

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

Реферат

На тему: «Сиалодениты»

Выполнил:

ординатор 1 года обучения

Дудин Дмитрий Иванович

Проверил:

К.м.н., доц. Чучунов А.А

Красноярск, 2018

Содержание:

1. ВВЕДЕНИЕ
2. ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ САЛАДЕНИТ
3. ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ САЛАДЕНИТ
4. ХРОНИЧЕСКИЙ САЛОДОХИТ (ПРОТОВОКИЙ САЛАДЕНИТ)
5. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ САЛАДЕНИТОМ

Введение

ХРОНИЧЕСКИЙ СИАЛАДЕНИТ

Хронический сиаладенит — это воспалительное заболевание слюнных желез с недостаточно изученными этиологией и патогенезом. Установлено, что у больных хроническим сиаладенитом генетически обусловленный гомеостазис определяется ослаблением защитных сил организма. Снижение иммунитета создает предпосылки для возникновения заболеваний определенных систем, в том числе и слюнных желез. Немаловажную роль при этом отводят врожденным изменениям ацинарной и протоковой ткани слюнной железы, приводящих к развитию той или иной формы хронического сиаладенита.

В настоящее время выделяют три формы сиаладенита по преимущественному поражению различных анатомических отделов слюнной железы:

- интерстицию — интерстициальный сиаладенит;
- паренхимы — паренхиматозный сиаладенит;
- системы выводных протоков — сиалодохит (протоковый сиаладенит).

В зависимости от степени выраженности патологических симптомов различают начальную, клинически выраженную и позднюю стадии заболевания. На основании показателей клинического течения и лабораторных данных выделяют активное и неактивное течение хронического сиаладенита.

Хронический сиаладенит возникает в околоушных железах, реже в поднижнечелюстных, подъязычных и малых слюнных железах слизистой оболочки полости рта.

Частота поражения различных слюнных желез зависит от формы сиаладенита: интерстициальной, паренхиматозной, протоковой.

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ СИАЛАДЕНИТ

Синонимы: хронический продуктивный сиаладенит, хронический склерозирующий паротит, воспалительная опухоль Кюттнера, припухание околоушных желез, хронический атрофический сиаладенит, фибропродуктивный сиаладенит, симптоматическая сиалопатия, эндокринная гипертрофия слюнных желез, гормональный сиалоз, вторично-инфицированный сиалоз.

Этиология и патогенез

Этиология интерстициального сиаладенита изучена мало. Предполагают, что сиаладенит возникает на фоне общих заболеваний организма, при нарушении обменных процессов. Из перенесенных и сопутствующих заболеваний отмечают сахарный диабет, гипертоническую болезнь, хронический простатит, заболевания пищеварительной системы и др.

Патологическая анатомия

При патологоанатомическом исследовании слюнных желез обнаруживают рыхлую соединительную ткань в междольковых прослойках с отеком и ангиоматозом. Кровеносные сосуды расширены и переполнены кровью. В других отделах железы ее дольки разделены прослойками плотной фиброзной ткани с плотными лимфогистиоцитарными инфильтратами. Паренхима железы частично замещается скоплениями лимфоидных элементов. Отдельные протоки резко сужены, вокруг них плотная фиброзная ткань в виде муфт. В просвете протоков обнаруживают бесструктурные эозинофильные массы. В некоторых дольках наряду с плотными скоплениями и обширными полями лимфоидных элементов довольно интенсивно развита фиброзная, а также жировая ткань — липоматозная атрофия.

