

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации
Институт стоматологии - научно-образовательный центр инновационной
стоматологии
Кафедра клиника хирургической стоматологии и ЧЛХ

Реферат: Заболевания слюнных желез

Выполнил: врач-ординатор 2 года
Черниковский Виктор Павлович

Проверил к.м.н. Доцент кафедры
клиники хирургической стоматологии
и ЧЛХ

Чучунов Андрей Александрович

Красноярск, 2017 г.

Введение

Сиалоадениты и сиалозы занимают значительное место среди заболеваний челюстно-лицевой области. Сиалоадениты являются одним из наиболее распространенных заболеваний слюнных желез. Клинические проявления сиалоаденитов разнообразны. Это зависит от этиологии, локализации воспалительного процесса в той или другой железе, реактивности организма, сопутствующих заболеваний, возраста больных и других факторов. Под термином сиалозы объединяются дистрофические заболевания слюнных желез, вызванные общими нарушениями в организме и приводят к патологическим изменениям секреции.

Клинические проявления воспалительных заболеваний слюнных желез многообразны. Это обусловлено этиологическими факторами, локализацией процесса в той или иной железе, иммунологическим состоянием организма, сопутствующими заболеваниями.

Заболевания слюнных желёз включает различные по этиологии и патогенезу процессы:

- 1) реактивно-дистрофические;
- 2) воспалительные;
- 3) травматические;
- 4) опухолевые;
- 5) опухолеподобные.

В настоящее время для установления диагноза и стадии заболевания слюнных желёз, а также наблюдения за динамикой процесса всё большее значение приобретают цитологическое исследование мазков секрета, исследование мазков секрета, исследование секреторной функции желёз, вязкости слюны, рентгенологические и радиоизотопные методы.

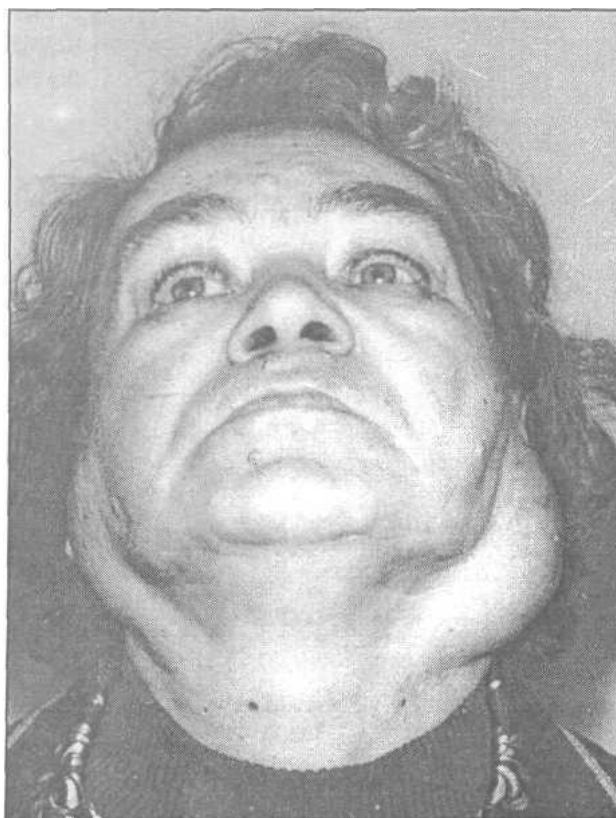
Для определения инородного тела в главном выводном протоке подчелюстной железы делают рентгеновский снимок дна полости рта (внутриротовой), а при подозрении на присутствие инородного тела во внутрижелезистых протоках слюнной железы производят рентгенографию в различных внеротовых проекциях.

Наибольшее значение при определении характера изменений в слюнной железе имеет сиалография – контрастирование протоков слюнных желёз для рентгенодиагностики. После введения канюли в проток шприцем нагнетают около 1-2 мл подогретого масляного или водного раствора контрастного вещества до появления лёгкой болезненности и делают рентгеновский снимок.

Реактивно-дистрофические изменения слюнных желёз (сиалозы)

В ответ на общие заболевания: гормональные, воспалительные, опухолевые, коллагенозы, лимфоматозы, гранулёматозы и др. слюнные железы реагируют припуханием, нарушением функции или сочетанием тех и других изменений. Среди реактивно- дистрофических процессов в слюнных железах выделяют болезнь Микулича и синдром Шегрена.

