

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
“УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ”
КАФЕДРА ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ
З ПРОПЕДЕВТИКОЮ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ**

Ткаченко П.І., Білоконь С.О., Гуржій О.В., Білоконь Н.П.

**ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА КІСТИ СЛИННИХ ЗАЛОЗ
У ДІТЕЙ**

Полтава – 2011

УДК 616.316-002-006.2-053.3/5

Автори:

Ткаченко Павло Іванович – д.мед.н., професор, завідувач кафедри;

Білоконь Сергій Олександрович – к.мед.н., доцент кафедри;

Гуржій Олена Вікторівна – к.мед.н., доцент кафедри;

**Білоконь Наталія Павлівна – лікар-стоматолог стоматологічного кабінету
“Комподент” (м. Полтава).**

В методичних рекомендаціях наведено літературні дані та результати власних спостережень, методів лікування запальних процесів і кіст слинних залоз, з якими найчастіше доводиться працювати дитячим хірургам-стоматологам.

Окремі дискусійні питання можуть слугувати підґрунтям для подальших поглиблених науково-практичних досліджень в цьому напрямку.

Рекомендовано для студентів IV та V курсів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів, субординаторів, лікарів-інтернів та лікарів-стоматологів.

Затверджено на засіданні ЦМК УМСА (протокол № 4 від 16.12.2010).

Рецензент:

Яценко Ігор Владленович – к.мед.н., доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї ВДНЗУ “УМСА”.

ЗМІСТ

1. Морфо-функціональна характеристика слинних залоз.....	2
2. Методи обстеження хворих з патологією слинних залоз.....	7
3. Клінічні прояви запалення слинних залоз.....	12
4. Лікування запалень слинних залоз.....	20
5. Кісти слинних залоз.....	26
Перелік використаних джерел.....	28

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

СЗ – слинна залоза

ПЯСЗ – під'язикова слинна залоза

ПВСЗ – привушна слинна залоза

ПНЦСЗ – піднижньощелепна слинна залоза

ХПП – хронічний паренхіматозний паротит

1. МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Клінічними спостереженнями встановлено, що частота ураження патологічними процесами окремих слинних залоз (СЗ) залежить від анатомічних, гістологічних особливостей їх будови та від кількості і складу секрету, який вони виробляють. Враховуючи це, ми вважаємо за доцільне навести деякі загальновідомі морфо-функціональні особливості слинних залоз, що можуть впливати на виникнення, клінічні прояви, перебіг окремих нозологічних форм сіаладенітів та виникнення кістозних утворень.

Отже, СЗ володіють екзо- та ендокринною функціями. В їх структурі більшу частину займають екзокринні клітини, що виробляють змішаний секрет трьох пар великих і значної кількості малих СЗ, який складає основну частку ротової рідини. Слина людини представляє собою в'язку, трохи мутну (завдяки наявності клітинних елементів) рідину із щільністю 1,001-1,017 і в'язкістю 1,10-1,33. Вміщує 99,4% води і 0,5-0,6% сухого залишку. Меншу його частину (близько 1/3) складають мінеральні неорганічні речовини, за допомогою яких підтримується динамічна рівновага між емаллю і ротовою рідиною.

При порушенні функції внутрішніх органів, зокрема нирок, в ній може збільшуватися вміст низки речовин-екскретів, які повинні виводитися із організму. Це можуть бути сполучення йоду, ртуті, свинця, миш'яка, вісмута, урану, а також продукти метаболізму – CO₂, аміак, сечовина, креатинин, кетоніві тіла та ін..

Зі слиною із організму можуть видалятися деякі гормони – естрогени, андрогени, прогестерон, глюко- і мінералокортикоїди (кортизол і альдостерон), тіроксин та їх метаболіти.

Інкреторна функція СЗ пов'язана з утворенням в них низки речовин гормональної природи. Останні разом із гормонами залоз внутрішньої секреції виконують інкреторну функцію – беруть участь у гормональній

регуляції діяльності органів і систем, а також являються зв'язуючою гуморальною ланкою будь-якої функціональної системи.

Клітини стінок вивідних проток СЗ також виробляють і виділяють у кров та слину низку гормонів і ферментів, які беруть участь у процесі утворення біологічно активних речовин. Гормони СЗ за структурою є інсуліноподібними речовинами.

СЗ також виробляють гормоноподібні речовини, які беруть участь в регуляції фосфорно-кальцієвого обміну кісток і зубів, в регенерації епітелію слизової оболонки порожнини рота, стравоходу, шлунка, симпатичних волокон при їх ушкодженні.

Загалом, до гормонів, що продукують СЗ, належать паротин, фактор росту нервів (ФРН), епідермальний фактор росту (ЕФР), інсуліноподібний білок.

Однак, незважаючи на наведену функціональну багатогранність СЗ, насамперед, їх діяльність необхідна для інтеграції процесів, пов'язаних із формуванням грудки їжі, адекватної для ковтання. Секрети СЗ забезпечують змочування їжі, розчинення солей, цукру та інших її компонентів, створення потрібної консистенції. Обволікання грудки їжі муцином слини та його ослизнення полегшують ковтання.

Травна функція СЗ полягає і у розщепленні речовин їжі ферментами, які входять до складу їх секретів, що полегшує подальші етапи травлення. Хімічна обробка речовин їжі в порожнині рота теж пов'язана із секреторною функцією СЗ.

Залежно від локалізації та місця виходу вивідного протоку СЗ розділяються на залози присінку порожнини рота (привушні (ПВСЗ), щічні, губні) та власне порожнини рота (під'язикові (ПЯСЗ), піднижньощелепні (ПНЩСЗ), залози язика, твердого і м'якого піднебіння, дна порожнини рота).

В будові малих та великих СЗ розрізняють кінцеві секреторні відділи (ацинуси) та вивідні протоки, які мають рясну сітку кровоносних судин і нервових волокон.

Епітелій ацинусів виробляє травний секрет. Вивідні протоки виконують двобічну функцію: синтез та транспорт різноманітних компонентів секрету, реабсорбцію та кінцеве його формування.

Отже, слина утворюється як в ацинусах, так і в протоках, а сам процес секреції може бути періодичним або безперервним. Зокрема, ПВСЗ та ПНЩСЗ виділяють секрети періодично у інтервали, пов'язані із прийомом їжі. При цьому цикл секреції розтягнутий у часі, а синтез нової порції секреторного продукту починається після виведення попередньої.

При безперервному типі секрет виділяється по мірі синтезу, а всі фази секреторного циклу протікають одночасно. Такий тип секреції характерний для малих СЗ та ПЯСЗ. Безперервна секреція забезпечує, зокрема, функцію мовоутворення та необхідна для здійснення захисної та трофічної функцій порожнини рота. Характер секреції великих і малих СЗ пов'язаний з різними типами гландулоцитів в їх будові.