Клиническая картина

Интерстициальным паротитом чаще страдают женщины, особенно в пожилом возрасте. Характерный признак этого заболевания — равномерное припухание слюнных желез. Увеличенные железы имеют гладкую, ровную поверхность, с подлежащими тканями не спаяны, тестовидной консистенции. Кожа, покрывающая слюнные железы, не изменена, открывание рта свободно, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, хорошо увлажнена. По степени выраженности изменений слюнных желез при интерстициальном сиаладените различают начальную, клинически выраженную и позднюю стадии процесса. В начальной стадии больные отмечают неприятные ощущения в области одной или обеих околоушных желез, иногда боль в затылке, периодически появляются припухлость околоушных желез и чувство дискомфорта в ушах. Как правило, заболевание обнаруживают случайно, по мягкой безболезненной припухлости в пределах анатомических границ железы. Секреторная деятельность слюнных желез не изменяется. Цитологическое исследование секрета позволяет обнаружить бедность мазков клеточными элементами, единичные нейтрофилы и клетки цилиндрического эпителия, бокаловидные клетки и голые ядра. На сиалограммах отмечают неравномерность изображения паренхимы железы и сужение протоков III–V порядка (рис. 13-4). Клинически выраженная стадия характеризуется постоянной безболезненной припухлостью в области пораженных желез. При сиалометрии секреция слюнных желез не изменяется или снижается до нижних границ нормы. В период обострения

сиаладенита секрция уменьшается. Цитологическое исследование секрета позволяет установить увеличение клеточных элементов в мазках. На сиалограммах размеры железы увеличены, плотность паренхимы железы уменьшена, резко сужены протоки III–IV порядка, контуры протоков остаются ровными и четкими.

В поздней стадии больные жалуются на слабость, снижение работоспособности, иногда отмечают снижение слуха. Временами возникает сухость в полости рта. У всех больных наблюдают постоянное безболезненное или малоболезненное припухание в области пораженных желез. Слюнные железы увеличены значительно, при этом отмечают очаговое уплотнение. Свободной слюны немного, из выводных протоков слюнных желез при массировании слюна выделяется в уменьшенном количестве. При сиалометрии диагностируют снижение функции слюнных желез. При цитологическом исследовании мазков секрета можно обнаружить нейтрофилы в состоянии дегенерации, гистиоидные элементы, голые ядра, пласты клеток плоского и цилиндрического эпителия на фоне участков белкового субстрата. На сиалограммах паренхима железы не определяется, все протоки железы и околоушный проток сужены, в отдельных участках прерывисты, имеют неровные контуры.

Интерстициальный сиаладенит характеризуется обострениями, возникающими при охлаждении в осенне-весенний период или обострении сопутствующего заболевания. Обострение начинается с недомогания, припухания желез. У отдельных больных оно возникает часто (несколько раз в год) и сопровождается болью в железе, ее значительным уплотнением, субфебрильным повышением температуры тела.

Диагноз

Диагноз устанавливают на основании характерной клинической картины, данных сиалографии (нарастание сужения выводных протоков), цитологической картины секрета (бедность клеточными элементами). Интерстициальный сиаладенит дифференцируют от хронического паренхиматозного паротита, сиалодохита, опухоли и эпидемического паротита на основании характерных эпидемиологических, клинических, цитологических и сиалографических признаков этих заболеваний.

Прогноз

Прогноз при интерстициальном сиаладените благоприятный. Больных необходимо наблюдать в течение многих лет, в том числе совместно с общими специалистами, эндокринологами.

ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ СИАЛАДЕНИТ

Синонимы: хронический рецидивирующий паротит, хронический возвратный паротит, хронический сиалэктатический паротит, интермиттирующий возвратный гнойный паротит, кистозный паротит, кистозная дисплазия, вторичный инфицированный сиалоз, дуктулярный паротит, возвратный бактериальный паротит, паротит Пейена.

Этиология и патогенез

Этиология и патогенез изучены недостаточно. Микрофлора, находящаяся в протоках околоушных желез, в этиологии паротита играет второстепенную роль, но определяет активность течения процесса. Многие авторы предполагают, что паренхиматозный паротит развивается вследствие врожденных изменений концевых отделов железы и дисплазии ее ткани с образованием полостей, которые способствуют ретенции слюны, нарушению ее оттока, приводя к проникновению инфекции полости рта через околоушный проток и развитию сиаладенита. Некоторые авторы считают, что паренхиматозный паротит возникает как осложнение после перенесенного эпидемического паротита.

Процесс бывает одно- или (чаще) двусторонним (70% больных). При последнем заболевание может протекать в виде клинически скрытой формы (сиалоаденоза), при которой паротит диагностируют только с помощью дополнительных методов исследования (цитологического исследования секрета, сиалографии и др.).