Болезнь Микулича



a)

Для заболевания характерно увеличение слюнных и слёзных желёз. В некоторых случаях болезнь Микулича протекает на фоне лимфоматоза или гранулёматоза. Истинные причины заболевания недостаточно ясны.

Патологическая анатомия. При лимфоматозе находят разрастание небольших скоплений лимфоидной ткани, отмечается запустевание внутрежелезистой части протоков слюнных желёз.

Клиника. Болезнь начинается с постепенного припухания слюнных желёз, прежде всего обеих околоушных, затем поднижнечелюстных, подъязычных слюнных и слёзных желёз. Заболевание развивается медленно, годами, припухлость достигает иногда значительного размера. Функция желёз в начальной и клинически выраженной стадиях не нарушается. Общее состояние больных не страдает.

При внешнем осмотре больного видна припухлость в области пораженных слюнных желёз, цвет кожи над припухлостью не изменён. При пальпации увеличенные железы в начале заболевания мягкие,

затем уплотняются и в поздней стадии становятся плотными, бугристыми. Наблюдается сужение глазной щели в наружной трети за счёт увеличения слёзных желез.

На сиалограмме при болезни Микулича отмечается резкое сужение выводного протока околоушной слюнной железы. В начальной стадии заболевания нет заполнения мельчайших протоков, что, по-видимому, связано со сдавлением протоков в воротах долек (места разросшейся лимфоидной ткани). Эти явления постепенно нарастают, размеры железы увеличиваются.

Прогноз при ограниченной форме лимфоматоза или гранулематоза благоприятный.

Лечение заключается в применении лучевой терапии, которая при ограниченных формах лимфоматоза и гранулематоза даёт достаточно хорошие результаты.

Синдром Гужеро-Шегрена



При этом синдроме наблюдается сухость глаз (ксерофтальмия), полости рта (ксеростомия), носа, носоглотки, нарушение секреторной

функции желёз желудочно-кишечного тракта (гипацидный гастрит), сухость слизистой оболочки половых органов и явления полиартрита.

Полагают, что заболевание связано с аутоиммунными процессами, неврологическими нарушениями, гормональными расстройствами и авитаминозом (витамины А и В2).

Клиника. Вначале больные жалуются на сухость в полости рта при разговоре, во время приёма сухой пищи, при волнении, а в поздней стадии - на постоянную сухость слизистой оболочки рта. Больных беспокоит резь, светобоязнь, ощущение песка в глазах. Больные плачут без слёз. В поздней стадии появляются припухлость слюнных желёз и гнойные выделения из протоков. При осмотре полости рта можно обнаружить множественный кариес, гиперемию и эрозии слизистой оболочки.

В ранней стадии при сиалографии обычно не находят изменений, при нарастании процесса отмечается повышенная проницаемость стенок протоков для йодолипола, при присоединении воспалительных явлений обнаруживаются изменения, характерные для паренхиматозного сиалоаденита.

Общее состояние больных нарушается, они испытывают общую слабость, быстро утомляются. Для подтверждения диагноза необходимо обследовать пищеварительную систему, суставы. Для синдрома характерны увеличение СОЭ, гипергаммаглобулинемия.

Лечение направлено на стимулирование секреторной функции слюнных желёз и проведение общеукрепляющей терапии.

Рекомендуется лечение препаратами витаминов А, В2.

Воспалительные заболевания слюнных желёз (сиалоадениты)

Классификация:

- 1) Острые воспаления слюнных желёз.

А. Сялоадениты вирусной этиологии: эпидемический паротит, гриппозный сялоаденит.

Б. Сялоадениты, вызванные общими или местными причинами (после операции в брюшной полости, инфекционные, лимфогенный паротит, распространение воспалительного процесса из полости рта и др.).

2) Хронические воспаления слюнных желёз.

А. Неспецифические: интерстициальный, аренхиматозный, сялодохит.

Б. Специфические: актиномикоз, туберкулёз, сифилис.

В. Слюннокаменная болезнь.

Острое воспаление слюнных желёз.

Этиологически различают первичное и вторичное воспаление слюнных желёз, однако, это деление условное, так как в основе патогенеза лежат общие функциональные нарушения. Обычно страдает функция слюноотделения, что связано с поражением того или иного отрезка нервной системы.