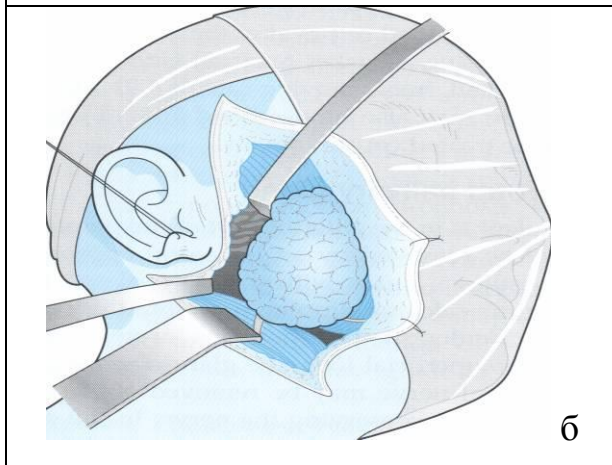
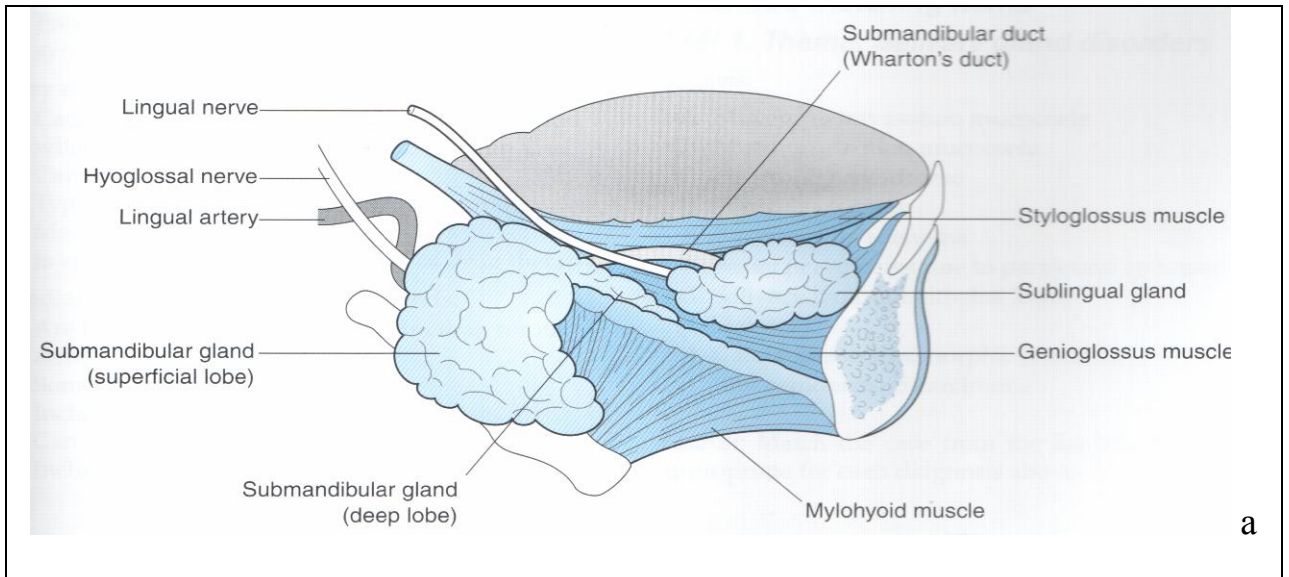
Великі слинні залози (ПВСЗ, ПНЩСЗ, ПЯСЗ) є багатоклітинними анатомічними структурами, їх кінцеві відділи розташовуються поза слизовою оболонкою травного каналу, а довгі вивідні протоки відкриваються в просвіт травної системи (мал. 1).

Привушна слинна залоза – альвеолярна гілляста білкова залоза. Її секреторні відділи представлені системою ацинусів, які складаються із серозних, епітеліальних та міоепітеліальних клітин.

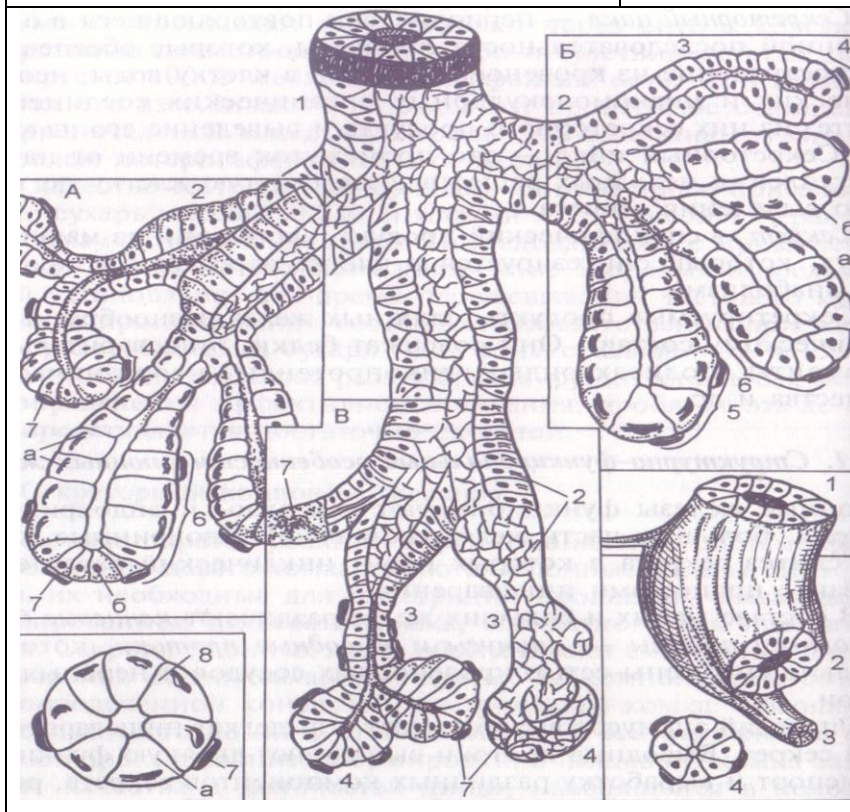
Піднижньощелепна слинна залоза – альвеолярна, але у деяких відділах має альвеолярно-трубчасті та гіллясті складові компоненти. Її кінцеві відділи є білковими і змішаними, однак превалюють білкові (серозні).

Під'язикова слинна залоза має складну альвеолярно-трубчасту гіллясту будову, виробляє змішаний білково-слизовий секрет. Кінцеві секреторні відділи представлені трьома типами секреторних клітин: білковими, слизовими і змішаними, із яких домінують змішані, а білкові – малочисельні. Слизовий же секрет представляє собою мукопротеїди.

Схематично принцип будови великих СЗ представлено на мал. 2.



Мал. 1. Розташування ПНЦСЗ, ПЯСЗ (а) та ПВСЗ (б)



Мал. 2. А – долька піднижньощелепної СЗ, Б – долька під'язикової СЗ, В – долька привушної СЗ.

- 1 – міждолькова протока,
- 2 – слинні трубки,
- 3 – вставочні протоки,
- 4 – серозні кінцеві відділи,
- 5 – слизовий кінцевий відділ,
- 6 – серозно-слизові (змішані) кінцеві відділи:
 - a – слизові клітини (мукоцити),
 - b – серозні клітини (сероцити),
- 7 – міоепітеліальні клітини,
- 8 – розріз слизового кінцевого відділу

Малі залози ротової порожнини також є багатоклітинними, але їх кінцеві відділи розташовуються у сполучній тканині слизової оболонки, а вивідні протоки відкриваються на поверхні слизової.

Велика кількість малих СЗ присінку порожнини рота розмірами з горошину і навіть менші розсіяна в ділянці губ. Підслизова основа, яка виходить із власної пластинки слизової оболонки та межує з м'язами, вміщує велику кількість судин, жирової тканини і кінцеві відділи змішаних *губних* СЗ. Це складні альвеолярно-трубчасті білково-слизові залози із превалюванням слизових клітин. Їх кількість зменшується у напрямку від середньої лінії до периферії, а вивідні протоки цих залоз відкриваються в присінку порожнини рота.

Щічні СЗ зазвичай знаходяться у міжм'язових просторах, однак можуть локалізуватися і за межами щічних м'язів. В ділянці щоки кінцеві відділи змішаних СЗ (переважно слизових) розташовуються в її підслизовій основі. Кількість залоз збільшується в передньо-задньому напрямку.