Патологическая анатомия

Патоморфологические изменения слюнных желез характеризуются отеком и выраженным ангиоматозом в междольковых прослойках, наличием отдельных расширенных выводных протоков. Местами вокруг них формируются довольно плотные лимфогистиоцитарные инфильтраты, преимущественно диффузные, отмечают развитие фиброзной ткани в виде узких прослоек. Междольковые и внутридольковые выводные протоки выстланы двухрядным кубическим эпителием. В просвете отдельных протоков видны розоватые бесструктурные массы. Эпителиальные клетки ацинусов имеют преимущественно цилиндрическую форму, цитоплазма их вакуолизирована вследствие накопления белкового секрета. Ядра округлые, гиперхромные, расположены в базальной части клеток.

Клиническая картина



В

начальной стадии заболевание характеризуется бессимптомным течением. Обычно паренхиматозный паротит обнаруживают случайно при обследовании больного или первичном обострении процесса. Изменений в области околоушных желез в период ремиссии не наблюдают. Из протоков околоушных желез выделяется обычное количество прозрачного секрета. При сиалометрии нарушения саливации не отмечают. При цитологическом исследовании секрета определяют участки слизи, немногочисленные, частично дегенерированные нейтрофилы, лимфоциты, иногда небольшое количество ретикулярных клеток, гистиоцитов и макрофагов.

Эпителиальные клетки встречаются в небольшом количестве и представлены клетками плоского и цилиндрического эпителия, умеренным количеством воспалительно измененных клеток. Встречаются немногочисленные бокаловидные клетки. На сиалограмме в области железы определяют единичные мелкие полости диаметром 1–2 мм, паренхима железы выявляется нечетко, протоки в отдельных участках прерывисты, контуры их четкие, ровные, околоушный проток не изменен.

В клинически выраженной стадии больных беспокоят солоноватое выделение из протоков, чувство тяжести в области железы. Иногда железы увеличены, при этом припухлость имеет упруго-эластическую консистенцию. В отдельных участках прощупывают безболезненное уплотнение. Из протоков выделяется секрет с примесью слизистых комочков, иногда гнойных включений, или же секрет бывает прозрачный, умеренно вязкий. При сиалометрии выявляют немного сниженную функцию железы. Цитологическое исследование секрета в период ремиссии процесса

позволяет обнаружить участки слизи, умеренное количество нейтрофилов, клетки кубического эпителия, бокаловидные клетки, эпителиальные клетки с измененной морфологической картиной. В случае обострения паротита отмечают значительное увеличение количества элементов воспалительного экссудата. На сиалограммах в области паренхимы определяют большое количество полостей диаметром 2–3 мм. Паренхима и протоки III–V порядка не определяются или прерывисты. Протоки I порядка прерывисты, околоушный проток не изменен, а иногда отмечают суженные и расширенные участки с четкими контурами

В поздней стадии заболевания пациентов постоянно беспокоят припухлость в области пораженной железы, чувство тяжести или небольшая болезненность в околоушных областях, выделение неприятной гнойной слюны, иногда чувство сухости в полости рта. Припухлость бывает бугристой, безболезненной и может располагаться в пределах анатомических границ околоушной железы. Кожа, покрывающая припухлость, иногда истончена и может иметь рубцы от ранее произведенных разрезов по поводу абсцедирования при обострении паротита. У некоторых больных, несмотря на позднюю стадию процесса, железа в период ремиссии остается неизменной. При сиалометрии выявляют снижение функции железы. При цитологическом исследовании в мазках секрета определяют много слизи, в преобладающем количестве нейтрофилы, которые находятся в большей степени дегенерации, чем в предшествующих стадиях. Обнаруживают скопление лимфоидных элементов и бокаловидных клеток. На сиалограммах полости в железе могут достигать значительных (до 5–10 мм в диаметре) размеров, паренхима железы и ее протоки не определяются или видны фрагменты деформированных протоков в отдельных участках. Околоушный проток может равномерно расширяться или иметь суженные и расширенные участки с деформированными контурами.