Различают несколько возможных путей инфицирования слюнных желёз: стоматогенный, гематогенный, лимфогенный и по протяжению. Стоматогенный путь распространения инфекции в слюнные железы считают наиболее вероятным. Из полости рта инфекция распространяется как в протоки, так и в паренхиму слюнных желёз при различных воспалительных процессах в полости рта или при попадании инородных тел в протоки желёз.

Сялоадениты обычно возникают при неврогенном нарушении функции слюноотделения или инородном теле в протоках желёз.

Гематогенный путь считают недостаточно доказанным, так как в протоках слюнных желёз всегда содержится микробная флора полости рта.

Проникновение инфекции в слюнные железы лимфогенным

путём доказано. Многочисленные лимфатические узлы слюнных желёз имеют связь с полостью рта и могут поражаться при одонтогенных воспалительных процессах.

Распространение инфекции в слюнные железы по протяжению возможно при околоушных воспалительных процессах.

Острые сialoadениты вирусной этиологии.

Эпидемический паротит (свинка)



инфекционное заболевание, иногда осложняющееся нагноением. Как правило, поражаются только околоушные слюнные железы и очень редко – поднижнечелюстные. Возбудитель эпидемического паротита – фильтрующий вирус. Эпидемическим паротитом болеют преимущественно дети, но иногда и взрослые.

Клиника.

Появляются тянущие боли в околоушной области, шум в ушах, боль при жевании. При осмотре припухлость в области околоушной железы располагается подковообразно вокруг нижней дольки ушной раковины, она оттопыривается. Кожные покровы вначале не изменены, затем

становятся напряженными, лоснятся. Припухание желёз сопровождается прекращением слюноотделения, изредка бывает обильная саливация. Можно отметить три болезненные точки при пальпации: впереди козелка уха, у верхушки сосцевидного отростка, над вырезкой нижней челюсти. Продолжительность лихорадочного периода 4-7 дней. Припухлость постепенно, в течение 2-4 недель, исчезает. В крови отмечается лейкопения, иногда лейкоцитоз; СОЭ увеличена.

Осложнения. Наиболее частым осложнением является орхит.

Иногда отмечается нагноение слюнной железы, образуется несколько гнойных очагов. В единичных случаях паротит заканчивается некрозом слюнной железы. Отмечены также случаи поражения периферических нервов (лицевого, ушного).

Профилактика. Профилактика заключается в изоляции больных на время болезни и на 14 дней после.

Лечение. Постельный режим. Уход за полостью рта, жидкая пища, согревающие компрессы на область железы. В затянувшихся случаях для профилактики осложнений показано применение антибиотиков, сульфаниламидных препаратов. При нагноении следует сделать разрез параллельно и ниже угла нижней челюсти.

Гриппозный сиалоаденит. У некоторых больных гриппом на фоне общего недомогания и лихорадочного состояния внезапно появляется припухлость в области слюнных желёз. Припухлость быстро увеличивается, появляется значительный коллатеральный отёк, пальпируется инфильтрат деревянистой плотности в области пораженных желёз. Возле устья протоков слюнных желёз на слизистой оболочке появляется воспаление. Слюноотделения из поражённых желёз нет. У некоторых больных пораженная железа быстро абсцедирует и расплавляется, при этом из протока выделяется гной.

В первые дни заболевания обнадёживающий эффект даёт применение интерферона (по 5 капель в каждую ноздрю через 2-3 часа).

Острые сialoadenиты, вызванные общими и местными причинами.

Из общих причин можно отметить инфекционные заболевания (тиф, дизентерия, скарлатина, острый полиартрит) и операции в брюшной полости, которые приводят к снижению функции слюнных желёз.

К местным причинам сialoadенита можно отнести инфицирование железы при внедрении в протоки инородных тел, распространении воспалительного процесса из соседних клетчаточных пространств, из области нагноившихся лимфатических узлов. Сialoadенит может возникать при различных формах стоматитов, особенно язвенных, а также механических повреждениях железы.