У підслизовій основі передньої поверхні *м'якого піднебіння* знаходяться кінцеві відділи слизових СЗ власне порожнини рота, між якими розташовуються прошарки жирової тканини. На задній поверхні м'якого піднебіння кінцеві відділи змішаних і слизових слинних залоз розташовуються у власній пластинці слизової оболонки. В ділянці м'якого піднебіння кінцеві відділи малих СЗ можуть проходити із підслизової основи між пучками м'язових волокон. Їх кількість також збільшується в передньо-задньому напрямку.

Залозиста ділянка *твердого піднебіння* займає його дистальні 2/3. Підслизова основа вміщує кінцеві відділи слизових СЗ. Підслизова ж основа *дна порожнини рота* вміщує жирову тканину і малі СЗ.

В передніх відділах *нижньої поверхні язика* знаходяться змішані СЗ. Їх кінцеві відділи розташовуються у глибині власної пластинки та в підслизовому шарі, але можуть проникати і в сполучнотканинні прошарки між пучками м'язової тканини.

На *язиці* залози розташовані по нижній поверхні кінчика і в ділянці кореня між листкоподібними та жолобоподібними сосочками. Вивідні протоки кожної малої СЗ відкриваються в порожнину рота окремо.

Цікаво, що загальна вага слинних залоз наближається до маси підшлункової залози. Кількість слини, що ними синтезується, складає біля 20% ваги вжитої їжі, при цьому 1/3 слини секретує ПВСЗ.

Вікові особливості СЗ.

ПНЩСЗ та ПВСЗ закладаються на 6-8 тижні формування плоду. Функціональна активність залозистого епітелію проявляється вже у антенатальному періоді, не дивлячись на незрілість паренхіми. Секреція в ембріональний період розвитку відрізняється від секреції періоду повного розвитку. Так, секрет ПВСЗ у ембріонів слизовий, а зміна його на серозний виникає після 2-2,5 років життя дитини.

Завершення формування ПВСЗ відбувається від 6-7 місяців життя дитини до 2-річного її віку. Найбільш прогресуючий ріст паренхіматозної тканини ПВСЗ припадає на 11 рік життя. Натомість повний розвиток паренхіми ПНЩСЗ відбувається до 5 місяця життя дитини.

2. МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Обстеження хворих з патологією СЗ включає загальні, приватні та спеціальні методи.

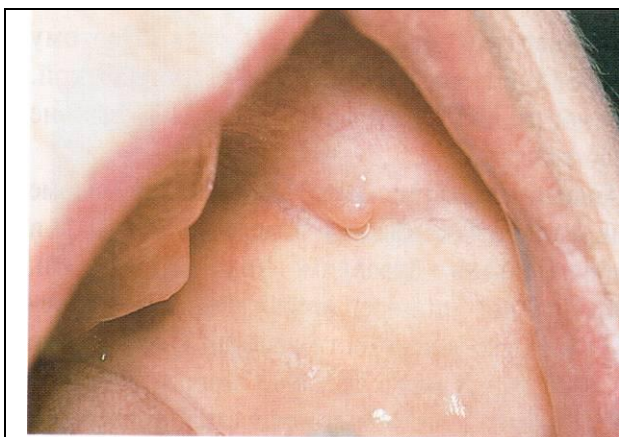
Загальні методи: опитування, огляд, пальпація, дослідження крові та сечі. Під час визначення скарг особлива увага звертається на порушення

загального стану дитини (підвищення температури тіла, нємїч, блювання), локалізацію і характер болю, причини, що викликають їх посилення, давнина та частота припухання залози.

Анамнез захворювання зазвичай збирається у батьків: початок захворювання, його перші симптоми, характер перебігу запального процесу.

Під час *огляду* оцінюють стан м'яких тканин в ділянці СЗ, забарвлення шкірних покривів, ступінь відкривання рота, порушення з боку зубів та СОПР, вустів вивідних проток (мал. 3, 4), характер секрета ураженої і симетричної залоз та змішаної слини. Визначають реакцію регіонарних лімфатичних вузлів, стан ураженої і симетричної залоз (консистенція, ступінь інфільтрації, відношення до прилеглих тканин).

Пальпаторне дослідження слід проводити в останню чергу через неприємні болісні відчуття, що утруднює подальший контакт з дитиною.



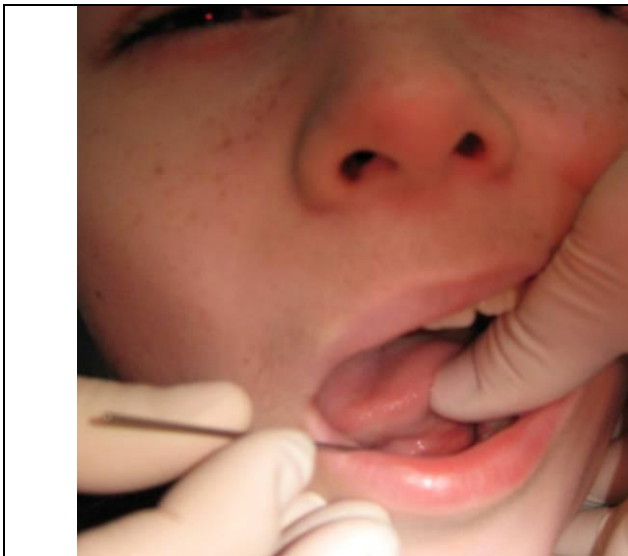
Мал. 3. Сосочок ПВСЗ



Мал. 4. “Під’язикове м’ясце”, де відкриваються протоки ПНЦСЗ та ПЯСЗ

Приватні методи дослідження: зондування проток, сіалометрія, цитологічне та бактеріологічне дослідження секрету запалених і симетричних залоз, ротової рідини, рентгенографія та сіалографія СЗ.

Зондуванням досягається обстеження та бужування проток СЗ (мал. 5), що дозволяє визначити її прохідність, звуження або облітерацію, наявність конкременту. Для цього застосовують слинні і очні зонди різного розміру.



Мал. 5. Бужування протоки ПНЩСЗ

При проведенні *сіалометрії* слід застосовувати метод дренування основних проток металевими канюлями, виготовленими із голок для люмбальної пункції (проводиться швидко, безболісно, канюлі добре фіксуються в протоках, не перетискаються накусуванням зубами).

Дослідження проводиться натщесерце без стимуляції слиновиділення, час збору секрета – 10 хвилин. Досліджується функція уражених і симетричних залоз в динаміці патологічного процесу.

Паралельно із кількісним вивченням секреції проводиться вивчення якісного його складу на прозорість та в'язкість.

Вивчення прозорості: капля секрета розміщується на предметному склі і досліджується на світлі (визначається прозорість або мутність секрета, пухирці повітря, включення – пластівці, тяжі).

В'язкість визначається за допомогою віскозиметра, а при його відсутності використовується шпатель та предметне скло: прикладають робочу частину шпателя до краплі секрета на предметному склі, піднімають шпатель і звертають увагу на характер роз'єднання метала та скла. При легкому відриві шпателя, коли між поверхнями немає слизових тяжів, в'язкість вважається нормальною. При наявності слизових тяжів, які обриваються на відстані 5-10 мм від поверхні скла, в'язкість вважається

підвищеною. Коли вся крапля секрету широким тяжем піднімається за шпателем, в'язкість вважають різко підвищеною.

Метод цитологічного дослідження базується на визначенні клітинних елементів в секреті досліджуваних залоз, їх кількісних і якісних співвідношень, які залежать від функціональних та морфологічних змін, обумовлених патологічним процесом.