Обострение хронического паренхиматозного паротита протекает бурно во всех стадиях процесса, но степень клинического проявления его симптомов и частота обострения определяются снижением неспецифической резистентности организма: чем ниже ее показатели, тем активнее клиническое течение обострения. В период обострения при неактивном течении процесса больных беспокоят боль и припухлость в области околоушных желез, повышение температуры тела. При осмотре обнаруживают разлитую припухлость, выходящую за пределы границ железы, при пальпации плотную и болезненную. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, в области устья протока воспаленной железы гиперемизирована. При легком массаже железы из протока можно получить мутную слюну с примесью фибрина или гноя. При лечении воспаление быстро проходит. У больных с активным течением заболевания температура тела достигает 38–39 °C, увеличена СОЭ, определяют лейкоцитоз. При нарастании явлений возможно абсцедирование в

железе, затрудняется открывание рта, появляются участки покраснения кожи над железой и флюктуация. Часто обострение определяется не только степенью снижения неспецифической резистентности, но и стадией процесса.

ДИАГНОЗ

Диагноз хронического паренхиматозного паротита подтверждается данными цитологического исследования секрета и сиалографии. Применение других методов позволяет установить стадию и активность процесса. Паренхиматозный паротит следует дифференцировать от интерстициального, сиалодохита, эпидемического паротита и опухоли.

ПРОГНОЗ

Прогноз благоприятный. У половины больных заболевание имеет тенденцию к положительной динамике, наступает клиническое выздоровление. Однако врожденные изменения в железе способствуют скрытому латентному течению воспалительного процесса, поэтому, несмотря на благоприятное клиническое течение, необходимо диспансерное наблюдение за больными. У большинства пациентов заболевание длительное, имеет волнообразное течение с периодами ремиссии и обострения. У отдельных больных процесс прогрессирует, и могут развиваться признаки синдрома или болезни Шегрена.

ХРОНИЧЕСКИЙ СИАЛОДОХИТ (ПРОТОВОКОВЫЙ СИАЛАДЕНИТ)

Синонимы: фибринозный сиаладенит, фибринозный сиалодохит, хронический неэпидемический паротит, хронический сиалодохит Куссмауля, идиопатическая дилатация протоков, мегастенон.

Этиология и патогенез

В этиологии хронического сиалодохита большую роль играет врожденная эктазия протоков слюнной железы, которую рассматривают как врожденный протоковый сиалоз. Ряд авторов причину расширения выводных протоков, в том числе околоушного или поднижнечелюстного, усматривают в сдавливании его в области устья или на протяжении различными патологическими процессами: опухолью, лимфатическим узлом. Стриктура протока может возникнуть после травмы или язвенного стоматита. Другие авторы считают расширение протока проявлением возрастных изменений.

Чаще слюнные железы поражаются с двух сторон (75%), однако клинические проявления бывают, как правило, односторонними.

Патологическая анатомия

Патоморфологическое исследование при хроническом сиалодохите позволяет обнаружить между протоками и дольками железы диффузные лимфогистиоцитарные и лимфогранулоцитарные инфильтраты с примесью полинуклеаров. Выводные протоки железы расширены, местами сужены, выстланы многорядным кубическим эпителием, в их просвете находятся слущенные эпителиальные клетки и скопления полинуклеаров. В области стенки околоушного протока эпителиальный пласт, выстилающий проток, имеет на разных участках неодинаковую толщину за счет слущивания дегенеративно измененных эпителиальных клеток. Проток выстлан частью многорядным цилиндрическим, частью многослойным плоским эпителием. Изредка встречаются бокаловидные клетки, обнаруживают бухтообразные выпячивания эпителия.