Клиника. Клинические симптомы острого сialoadенита, определяются локализацией воспалительного процесса в околоушной, поднижнечелюстной или п

Больные жалуются на понижение слуха в результате сдавления припухлостью наружного слухового прохода. Одним из основных симптомов острого паротита является резкое понижение, а иногда полное отсутствие слюноотделения из поражённой железы (сухость во рту). Припухлость возникает обычно за углом нижней челюсти и постепенно распространяется на область всей околоушной железы, нижняя долька ушной раковины (мочка) уха оттопыривается. С увеличением припухлости усиливаются стреляющие боли, при гнойном расплавлении железы появляется сведение челюстей за счёт инфильтрации жевательной мышцы, в редких случаях – затруднённое глотание и дыхание. Кожные покровы над желёзой в начале заболевания имеют нормальную окраску, а позднее гиперемизированы, неподвижны. При пальпации обнаруживается плотный болезненный инфильтрат соответственно околоушной слюнной железе. Из протока слюнной

железы можно получить вначале мутноватую слизистую жидкость, а в последующем гной. Слизистая оболочка в области выводного протока отёчна, гиперемирована.

Профилактика паротита после операций в брюшной полости, при стоматитах и инфекционных заболеваниях заключается в тщательном уходе за полостью рта, полоскании рта после приёма пищи 1% раствором бикарбоната натрия или слабым раствором перманганата калия.

Для повышения функциональной деятельности слюнных желёз показана соответствующая диета (сухари, кислая пища), усиливающая слюноотделение. Можно также назначить внутрь 1% раствор хлорида пилокарпина по 4-6 капель 3-4 раза в день.

При остром гнойном воспалении поднижнечелюстных и подъязычных слюнных желёз больные отмечают припухлость и боли в поднижнечелюстной или подъязычной областях, боли при глотании.

При образовании абсцесса по ходу протока поднижнечелюстной или подъязычной слюнной железы можно видеть выбухание и покраснение слизистой оболочки по ходу подъязычного валика, а во время пальпации ощущается флюктуация.

Лечение зависит от стадии процесса. В начальных стадиях сиалоаденита применяют сухое тепло, соллюкс, для увеличения слюноотделения – соответствующую диету, внутрь 4-6 капель 1% раствора хлористоводородного пилокарпина 2-3 раза в день (не более 10 дней). Внутрь назначают аскорбиновую кислоту по 0,5 г 2 раза в день, сульфаниламиды и десенсибилизирующие средства.

При появлении плотного безболезненного инфильтрата показано назначение антибиотиков, внутривенно можно вводить трасилол.

При нагноениях в области околоушной слюнной железы производят разрез под углом нижней челюсти, огибая его, длиной 4-6 см. При этом рассекают кожу, подкожную клетчатку, околоушно-

жевательную фасцию, затем раздвигают ткани слюнной железы тупым путём во избежание повреждения лицевого нерва. Рану дренируют до отхождения некротизировавшихся участков железы.

Хроническое воспаление слюнных желёз

Этиология хронического воспаления слюнных желёз в большинстве случаев неизвестна. Выделяют следующие группы сиалоаденитов: неспецифические (интерстициальный, паренхиматозный, сиалодохит), специфические: (актиномикоз, туберкулёз, сифилис) и калькулёзный (слюннокаменная болезнь).

Клинически все формы хронических сиалоаденитов имеют ряд общих признаков: начинаются незаметно для больного, характеризуются длительным течением, медленным нарастанием симптомов, периодическим обострениями.

Хронический интерстициальный сиалоаденит

Патологоанатомически отмечается разрастанием стромы, она инфильтрирована, в поздней стадии гиалинизирована, образуются тяжи плотной фиброзной ткани. В паренхиме наблюдаются дистрофические изменения.

Клиника. Безболезненно появляется припухлость в области чаще околоушной или поднижнечелюстной слюнной железы. Это обстоятельство и заставляет больного обратиться к врачу. Во время обострения больных беспокоят несильные боли, иррадиирующие в ухо. Иногда поражается одна околоушная железа.

В начальной стадии заболевания при осмотре больного отмечается припухлость в околоушно-жевательной области, кожа под ней нормальной окраски, подвижная. При пальпации ощущается мягкая консистенция увеличенной железы, она не спаяна с кожей. Из протока железы выделяется прозрачная слюна, иногда в несколько меньшем количестве, чем обычно. На сиалограмме в этой стадии не отмечается

никаких изменений или определяется небольшое сужение протоков I-II порядка.

Железа увеличивается ещё больше, она слегка уплотняется, появляется небольшая болезненность. Из протока пораженной железы выделяется слегка мутная слюна, что можно определить, собрав её в пробирку. После стихания обострения сиалоаденита железа остаётся увеличенной, слюна становится прозрачной, устье протока сужено, зондирование его затруднено.