Взяття матеріалу для цитологічного дослідження проводять за допомогою металевих канюль або за допомогою ложки Фолькмана.

Цей спосіб взяття секрету показаний в тих випадках, коли сіалоаденіт супроводжується значним зменшенням слиновиділення, застоєм і згущенням секрету, який не проходить через катетер. Спосіб забезпечує одержання достатньої кількості матеріалу для мікроскопічного дослідження. Фіксація, забарвлення та мікроскопія готових препаратів здійснюється за загальноприйнятими в клінічній цитології методиками.

Для судження про морфологічні зміни в досліджуваній залозі за клітинним складом її секрету здійснюють оцінку кількості кожного виду клітин в препараті, що дозволяє встановити їх співвідношення. При цьому застосовують наступні градації: одиничні – (10-15 в препараті), небагаточисельні (до 40-50 в препараті), невелика кількість (до 100-150 в препараті), помірна (місцями до 10-20 в полі зору), велика (понад 20 в більшості полях зору).

Дані, отримані при цитологічному дослідженні секрету СЗ, співставляють із клінічною і сіалографічною картиною захворювання, що допомагає правильній трактовці препарату.

В нормі в секреті ПВСЗ та ПНЦСЗ зустрічаються одиничні клітини циліндричного і плискатого епітелію.

Забір матеріалу для *мікробіологічного дослідження* проводиться натще, до проведення лікувальних та діагностичних маніпуляцій з дотриманням правил асептики. Після легкого масування залози і двократної обробки

ділянки слизової оболонки щоки в ділянці вустя залози 2% розчином йоду, вторинно масують залозу. За допомогою стерильного ватного тампону забирають секрет, який накопичується навколо вустя. Змішану слину забирають в ділянці щелепно-під'язикового жолобка. Мікробіологічні дослідження проводяться згідно рекомендаціям по загальній клінічній мікробіології.

В клініці, як правило, використовують два методи *рентгенологічного дослідження СЗ*: оглядову рентгенографію ділянки ПНЩСЗ або ПВСЗ, рентгенографію із штучним контрастуванням їх проток (сіалографія).

Для контрастування системи проток СЗ використовують масляні розчини органічних сполук йоду (30% йодоліпол, ліпійодол) і водорозчинні контрастні речовини (верографін, урографін та ін.).

В клінічних і експериментальних роботах вказується висока контрастуюча здатність масляних розчинів. Вони містять більше йоду, не дифундують в слину, дозволяють досягти гарної контрастності зображення та проводити дослідження через значний час після введення речовини в СЗ, надають сприятливу терапевтичну дію на тканини залози. Все це дуже важливо при роботі з дітьми.

Перед введенням контрастної маси досліджувану СЗ масують для звільнення її проток від вмісту і виявлення локалізації вустя. Після цього в вустя вводиться на глибину 0,5-1,0 см затуплена голка, фіксована на шприц з контрастною речовиною. Контрастну речовину нагнітають в залозу під невеликим тиском до появи суб'єктивних відчуттів у вигляді болю розпираючого характеру. Кількість контрастної речовини, достатньої для виробництва якісних сіалограм, коливається в межах 0,5-1,5 мм (в залежності від віку і характеру патологічного процесу в залозі).

Після заповнення залози контрастною масою голку знімають, на вустя протоки накладають марлевий або ватний тампон для запобігання виведення контрасту, а хворого направляють в рентгенологічний кабінет.

Рентгенографію ПВСЗ проводять в двох проекціях: прямій (носо-лобній) і боковій (профільній). Сіалографію ПНЩСЗ роблять, як правило, в боковій проекції.

Рентгенографія слинних залоз без контрастної маси проводиться лише при підозрі в них конкрементів.

Для одержання розгорнутого зображення слинної залози проводять пантомосіалографію на панорамному томографі.

Спеціальні методи дослідження: біохімічне дослідження слини та крові, сцинтиграфія, імунологічне і радіоімунологічне дослідження, радіоізотопна та радіонуклідна діагностика, комп'ютерна томографія, ехосіалографія, термовізіографія, пункційна біопсія і т.д.

До них звертаються в тих випадках, коли для уточнення діагнозу необхідно отримати додаткові дані.

Наприклад, вивчення мінерального та білкового складу змішаної слини і секрету слинних залоз при їх захворюваннях представляє значний інтерес як для об'єктивної характеристики протікання патологічного процесу в організмі, так і для проведення його раціональної терапії. З цією метою здійснюють визначення білка та білкових фракцій, мінеральних компонентів, ферментативного спектру, факторів неспецифічного імунітету.

3. КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ЗАПАЛЕННЯ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Найчастіше запальний процес виникає в ПВСЗ, що пояснюється їх морфо-функціональними особливостями: наявність вузьких і гіллястих проток, малий вміст муцину, низька стійкість серозних ензимопродукуючих залозистих ацинусів до токсичного впливу. Запалення ПНЩСЗ зустрічається

рідше, ніж ПВСЗ. Переважну локалізацію слинних каменів у ПНЩСЗ пов'язують із топографічними особливостями їх локалізації, повільним током секрету у протоках і виділенням більш густої та багаті муцином слини порівняно із ПВСЗ. Запальні захворювання ПЯСЗ і малих СЗ порожнини рота зустрічаються значно рідше, а ще рідше діагностується епідемічний паротит.

За етіологією та патогенезом розрізняють (Ромачова І.Ф., 1987):

1. Гострий вірусний сіаладеніт:

- 1) епідемічний паротит;
- 2) грипозний сіаладеніт;
- 3) викликаний іншими вірусами (цитомегалії, герпеса, Коксаки та ін.).

2. Гострий бактеріальний сіаладеніт:

- 1) при запальних інфекційних захворюваннях;
- 2) в післяопераційному періоді;
- 3) лімфогенний (паротит Герценберга);
- 4) контактний;
- 5) при попаданні сторонніх тіл в протоки СЗ.

3. Хронічний сіаладеніт:

- | | |
|---------------------------|-----------------------------|
| а) неспецифічні: | б) специфічні (актиномікоз, |
| - інтерстиціальні; | туберкульоз, сифіліс). |
| - паренхіматозні; | |
| - протокові (сіалодохіт); | |
| - калькульозні; | |

В практичній роботі у дітей найчастіше використовується класифікація сіаладенітів, запропонована проф. Рибаловим О.В. (1987):

1. Гострий сіаладеніт:

- 1) лімфогенний;
- 2) травматичний;

- 3) постінфекційний;
- 4) нез'ясованої етіології.

За клінічним перебігом гострого сіаладеніта розрізняють легку, середньої важкості та важку форми.

2. Хронічний сіаладеніт:

- 1) хронічний паренхіматозний паротит;
- 2) хронічний сіалодохит;
- 3) калькульозний сіаладеніт (субмаксилит або паротит).

Хронічний паренхіматозний паротит має стадії розвитку: початкову, клінічно виражену, пізню.

Епідемічний паротит. Висококонтагіозне захворювання, викликане фільтруючим вірусом, яке розповсюджується повітряно-крапельним шляхом. Пік захворюваності припадає на віковий період від 7 до 10 років.

Інкубаційний період триває в середньому 18-20 діб. Початок хвороби гострий: підвищення температури тіла до 38-39⁰С, поява в привушній та позадущелепній ділянках припухлості м'яко-еластичної консистенції, болючої в трьох точках (попереду козелка вуха, в проекції вирізки нижньої щелепи, на верхвці соскоподібного відростка скроневої кістки). З'являється сухість в роті. Підвищення температури зберігається протягом 7-10 днів. Загальний стан супроводжується ознаками інтоксикації та подразнення ЦНС. Через 10-14 днів припухлість поступово піддається інволюції. Після хвороби виникає стійкий імунітет і не спостерігається переходу в хронічну стадію запалення.

