограмме выявляются расширенные и деформированные протоки слюнной железы за камнем.

В поздней стадии развития заболевания жалобы сводятся на постоянную припухлость в области железы и гнойное отделяемое из протока. При осмотре слюнная железа плотная, болезненная при пальпации, из протока выделяется слизеподобный секрет с гнойными включениями, устье расширено. При сиалографии при расположении камня в переднем или среднем отделе можно выявить расширение заднего участка выводного протока. Паренхима железы определяется нечетко. При расположении камня в слюнной железе может появиться дефект наполнения.

# Слюннокаменная болезнь

Лечение слюннокаменной болезни определяется стадией воспалительного процесса, наличия обострения сialoadенита, а также локализацией конкремента. При обострении калькулезного сialoadенита и локализации камня в паренхиме железы показано назначение антибиотиков (после определения флоры и чувствительности к антибиотикам), антигистаминные препараты, физиолечение, лечебные блокады, слюногонная диета и др. до купирования воспаления. При обострении хронического калькулезного сialoadенита и локализации камня в выводном протоке показано удаление слюнного камня с последующим лечением обострения хронического сialoadенита. При хронической форме калькулезного сialoadенита в стадии ремиссии показано удаление камня из протока или железы с проведением лечения хронического сialoadенита. При невозможности - экстирпация поднижнечелюстной железы в плановом порядке.



# Заключение (выводы)

Слюнные железы представляют собой особую группу секреторных органов. Их функции многообразны и не ограничиваются только участием в процессе пищеварения. Из ткани слюнных желез выделен гормон апоэритеин и ряд других веществ, обладающих гормональной активностью (паратин — фактор роста нервов и эпителия; тимоцин и др.). Гормон апоэритеин влияет на рост зубов и увеличивает количество гликогена в печени. Паратин стимулирует рост и развитие зубов и скелета человека, оказывая нормализующее действие на белковый и минеральный обмен в костных структурах. Кроме того, паратин оказывает воздействие на пролиферацию эластического каркаса мезенхимальных тканей, влияет на генез тромбоцитов и лейкоцитов, на метаболизм инсулина. Доказано наличие взаимных влияний в деятельности слюнных желез, сердечно-сосудистой, репродуктивной и других систем.

Диагностика воспалительных заболеваний слюнных желез у детей требует общих, частных и специальных методов обследования.

В детском возрасте, так же как и у взрослых, чаще наблюдается воспаление околоушной слюнной железы, реже — поднижнечелюстной и очень редко — подъязычной.

Наиболее часто в слюнных железах происходят воспалительные процессы. Воспаление слюнных желез носит название сиалоаденита, а околоушных желез — паротита. Сиалоадениты и паротиты могут иметь серозный и гнойный характер. Обычно они возникают вторично при заносе инфекции гематогенным или лимфогенным путем.

# Список основных использованных источников

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Витебск: Беллидкнига, 1998.
2. Виноградова Т.Ф. Стоматология детского возраста. – М: Медицина, 1987.
3. Корсак А.К. Воспалительные заболевания слюнных желез у детей. Учебно-методическое пособие. - Минск. БГМУ. 2006.
4. Колесов А.А. Стоматология детского возраста. – М.: Медицина, 1991.
5. Казанцев А.П. Эпидемический паротит. Л.: Медицина, 1975.
6. Климентов А.В. Болезни слюнных желез. - Л.: Медицина, 1975.
7. Пальцев М.А., Зайратьянц О.В., Кононов А.В., Рыбакова М.Г. Руководство к практическим занятиям по патологической анатомии для стоматологических факультетов. – М.: Медицина. – 2009.
8. Ромачева И.Ф. Заболевания и повреждения слюнных желез. – М.: Медицина, 1987.
9. Солнцев А.И. Заболевания слюнных желез. – Киев: Здоровье, 1991.
10. Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия. – Изд.4-е. – М.: Литтерра, 2010.

**СПАСИБО  
ЗА ВНИМАНИЕ!**