При цитологическом исследовании установили повышение десквамации протокового эпителия. В мазке слюны имеются нейтрофилы, лимфоидные и гистиоидные элементы, единичные бокаловидные клетки.

Сиалография даёт возможность установить сужение всех протоков железы, они имеют чёткие и ровные контуры. Заполняя железу йодолиполом, ввести его можно в меньшем количестве, чем обычно (0,5-0,8 мл).

В поздней стадии заболевания у больных уменьшено количество слюны из протоков железы, процесс часто обостряется (1-2 раза в год). Пораженная железа в этой стадии ещё больше увеличивается и уплотняется.

На сиалограмме в поздней стадии заболевания, суженные протоки железы прерывисты, мелкие протоки не заполняются.

Хронический паренхиматозный сиалоаденит

При паренхиматозном сиалоадените поражаются околоушные слюнные железы. Патологоанатомическая картина заключается в поражении концевых отделов железы:

атрофические процессы, расширение междольковых, а иногда и более крупных протоков,

пролиферация протокового эпителия, лимфоидная инфильтрация стромы.

Клиника. Начало заболевания часто проходит незаметно для больного. Одним из первых признаков является выделение из протока пораженной железы прозрачной слюны с примесью хлопьев и комочков слизи.

Возникают сильные боли в области железы и припухлость, повышается температура тела, кожные покровы могут быть покрасневшими и спаянными с железой, припухлость быстро увеличивается. После стихания острых явлений заболевание становится незаметным. По утрам выделение слюны бывает обильнее.

В поздней стадии заболевания оно обостряется часто, через 2-3 месяца, и длится десятилетиями. Пораженная слюнная железы постепенно становится увеличенной, бугристой, уплотняется. Кожа над ней остаётся неизменной.

Из протока пораженной железы при массировании выделяются слизистые пробки, иногда с гнойными включениями.

Цитологическое исследование (О. В. Рыбалов) мазка секрета, проведенное в период ремиссии, показывает множество нейтрофилов в стадии дегенерации. Встречаются лимфобласты, лимфоциты и ретикулярные клетки, кубический и цилиндрический эпителий, небольшое количество бокаловидных клеток и клеток плоского эпителия.

На сиалограмме при хроническом паренхиматозном сиалоадените паренхима железы видна нечётко, нет изображения протоков IV-V порядка. В концевых отделах протоков располагаются полости разной величины, заполненные контрастной массой. Главный проток, как правило, в начальной стадии не изменён, в поздней - его контуры становятся неровными, но остаются чёткими.

Хронический сиалодохит

Для хронического сиалодохита характерно первичное поражение выводных протоков околоушной или поднижнечелюстной железы – главных и внутрижелезистых ветвей с неравномерным и значительным расширением.

Клиника. Больные жалуются на самопроизвольное выделение большого количества слюны солоноватого вкуса, особенно при еде. Иногда во время еды беспокоят распирающие боли в области железы. Это связано с ретенцией слюны в протоках железы вследствие закупорки суженных участков слизью. При осмотре больного изменений обычно не определяют. В полости рта можно видеть выделение слизистого секрета из устья протока пораженной железы.

При бимануальной пальпации в стадии ремиссии прощупывается тяж соответственно расположению протока околоушной или подчелюстной железы.

В период обострения появляются боли и припухлость железы.

На сиалограмме в ранней стадии заболевания видно неравномерное расширение протоков железы, они имеют чёткие контуры, паренхима железы остаётся неизменной. В поздней стадии заболевания контуры расширенных протоков становятся неровными, расширенные участки протока чередуются с участками сужения.

Лечение. Этиология хронических сиалоаденитов неизвестна, поэтому лечение может быть лишь патогенетическим и симптоматическим. При всех формах хронического сиалоаденита лечение направлено на восстановление функции железы, рассасывание воспалительных инфильтратов, нормализацию обменных процессов в железе и предупреждение обострений сиалоаденита.

Лечение больных в фазе обострения хронического сиалоаденита проводят по тем же правилам, что и лечение острых сиалоаденитов. Так при хронических сиалоаденитах происходит склерозирование

междольковой соединительной ткани, целесообразно применение рассасывающих средств. С этой целью назначают раствор йодида калия по 1 столовой ложке 3 раза в день, начиная с 2% концентрации и постепенно повышая её до 10%.