Диференційну діагностику проводять із хронічним неспецифічним паротитом в стадії загострення, з інфекційним мононуклеозом. Враховують епідеміологічне оточення і раніше перенесені захворювання. При епідемічному паротиті об'єктивним тестом є визначення в динаміці діастази в сечі (в нормі кількість діастази у дітей після 2-х років досягає 160 мг (мл/год)). При епідемічному паротиті специфіка перебігу запального процесу

зберігається навіть при проведенні протизапальної терапії. При інфекційному мононуклеозі спостерігається системне ураження лімфатичних вузлів, гепатоспленомегалія, характерні зміни в периферичній крові.

При *ускладненій формі* епідемічного паротиту, коли процес охоплює різні залозисті органи, можливі ураження нервової системи (менінгіт, енцефаліт, деколи із ураженням черепних та спинномозкових нервів). Серед ускладнень найчастіше зустрічається панкреатит, орхіт, оофорит, мастит, нефрит.

Гострий бактеріальний сіаладеніт. Найчастіше виникає в ПВСЗ у зв'язку із меншою кількістю муцина в слині (порівняно із секретом інших залоз), який перешкоджає проникненню мікрофлори із порожнини рота в протоки залози. Інфікування залози може відбуватися лімфогенним, гематогенним, дуктогенним чи контактним шляхом. Бактеріальний паротит може виникати на тлі інфекційних захворювань, починаючи із періоду новонароджуваності (пневмонія, сепсис та ін.) чи в більш пізньому періоді (скарлатина, вітряна віспа, кір і т.д.). Досить часто захворювання виникає у післяопераційному періоді (особливо при втручаннях на органах черевної порожнини).

Гострий початок хвороби, припухлість слинної залози, біль під час їжі, гнійні виділення з вивідної протоки дозволяють поставити правильний діагноз. При цьому немає необхідності проводити сіалографію, яка у цих хворих викликає больові відчуття. При серозному і гнійному паротиті запальні явища через 10-15 днів поступово згасають.

Можливі ранні *ускладнення*: 1) розповсюдження гнійного процесу в навкологлотковий простір та середостіння; 2) прорив гною в зовнішній слуховий прохід. Утворення слинних норниць та привушний гіпергідроз відносять до пізніх ускладнень.

Особливе місце всеред гострих запалень СЗ займає *сіаладеніт новонароджених*, який зустрічається у віці 2-10 діб після народження. У запальний процес найчастіше потрапляють ПВСЗ або ПНЦСЗ.

До причин його виникнення відносять гематогенне потрапляння патогенної мікрофлори у залозу, активізацію мікрофлори порожнини рота із попаданням її в протокову систему залози за умови зниження реактивності організму.

Захворювання зазвичай діагностується у фазі гнійного запалення за наявності вогнищ абсцедування в окремих ділянках ПВСЗ та ПНЦСЗ. Початок захворювання та первинні його прояви встановлюються зі слів батьків або педіатра.

Починається гостро, без видимих причин. Мати досить точно вказує час появи перших симптомів: постійний плач, неспокійність дитини, порушення сну, різке підвищення температури до 38-39⁰С, відмова від їжі, часті зригування та захльобування їжею. З'являється дифузне припухання в ділянці СЗ, шкіра над яким протягом доби червоніє.

Визначається припухання в ділянці ПВСЗ або ПНЦСЗ. Шкіра над ним різко гіперемована, лосниться, в складку не збирається. Пальпаторно визначається інфільтрація та болісне ущільнення тканин без чітких меж. Може визначатися обмежена або дифузна флюктуація в їх глибині, що свідчить про початок гнійного розплавлення залози. Слизова оболонка навколо вустів вивідних проток набрякла, гіперемована, протоки представлені у вигляді щільних тяжів. Із вусть проток під час масажування виділяється крапля густого гною.

Протягом 2-3 діб від початку захворювання при відсутності своєчасної допомоги запальний процес виходить за межі залози шляхом розплавлення її фасціального ложа із виникненням флегмон, остемієліта нижньої щелепи, отиту та гнійними затіканнями у суміжні ділянки.

Диференційну діагностику слід проводити із гематогенним остеомієлітом щелеп, запаленням скронево-нижньощелепного суглоба, абсцеса щоки, гострих гнійних лімфаденітів.

Клінічна картина хронічного сіаладеніту залежить від форми та стадії (початкова, виражена та пізня) захворювання. Частіше уражуються привушні СЗ.

Інтерстиціальний сіаладеніт виникає на тлі реактивного процесу у хворих із загальносоматичною патологією (цукровий діабет, захворювання ШКТ, статевих залоз та ін.).

Клінічно характеризується безболісним припуханням привушних або піднижньощелепних СЗ, яке зберігається тривалий проміжок часу. Припухлість має м'яку консистенцію. На *сіалограмах*: звуження проток різного порядку. *Цитологічна* характеристика секрету: підвищення кількості клітин плискатого та циліндричного епітелію, нейтрофілів у стадії дегенерації. При загостренні несуттєво піднімається температура. Слина завжди прозора. Загострення виникає на тлі загострення супутнього загального захворювання. Функція СЗ порушується несуттєво.

Якщо збільшуються лише ПНЦСЗ, то говорять про “пухлину Кюттнера” (залози щільні та нагадують пухлину). Двостороннє збільшення тільки ПВСЗ називається “ознакою Харвата”. Ці захворювання спостерігаються у хворих цукровим діабетом.

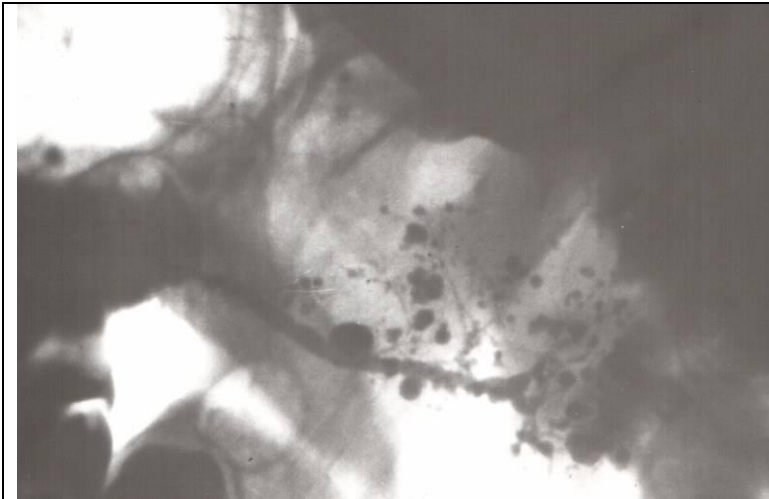
Паренхіматозний сіаладеніт виникає на тлі зниження імунітету при вроджених змінах паренхіми залоз із порушенням структури кінцевих відділів.

Найчастіше уражуються привушні СЗ. Захворювання має циклічний перебіг: 2-5 раз на рік загострення сіаладеніту на тлі простудних захворювань нагадують картину гострого сіаладеніту (збільшення та біль у

ділянці СЗ, виділення мутного секрету із вивідної протоки). Спостерігається зниження функції залози. Пальпаторно – залоза щільна, дрібнобугриста.

Сіалограма: порожнини округлої форми у ділянці паренхіми (мал. 6).