Клиническая картина

Хроническим сиалодохитом страдают чаще лица пожилого возраста (77,4%), у женщин он встречается реже (56,8%). В начальной стадии больные жалуются на периодически возникающее припухание в околоушно-жевательной области при приеме острой пищи, связанное с ретенцией слюны в расширенных мелких протоках железы, сопровождающееся ощущением распирания или нерезкой болью. Иногда отмечают выделение большого количества слюны в полость рта, что характерно для расширения околоушного протока. Процесс может протекать бессимптомно и обнаруживается только после первого обострения. При осмотре не отмечают изменений в области околоушных желез. Из протоков выделяется прозрачный секрет, иногда в нем обнаруживают комочки слизи. Функция слюнных желез, как правило, не нарушается. При цитологическом исследовании секрета встречаются единичные нейтрофилы и клетки эпителиальной выстилки протоков. На сиалограммах определяют либо неравномерное расширение главного выводного протока и ветвей II–I порядка либо расширение ветвей II–III и IV порядка (при этом главный выводной проток в ряде случаев остается неизмененным), либо таковое всех протоков железы и главного выводного протока. Характерно чередование расширенных и неизмененных участков протоков железы. Они имеют четкие контуры, что обнаруживают и на повторных сиалограммах. Паренхима определяется хорошо, четко выявляются дольки. В клинически выраженной стадии больные жалуются на постоянное самопроизвольное выделение из протоков в полость рта солоноватого секрета с примесью комочков слизи. Во время еды появляются припухлость и покалывание в области слюнной железы, проходящие после приема пищи. Иногда отмечают распирающую боль, что бывает при сиалодохите мелких протоков. При осмотре обнаруживают по ходу околоушного протока или в области какого-либо участка железы безболезненное мягкое припухание в виде валика. При надавливании на него в полость рта выделяется солоноватый застойный секрет железы, при этом

припухлость исчезает. Слизистая оболочка рта влажная, цвет ее не изменяется. Устья протоков зияют, из них обильно выделяется слизистый секрет с фибринозными включениями нитевидной формы (слепками протоков). При сиалометрии количество слюны остается в пределах нормы. При цитологическом исследовании слюны обнаруживают клетки цилиндрического эпителия, среди которых попадаются более крупные, иногда двоядерные экземпляры, а также немногочисленные пласты эпителиальных клеток с явлениями воспалительной метаплазии. Постоянно в небольшом количестве встречаются бокаловидные клетки. На сиалограммах устанавливают значительное расширение протоков, контуры их становятся неровными, но остаются четкими, появляются суженные участки (рис. 13-6). В поздней стадии хронического сиалодохита больные жалуются на частое обострение процесса, гнойное или слизисто-гнойное выделение из протоков. Припухлость в области железы (которая бывает незначительная) умеренно и неравномерно уплотнена, иногда ее не отмечают. Из околоушных протоков обильно выделяется вязкий слизистый секрет с гнойными и фибринозными включениями. В этой стадии происходит небольшое снижение секреции слюны. При цитологическом исследовании отмечают сгущение секрета, в нем находится большое количество гнойных тяжей. Наряду с нейтрофилами в препаратах встречаются скопления эозинофилов. Ретикулоэндотелиальных клеток немного, их производные (гистиоциты, макрофаги) отсутствуют. Характерно наличие крупных и двоядерных цилиндрических клеток, а также пластов воспалительно-метаплазированного эпителия. Имеются эпителиальные комплексы, напоминающие морфологически концевые отделы слюнной железы. На сиалограмме можно обнаружить, кроме расширенных участков протоков, значительные их сужения. Околоушный проток приобретает четкообразную форму, иногда ход протоков трудно проследить.

Обострение хронического сиалодохита протекает бурно, сопровождается сильной болью, повышением температуры тела, иногда происходит до 6 раз в год и протекает наиболее тяжело у больных с активным течением процесса. В этом случае клиническая картина сходна с обострением воспалительного процесса при паренхиматозном сиаладените. Иногда наступает обтурация протока слизистыми и фибринозными пробками, отделяемого из протока нет. При этом может наступить абсцедирование в железе, появляются участки флюктуации.

Хронический сиалодохит следует дифференцировать от паренхиматозного, интерстициального и эпидемического паротитов, слюннокаменной болезни, кисты слюнной железы и опухоли на основании клинической картины, цитологического

исследования секрета, рентгено- и сиалографии, диагностической пункции, пункционной и эксцизионной биопсии.