При некоторых формах сиалоаденита, слюноотделение понижено, поэтому следует проводить лечение, направленное на улучшение секреции слюнных желёз.

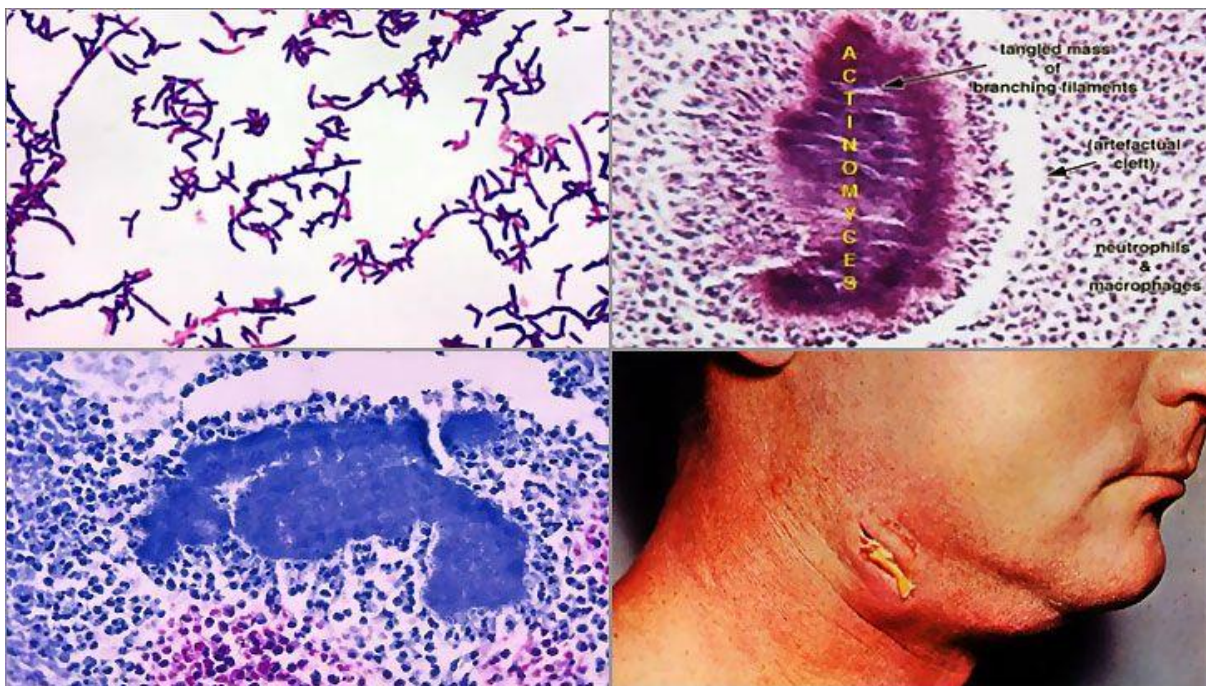
Хирургическое лечение – удаление поражённой слюнной железы – проводится по строгим показаниям.

Удаление слюнных желёз при хроническом сиалоадените показано лишь у больных, страдающих частыми обострениями процесса, при неэффективности консервативной терапии. Поражённую околоушную железу удаляют с сохранением лицевого нерва.

Хронический специфический сиалоаденит (актиномикоз, туберкулез, сифилис)

Хронический сиалоаденит, возникший в результате проникновения в протоки или паренхиму железы возбудителей актиномикоза, туберкулёза, сифилиса, носит название специфического.

Актиномикоз слюнных желёз.



Наиболее часто поражаются поднижнечелюстные, реже – околоушные слюнные железы.

Клиника. Больные жалуются на припухлость и уплотнение отдельных участков слюнной железы. При актиномикозе околоушной слюнной железы беспокоит затруднённое открывание рта. При осмотре припухлость спаяна с синюшными кожными покровами, имеющими характерную втянутость. Процесс протекает медленно. При образовании на коже или слизистой оболочке полости рта свищей, можно обнаружить в отделяемом, актиномицеты или их друзы.

На сиалограмме железы обнаруживается сужение протоков железы в области поражения, в местах абсцедирования появляются полости неправильной формы.

Туберкулез слюнных желёз. Туберкулёзное поражение бывает редко. Инфекция распространяется в слюнные железы лимфогенным или гематогенным путём.