Цитологічно: у секреті велика кількість клітин запального ряду.

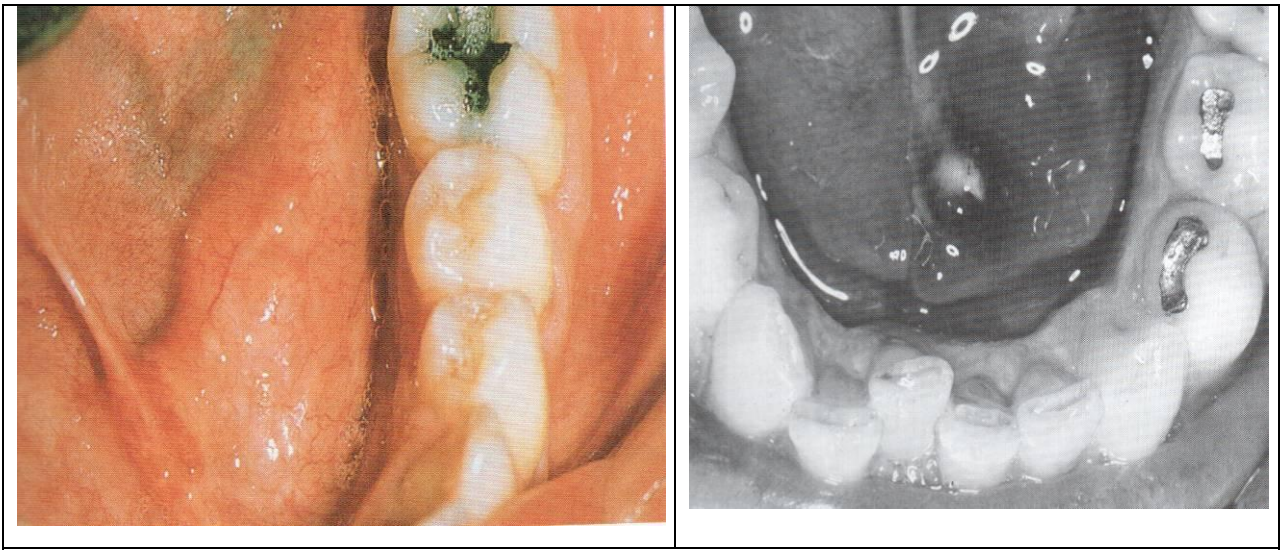


Мал. 6. Сіалограма ПВСЗ при хронічному паренхіматозному паротиті. Визначається незначне розширення головної вивідної протоки та сіалектази

Калькульозний сіаладеніт у дітей виникає, переважно, у віці 8-14 років в 6,61% випадків від загальної кількості хворих хронічним сіаладенітом (у дорослих ця патологія складає 40-60% всіх захворювань слинних залоз). За нашими даними, у 87,5% випадків така патологія локалізується саме у ПНЦСЗ. Дослідники вказують на те, що у переважній більшості спостережень в головній протоці уражених СЗ зустрічається вроджена аномалія у вигляді дивертикула. Вважається, що слинні камені круглої форми мають внутрішньозалозове походження, а продовгуваті конкременти утворюються у головних вивідних протоках СЗ.

Початкові ознаки захворювання проявляються у вигляді гострого або тягнучого болю при прийомі їжі та припуханням СЗ. При пальпації виявляється обмежений інфільтрат у піднижньощелепній ділянці; ПНЦСЗ збільшена, ущільнена, болюча. Піднижньощелепні лімфовузли збільшені, болючі, відкривання рота дещо обмежено. При огляді порожнини рота виявляється збільшення під'язикового валику, гіперемія слизової оболонки

біля вустя протоки (мал. 7). Секрет виділяється мутний, в зниженій кількості. При пальпації іноді вдається виявити наявність конкременту.



Мал. 7. Калькульозний сіаладеніт: збільшення під'язикового валику, гіперемія слизової оболонки біля вустя протоки

Для підтвердження діагнозу проводять оглядову *рентгенографію* дна порожнини рота (внутрішньоротові знімки) (мал. 8).



Мал. 8. Внутрішньоротова рентгенограма дна порожнини рота. В протоці ПНЦСЗ визначаються слинні камені із концентричною пошаровістю

Сіалограма: дефект наповнення протоки залози на рівні наявності каменя та значне розширення протоки за конкрементом із відсутністю чіткого малюнка паренхіми.

Цитологічно: у секреті велика кількість клітин запального ряду.

Протоковий сіаладеніт виникає через зниження функції СЗ на тлі вродженої ектазії протоків. Характеризується періодичним припуханням СЗ під час їжі, яке самостійно зникає після прийому їжі. При масуванні із вивідних проток секрет виділяється у вигляді “струйки”. Без лікування розвивається загострення процесу, яке нагадує картину гострого сіаладеніту.

Сіалограма: нерівномірно розширені протоки різного порядку.

4. ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЕНЬ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Лікування гострого сіаладеніту.

Патогенетично при гострому запаленні слинних залоз на першому місці стоять порушення захисних реакцій організму, зниження секреції, активізація мікробної флори порожнини рота і втягнення в процес тих залоз, тканини яких мають слабкі захисні властивості. Таким чином, лікування гострого сіаладеніту повинне бути комплексним із урахуванням загального стану дитини, її віку, виду і складності перебігу захворювання, особливостей культуральних властивостей мікробної флори, висіяної з ураженої залози, її чутливості до антибіотиків.

Лікування епідемічного паротиту, в основному, симптоматичне. Необхідний ліжковий режим протягом 7-10 днів. На ділянку привушних залоз призначають теплові процедури: зігріваючі компреси, мазеві пов'язки, фізіотерапевтичні процедури (солюкс, УВЧ), УФ-опромінення. Порожнина рота потребує ретельного гігієнічного догляду (полоскання, ірригація). Ірригації інтерферону 5-6 разів на день значно покращують стан хворого особливо у випадках раннього застосування (на 1-2 день). При прогресуванні гнійного запального процесу необхідне оперативне лікування.

Діти, які були в контакті із хворим і раніше не хворіли епідемічним паротитом, підлягають відокремленню на 21 день.

На початку бактеріального сіалоаденіту при явищах серозного запалення і значному зниженні секреції слини, лікувальні заходи повинні бути спрямовані на ліквідацію запальних явищ та відновлення слиновиділення. З цією метою, окрім дієти призначають 3-4 рази в день прийом 5-6 крапель 1% розчину пілокарпіну гідрохлориду. В протокову систему щоденно вводять розчини антибіотиків із новокаїном, лізоцим та інші препарати. Помітний лікувальний ефект спостерігається у дімексиду у вигляді компресу на ділянку запальної залози на 20-30 хв. (30% розчин), який пов'язаний із анальгезуючою, протизапальною, бактерицидною дією та відновленням мікроциркуляції судинної системи; електрофорез ділянки відповідної залози 10% дибунолом.

При гострому сіалоаденіті середньої важкості в комплекс загальних міроприємств вводяться препарати, інгібуючі протеоліз (контрикал, гордокс, амінокапронова кислота та ін.). При лікуванні гострого сіалоаденіту на ранній стадії гнійного запалення з успіхом проводиться консервативне лікування введенням в протоки уражених залоз розчинів антибіотиків і електрофорез 10% дибунола. При гострому сіалоаденіті середньої важкості при виражених явищах нагноєння залози необхідно провести розкриття капсули залози, введення в протокову систему ураженої залози розчинів антибіотиків, наступне введення в рану і протоки солкосерилу та проведення курсу фізіотерапевтичного впливу (солюкс, УФО, УВЧ).