ПРОГНОЗ

Прогноз благоприятный. В результате лечения у 50% пациентов наступает длительная ремиссия. При наличии врожденных изменений протоков, несмотря на длительную стабилизацию патологического процесса, возможно его обострение, в случае чего необходима диспансеризация больного. У отдельных пациентов отмечают образование слюнного камня в одном из протоков железы.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ СИАЛАДЕНИТОМ

Лечение больных хроническим сиаладенитом, независимо от формы (интерстициальной, паренхиматозной, протоковой) в период обострения процесса, не представляет больших трудностей. Комплекс лечебных процедур, используемый при лечении больных с острым сиаладенитом, купирует процесс.

Комплексное лечение больных в период ремиссии процесса включает:

- коррекцию нарушенного иммунитета (повышение неспецифической резистентности организма), особенно весной и осенью;
- снижение токсического воздействия на организм системных заболеваний, характерных для каждой формы хронического сиаладенита. С этой целью необходимо больных сиаладенитом направлять к профильным специалистам для лечения сопутствующих заболеваний. Особое внимание следует обращать на заболевания пищеварительной системы и эндокринных органов;
- воздействие на патологический процесс в слюнной железе, направленное на улучшение трофики ее тканей, повышение функции, предупреждение обострения заболевания (комплекс лечебных мероприятий проводят по разработанной схеме в зависимости от периода воспалительного процесса: обострения или ремиссии).

Лечение начинают с санации всех хронических очагов полости рта, носоглотки. Рекомендуют соблюдение больным рационального режима дня, сочетания труда и отдыха, занятия ЛФК, отказ от вредных привычек (табакокурение, наркотики, злоупотребление алкоголем).

В комплексное медикаментозное лечение целесообразно включить назначение натрия нуклеината по 0,2 г 3 раза в сутки в течение 14 дней (этот курс нужно повторять 1–3 раза в год). Хорошие результаты получены при использовании поливитаминов и микроэлементов курсовыми дозами. А.А. Байфа (1988) для стимуляции иммунитета у больных хроническим сиаладенитом предложила фито-сбор, включающий 25 капель

70% календулы настойки, по 1 столовой ложке сока подорожника и сиропа плодов шиповника, 1 чайную ложку жидкого экстракта чабреца. Этот состав рекомендуют применять за 20 мин до еды 3 раза в сутки в течение 1–2 мес. Положительный лечебный эффект отмечен при приеме витамина Е (альфа-токоферола ацетат) в качестве антиоксиданта и мембраностабилизирующего препарата.

Рекомендуют курс внутривидеальной ультрафиолетовой терапии, при которой УФ-лучи с помощью волоконного световода подводят к слюнной железе через ее выводной проток. Облучение осуществляют в течение 1–4 мин. На курс лечения необходимо 4–6 процедур с интервалами 2–3 дня.

При системных заболеваниях проводят лечение больных совместно со специалистами соответствующего профиля.

Лечение направлено на улучшение трофики тканей слюнной железы, повышение ее функции, предупреждение обострения заболевания, приостановление нарастания склерозирования стромы и дегенеративных изменений в паренхиме. С этой целью назначают 2–10% раствор калия йодида по 1 столовой ложке 3 раза в сутки в течение 2–2,5 мес с учетом чувствительности организма к йоду.

Проводят наружные новокаиновые блокады в области слюнной железы по А.А. Вишневскому с раствором этилметилгидроксипиридина сукцината (мексидола) через 2–3 дня, всего на курс до 10 блокад. Назначают внутримышечные инъекции пирогенал через каждые 2–3 дня (25 инъекций на курс); 0,5–1,0% водный раствор галантамина по 1 мл подкожно (30 инъекций на курс). Иногда целесообразно лечение аутовакциной в виде подкожного введения по 0,1–0,3 мл через 2 дня на 3-й (всего на курс 20 инъекций).