Клиника. Поражается околоушная или поднижнечелюстная слюнная железа. Процесс развивается медленно, иногда годами. Появляется безболезненная припухлость участка или всей слюнной

железы. При пальпации в железе ощущаются отдельные уплотненные участки. Туберкулёзное поражение слюнных желёз необходимо дифференцировать со злокачественными новообразованиями (характерны постоянное нарастание процесса, отсутствие ремиссий).

Лечение специфическое (после консультации с фтизиатром).

Сифилис слюнных желёз. Наблюдается крайне редко, во вторичном периоде сифилиса. Поражается преимущественно околоушная слюнная железа.

Клиника. Появляется безболезненная плотная припухлость одного или нескольких участков слюнной железы с последующим быстрым их размягчением (флюктуация). Иногда бывает изъязвление и образуется свищ.

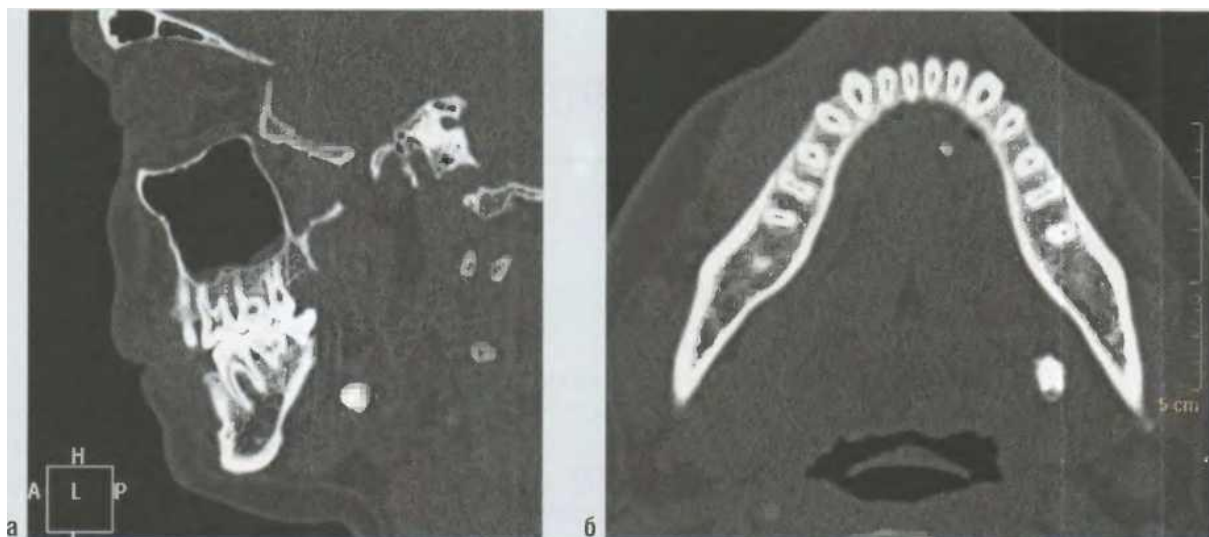
При сифилитическом сиалоадените слюнная железа медленно увеличивается, уплотняется, спаивается с окружающими тканями, ограничивается её подвижность.

Диагноз уточняют на основании анамнеза (заболевание сифилисом), исследования крови (реакция Вассермана), гистологического исследования.

Лечение. Специфическое.

Хронический калькулёзный сиалоаденит (слюннокаменная болезнь)





Для слюннокаменной болезни характерно хроническое воспаление слюнной железы с образованием слюнных камней в её протоках. Наиболее часто слюнные камни образуются в протоках поднижнечелюстных желёз, но встречаются и в околоушной, а иногда и в подъязычной и в малых слюнных железах. Чаще слюннокаменной болезнью страдают мужчины среднего возраста. Камни могут образовываться в главном выводном протоке или в протоках I, II, III порядка, их условно называют «камень железы». Число и величина камней бывают различными, от просяного зерна до куриного яйца. Цвет камней обычно серовато-белый или желтоватый. На изломе камня видна слоистость, ядром камня часто служат инородные тела или колонии грибов.

Образование камней в протоках или слюнных железах, по-видимому, зависит и от нарушения минерального обмена в организме, так как часто при этом наблюдается отложение камней в желчных и мочевых путях.

Клиника. Слюннокаменная болезнь проявляется различными симптомами в зависимости от стадии процесса .