В найближчі терміни по закінченню лікування всім хворим із зниженою секреторною функцією слинних залоз, втягнутих в гостре запалення, доцільно призначити електрофорез 5% розчину аскорбінової кислоти і 1% розчину галантаміну.

Всі форми гострого паротиту, які протікають з легкими клінічними проявами (серозне запалення), не залишають після себе морфологічних

порушень в уражених залозах, які б визначались клінічно, функціонально і рентгенологічно.

Гострі гнійні і гнійно-некротичні процеси у ПВСЗ, які вимагають хірургічного втручання, викликають різного ступеня деструктивні зміни, що супроводжуються значним падінням секреторної функції, навіть до її повного припинення.

При рентгенологічному дослідженні залоз з штучним контрастуванням протоків виявляються дефекти заповнення контрастною масою всієї залози або її окремих ділянок за рахунок склерозування. В місцях абсцедування залози розташовуються порожнини неправильної форми у вигляді «каверн».

Лікування хронічного сіаладеніту.

В період загострення ХПП лікувальні міроприємства необхідно спрямовувати на ліквідацію запального процесу, запобігання збільшення в залозі патологічних змін і нормалізацію її секреторної функції. Профілактичні міроприємства направлені на підвищення загальної та місцевої реактивності організму, на продовження періоду ремісії захворювання.

В гострому періоді ХПП прийоми інтенсивної терапії схожі з такими при гострому паротиті легкої і середньої важкості. Крім того, з метою покращення реологічних якостей крові, збереження мікроциркуляції та попередження загибелі ацинусів проводять інстиляції в залозу гепарину (0,5 мл протягом 2-3 днів). Для впливу на інгібіцію патологічного кініногенезу проводять внутрішньопротокове або електрофоретичне введення контрикалу (10-30 Од протягом 2-3 днів). Призначають мазеві пов'язки або компреси з 30% димексидом на ділянку залози, втягнутої в загострення. Після припинення запальних явищ, для покращення відтоку густого в'язкого секрету, показане введення в ПВСЗ протеолітичних ферментів або 2% розчину натрію гідрокарбонату.

В комплексній терапії загострення велике значення має своєчасне призначення фізичних факторів (УВЧ, флюктуоризація).

Лікувально-профілактичні міроприємства, які проводяться *в період ремісії ХПП*, спрямовані на попередження загострення, зменшення прогресування функціональних і анатомічних порушень в слинних залозах, всебічне оздоровлення дітей та проводяться 2 рази на рік – навесні і восени.

Перш за все, хворим дітям проводять лікування супутніх хронічних захворювань (у педіатра, ЛОР – спеціаліста та ін.).

Батьки хворих дітей та діти старшого віку навчаються масажу ПВСЗ з метою регулярного звільнення їх від густого секрету. Масаж проводять 1-2 рази на добу протягом 3-5 хвилин. Рухи при масажі здійснюються із позадунижньощелепної ділянки до кута рота з деяким зміщенням пальців до виличної дуги. Поява у роті хворого солонуватої в'язкої слини вказує на правильність проведення процедури.

З метою підвищення захисних властивостей епітелію проток і його регенерації, покращення стану периферичних капілярів в проток ураженої залози тричі протягом місяця вводиться 0,4-0,8 мл насіння шипшини.

Внутрішньо призначають ретинолу ацетат в дозі від 5000 до 10000 МОД (в залежності від віку) протягом 7 днів або аскорутин. Проводиться електрофорез ураженої залози 1% розчином аскорбінової кислоти або 3% розчином калію йодиду (№ 10-15).

Для посилення імуногенезу застосовують неспецифічний біогенний стимулятор продигіозан. Введення препарату здійснюється у хворих з клінічно вираженою стадією хронічного паротиту протягом першого року лікування (25 мкг внутрішньом'язово з інтервалом 3-4 дні), у хворих з пізньою стадією – двічі протягом 1,5-2 років диспансерного нагляду (50 мкг в/м двократно з інтервалом 3-4 дні).

Гарну профілактичну дію відносно загострення ХПП має призначення натрію нуклеїнату в дозах: у віці від 1 року до 5 років – 0,015-0,05; від 5 до 14

років – по 0,05-0,075 г; три рази на день за 20-30 хвилин до їжі протягом 14 днів.

Комплекс лікувально-профілактичних міроприємств здійснюється в умовах активно налагодженої диспансеризації хворих ХПП, що дозволяє динамічно контролювати перебіг захворювання, своєчасно реагувати на виникаючі патологічні порушення.

Лікування калькульозного сіаладеніту.

Лікування хворих з калькульозним субмаксилітом полягає в хірургічному видаленні слинного каменю.

Конкременти, які добре пальпуються та визначаються зондом у піднижньощелепній протоці, видаляються без особливих складностей. Перед хірургічним втручанням в протоку залози вводиться спеціальний жолобуватий зонд. Під інфільтраційною анестезією розсікають протоку від вустя по зонду до каменю. Рухами вказівного пальця по ходу піднижньощелепної протоки ззаду наперед слинний камінь легко зміщується в рану і видаляється. Звичайно після відходження каменю при масуванні залози із розсіченої протоки виділяється велика кількість застійного гнійного секрету. В рані залишається на 24-48 годин гумовий дренаж, який з метою запобігання самостійного випадіння фіксується до слизової оболонки краю рани 1-2 швами з шовку або кетгута.

При розташуванні слинного каменю у верхньому полюсі залози видалення здійснюється розрізом над конкрементом, який знімають ложкою Фолькмана. В рану вводиться гумовий дренаж на 48 годин.

Ліквідація хронічного запалення в залозі після звільнення каменю швидше спостерігається у хворих з локалізацією конкремента в піднижньощелепній протоці. Клінічне одужання настає раніше, ніж нормалізується клітинний склад секрету залози.

Сіалографічно виявлено, що у дітей, які мали слинний камінь у піднижньощелепній протоці, залишається його розширення на довгий час.

Лікування хронічного сіалодохіту.

При загостренні хронічного сіалодохіту запальні явища ліквідуються проведенням антибактеріальної, гіпосенсибілізуючої, дезінтоксикаційної терапії. В комплекс лікувальних процедур входить введення в протоки уражених залоз розчинів антибіотиків в поєднанні з 2% розчином натрію бікарбонату.

При наявності вираженого звуження вустя протоки ПВСЗ проводиться його бужування два рази на добу. Необхідно проводити масування уражених залоз вранці (до їжі) і ввечері (перед сном). Ефективне виведення густого секрету і гарну знеболювальну дію надають флюктуюючі токи. Призначаються компреси з 30% димексидом (на 20-30 хвилин) на ділянку запаленої залози та її основної протоки. З раціону хворих дітей виключають гостру і солону їжу.

Через три тижні після ліквідації загострення дітям з гарно прохідним вустям проводиться введення в протоки ураженої ПВСЗ масла насіння шипшини. Курс введення масла шипшини складає 7 процедур, які проводяться через день. По закінченні курсу введення масла шипшини призначають електрофорез 1% розчину аскорбінової кислоти на ділянку протоки. Комплекс лікувально-профілактичних міроприємств проводиться два рази на рік (навесні і восени).

При наявності звуженого вустя протоки після ліквідації гострих явищ сіалодохіту доцільно провести оперативне розширення вустя із застосуванням спеціальних зондів-гачків.