В поздней стадии паренхиматозного паротита и сиалодохита лечение следует начинать с введения в проток антибиотиков. После массажа железы и освобождения всех протоков от их содержимого следует специальной канюлей или инъекционной иглой вводить 2 мл раствора антибиотиков (50 000 ЕД бензилпенициллина и 100 000 ЕД стрептомицина в 2 мл 0,5% раствора новокаина) и, массируя железу, снова освободить протоки от содержимого. Введение раствора антибиотиков в протоки повторяют несколько раз, до тех пор пока не будут отмыты все слизисто-гнойные массы. Затем вводят более концентрированный раствор антибиотиков (100 000 ЕД бензилпенициллина и 250 000 ЕД стрептомицина в 1 мл 0,5% раствора новокаина) и оставляют его в железе. Такое лечение повторяют ежедневно до полного прекращения гнойных выделений из протоков.

У больных с суженными участками протоков применяют протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин). В комплекс лечения включают инъекции

рибонуклеазы (7–10 мг внутримышечно) и электрофорез дезоксирибонуклеазы (7–10 сеансов по 20 мин).

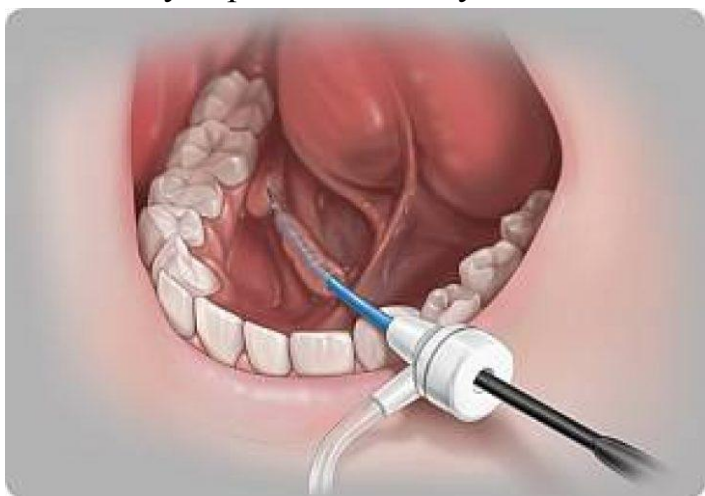
Хороший эффект оказывает применение компрессов с 30% раствором диметилсульфоксида и 5000 ЕД гепарина натрия (гепарина) на область слюнной железы 2 раза в сутки в течение 8–10 дней. П.И. Ивасенко (1995) для лечения сопутствующего кишечного дисбактериоза у больных хроническим сиаладенитом предлагает использовать кальция пантотенат (0,4–0,8 г/сут или в виде внутримышечных инъекций 20% раствора в дозе 2–4 мл/сут).

Эффективно также введение йодолипола или других масляных веществ (облепихи крушиновидной, шиповника плоды и др.) в протоки железы. Йодолипол следует вводить через 3–4 мес, при наступлении лечебного эффекта — 1–2 раза в год. Методика введения такая же, как и при сиалографии.

Из физиотерапевтических методов лечения наиболее часто используют гальванизацию или электрофорез области слюнных желез с различными лекарственными веществами [0,5% раствором новокаина, 0,5–1,0% раствором галантамина, 5% раствором аскорбиновой кислоты (витамина С) и др.], магнито-, лазеротерапию и т.д.

Хирургические методы лечения применяют редко и проводят при неэффективности консервативного лечения, частых обострениях воспалительного процесса (от 6 до 10 раз в год), сопровождающихся нагноением железы, при значительном нарушении функции слюнной железы, наличии стриктуры и атрезии околоушного или поднижнечелюстного протока.

В зависимости от патологического процесса применяют различные хирургические методы: бужирование околоушного или поднижнечелюстного протока, при его



неэффективности проводят операцию по созданию нового устья протока по методу В.В. Афанасьева и В.С. Стародубцева (1994), субтотальную или тотальную резекцию околоушной железы с сохранением ветвей лицевого нерва, перевязку околоушного протока.

Вследствие врожденных изменений в слюнных железах рассчитывать на полное выздоровление не приходится,

поэтому за выздоровление принимают условное состояние, при котором слюнные железы не беспокоят пациента более 3 лет. Если период ремиссии составляет от года

до 3 лет, то такое состояние оценивают как «улучшение», если ремиссия продолжается до года, то состояние больного оценивают как «без перемен».