Начальная стадия (без клинических проявлений воспаления) протекает обычно незаметно для больного. В этой стадии больной иногда сообщает о коликообразных болях и припухлости в области

слюнной железы при приёме пищи, которые быстро, через 20-30 мин, проходят. При бимануальной пальпации в некоторых случаях удаётся прощупать несколько увеличенную слюнную железу, при расположении камня в главном протоке пальпируется его утолщение.

При нарастании в железе признаков хронического воспаления учащаются его обострения, при этом возникают признаки острого сиалоаденита. В области слюнной железы и по ходу её протоков появляются боли и припухлость, которые быстро нарастают.

В клетчатке, окружающей проток или железу, появляется инфильтрация тканей, развивается гнойный процесс – абсцесс или флегмона.

Больные жалуются на острую боль в области той или иной слюнной железы, припухлость, повышение температуры тела до 37,5 – 37,8 ° С, на общее недомогание.

Боли усиливаются при приёме пищи.

При осмотре больного, кроме воспалительных явлений в мягких тканях, обращает на себя внимание локализация процесса в области протоков или железы, покраснение и зияние устья протока, отсутствие выделений из него или выделение гноя.

При слюннокаменной болезни в поздней стадии, при клинических признаках хронического воспаления, больные жалуются на постоянную припухлость в области железы, колющие боли, особенно при приёме кислой пищи. При опросе больных выясняется большая длительность заболевания (от 3 до 30 лет). Больные отмечают частые кратковременные обострения процесса.

Объективно при осмотре больного можно видеть припухлость в области железы (поднижнечелюстной, околоушной). Ощупыванием определяют уплотнённую, иногда бугристую, безболезненную слюнную железу и увеличение лимфатических узлов. Бимануальная пальпация (двумя руками – из полости рта и снаружи) даёт возможность

определить плотное образование по ходу протока или в среднем отделе уплотненной и увеличенной поднижнечелюстной слюнной железы (камень). Выделение слюны резко уменьшено по сравнению с симметричной железой на 1 – 1,3 мл.

Диагноз слюннокаменной болезни подтверждается рентгенологическим исследованием. Камень можно обнаружить на рентгенограмме дна полости рта или на боковой проекции тела нижней челюсти. Для определения состояния протоков железы и выявления нерентгеноконтрастных камней целесообразно произвести сиалографию.

Лечение слюннокаменной болезни зависит от стадии процесса. В начальной и в поздней стадии показано удаление камня, при необратимых изменениях в протоках и железе – удаление железы.

Свищи слюнных желёз

Свищи околоушной слюнной железы и её протока возникают в результате ранения, реже как исход воспалительного процесса железы (слюнные камни, инородные тела, нагноения), иногда как результат гнойных и других процессов в области щеки и околоушно-жевательной области (флегмона, нома, сифилис, рак и др.).



Свищи поднижнечелюстной слюнной железы наблюдаются весьма редко. Они возникают вследствие эпителизации раневого канала за счёт клеток слюнных протоков и кожного эпителия. Наиболее стойкие свищи возникают при ранении главного выводного протока.

Свищи околоушной слюнной железы принято делить на свищи главного протока и внутрижелезистых протоков.

Клиника. Больные жалуются на постоянное истечение слюны из свищевого хода на поверхность кожи лица, усиливающееся при приёме пищи. На кожных покровах лица, непрерывно увлажняемых слюной, часто наблюдается раздражение.

При обследовании больного удаётся обнаружить свищевой ход соответственно месту поражения. Из точечного входа на дне воронкообразного углубления по каплям выделяется светлая жидкость.

Для определения проходимости протока его зондируют тонким гибким зондом.

Лечение. Выбор того или иного способа лечения при свищах главного протока и околоушной слюнной железы зависит от ряда их особенностей.

Способы лечения свищей слюнной железы можно разделить на три группы:

- 1) хирургические способы лечения слюнных свищей;
- 2) способы, основанные на уменьшении слюноотделения, впрыскивании через свищ прижигающих медикаментов или прижигании свищевого хода, вызывающих слипчивый процесс (вспомогательные способы);
- 3) способы погашения функции околоушной слюнной железы путём её денервации или облучения рентгеновыми лучами.

Литература

- 1) Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области
- 2) Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство. Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И. 2010
- 3) Слюнные железы - Болезни и травмы - Афанасьев В.В. 2012
- 4) Болезни слюнных желез Клементов А.В. 1975