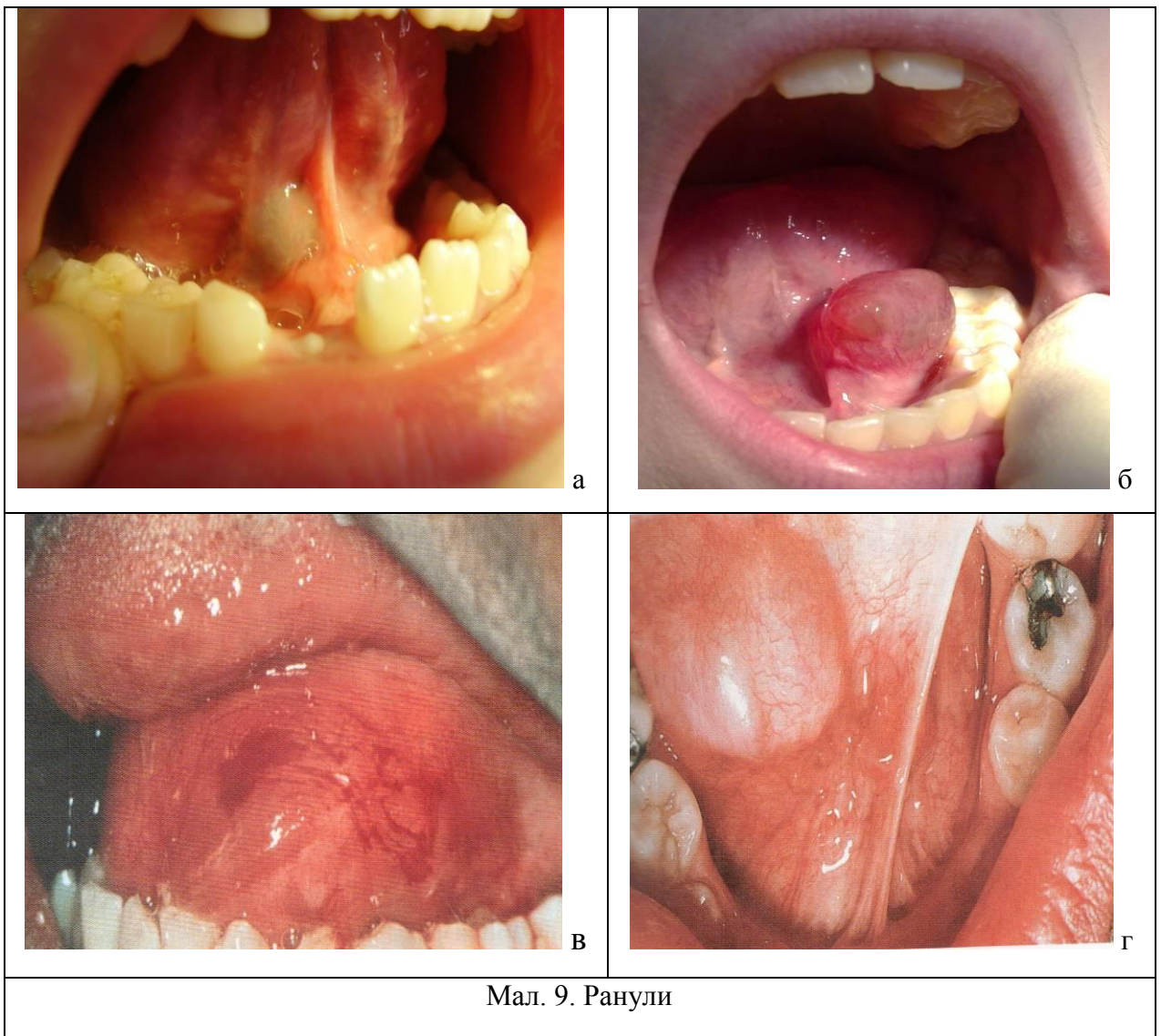
Зонд вводиться в вустя протоки і зворотнім рухом на себе гачком воно фіксується в руках оперуючого. Це дозволяє провести розсікання протоки від вустя до місця фіксації гачка (2-3 мм) без зайвої травми. Після зшивання шовком ранової поверхні слизової оболонки щоки і розсіченої протоки утворюється розширене вустя. Це втручання дає можливість покращити відтік секрету із залози при її активній функції.

5. КІСТИ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Зазвичай вникають внаслідок травми та наступного рубцювання вивідної протоки, однак можуть бути і вродженою патологією.

Ранула (кіста під'язикової слинної залози) розташовується в під'язиковій ділянці, іноді розповсюджується у піднижньощелепний трикутник. *Клінічно* нагадує ретенційну кісту малої слинної залози, але більша за розмірами (мал. 9).

Лікування. Прошивання стінки кісти та пластична цистотомія. При рецидивуванні – цистектомія разом із під'язиковою слинною залозою. Якщо ранула проникає у піднижньощелепну ділянку, то її видаляють у два етапи: спочатку зовні із піднижньощелепного трикутника, а потім – з порожнини рота.



Мал. 9. Ранули

Ретенційна кіста зазвичай уражує залози губ, щік та піднебіння. Має вигляд м'якого круглого безболісного утворення синюватого кольору, вкритого тонкою слизовою оболонкою, зі світло-жовтим в'язким вмістом (мал. 10). Поступово збільшується у розмірах.

Лікування. Екстирпація кісти разом із оболонкою і навколишніми гіпертрофованими малими слинними залозами.



Травматична слинна кіста утворюється при ураженні протоки або паренхіми СЗ в результаті виходу слини в тканини та не має істинної оболонки.

Лікування. Відсосування секрета, склерозуюча терапія, накладання давлячої пов'язки, рентгенотерапія.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абдусаламов М.Р., Афанасьев В.В. Врождённые аномалии протока поднижнечелюстной слюнной железы, способствующие развитию слюннокаменной болезни // Рос. стом. ж-л. – 2004. – № 2. – С. 32-33
2. Будылина С.М., Дегтярёва В.П. Физиология челюстно-лицевой области. – М.: Медицина, 2000. – 350 с.
3. Долгих В.Т. Клиническая патофизиология для стоматолога. – М.: Медицинская книга, 2000. – 196 с.
4. Лесовая И.Г. и соавт. Озонирование протоков больших слюнных желез в комплексном лечении больных хроническим сиаладенитом // Український стоматологічний альманах. – 2004. – № 3 -4. – С. 31 – 35
5. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев В.В. и соавт. Заболевания и повреждения слюнных желез. – М.: Медицина, 1987. – 240 с.
6. Рыбалов О.В. Диагностика, лечение и профилактика неэпидемических сиалоаденитов у детей: метод. рекомендации. – Полтава, 1985. – 21 с.
7. Рыбалов О.В. Клиника, диагностика, лечение и профилактика острого и хронического сиаладенитов у детей // Автореф. дисс. ... д. мед. н. – Москва, 1987. – 41 с.
8. Рыбалов О.В., Ткаченко П.И. Воспалительные заболевания слюнных желез у детей: метод. рекомендации. – Полтава, 1991. – 35 с.
9. Ткаченко П.И., Гоголь А.М., Белоконь С.А. и соавт. Количество и форма конкрементов вартонова протока как дифференциально-диагностический признак слюннокаменной болезни // Стоматолог. – 2005. – № 4.– С. 29-30
10. Ткаченко П.И., Гуржій О.В., Білоконь С.О. та співавт. Гірудотерапія в комплексному лікуванні хронічного паренхіматозного паротиту в дітей // Український стоматологічний альманах. – 2006. – № 3. – С. 63 – 65
11. Ткаченко П.И. Патогенетичні особливості запальних процесів щелепно-лицевої ділянки у дітей та диференційовані підходи до їх лікування // Дис... д. мед. н. – Полтава, 1998. – 416 с.