Наиболее длительная ремиссия процесса у больных паренхиматозным паротитом возникает при включении в лечебный комплекс таких мероприятий, как йодистые препараты, компрессы с диметилсульфоксидом, натрия нуклеинат, инъекции галантамина и др. Внутривенная УФ-терапия менее эффективна, но ранее была методом выбора, особенно при сопутствующих заболеваниях, когда применение многих лекарственных веществ нежелательно (гипертонической болезни, ИБС, аллергии на лекарства). Возможно использование гипербарической оксигенации.

У больных сиалодохитом наиболее длительные сроки ремиссии заболевания отмечены при включении в комплекс лечения внутривенного ультрафиолетового облучения, натрия нуклеината, электрофореза области слюнных желез с ферментами, инъекций раствора галантамина.

Длительную ремиссию у больных интерстициальным паротитом наблюдают при включении в комплекс лечения натрия нуклеинат, интравенной УФ-терапии, инъекций раствора галантамина и новокаиновых блокад с этилметилгидроксипиридина сукцинатом.

Все пациенты с синдромом (болезнью) Шегрена должны проходить лечение под динамическим наблюдением врача-ревматолога и иммунолога, которые назначают комплекс лечебных мероприятий, включающий гормональное воздействие, цитостатики и др. Роль врача-стоматолога заключается в помощи больным при обострении сиаладенита и устранении местных стоматологических проявлений этого заболевания. Лечение больных сухим синдромом не дает стойких результатов. Наиболее длительный период ремиссии отмечен при назначении натрия нуклеината и внутривенного ультрафиолетового облучения, проведении курса новокаиновых блокад и компрессов с диметилсульфоксидом.

Таким образом, выбор комплекса лечения зависит от формы, стадии хронического сиаладенита и активности процесса.

Особенно важна при лечении больных сиаладенитами профилактическая направленность: диспансерное обслуживание и организация специализированных лечебно-диагностических центров.

При оказании специализированной помощи больным с воспалительными заболеваниями слюнных желез на первый план выступают взаимодействие и преемственность между врачами-стоматологами районного звена и врачами консультативно-диагностических центров по заболеваниям слюнных желез.

Место проведения лечебных мероприятий определяется тяжестью течения сиаладенита, комплексом лечебных методов, которые осуществляют как в условиях стационара, так и поликлиники в зависимости от объема хирургических и терапевтических мероприятий, а также социально-бытовых условий больного.

В целом «выздоровление» у больных хроническим сиаладенитом наступает в среднем у 36% пациентов, «улучшение» — у 53%, состояние «без перемен» — у 9% и «ухудшение» — у 2% больных. Это подтверждает значительные трудности, встречающиеся при лечении данной категории пациентов, обусловленные этиологическими и патогенетическими факторами. В связи с этим при лечении больных хроническим сиаладенитом необходимо считать особенно важной профилактическую направленность: диспансерное обслуживание и организацию специализированных лечебно-диагностических центров.

Список литературы:

1. Федяев И. М., Байриков И. М., Белова Л. П., Шувалова Т. В. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. — М., Н. Новгород: Медицинская книга, Изд-во НГМД, 2000. — 160 с. — 5 000 экз. — ISBN 5-86093-036-4
2. Афанасьев В.В. //Роль сопутствующих заболеваний в этиологии хронического сиаденита. Афанасьев В.В., Ромачева И.Ф./ Стоматология, 1, М., 2000, С. 46.
3. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. — Киев, 2002.- С. 384-523.
4. Лукьяненко А.В. Ранения лица. — Москва, Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМА, 2003, 160с., илл.
5. Федяев И.М., Байриков И.М., Белова Л.П., Шувалова Т.В. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. — Н.Новгород: НГМА, 2000.-С.11-17, 93-139.
6. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. — М.:Медицина, 1983.-416с.
7. Рунова М.Б. Современные принципы диагностики и лечения заболеваний слюнных желез // Стоматология. - 2011. - № 3. - С. 152-156