

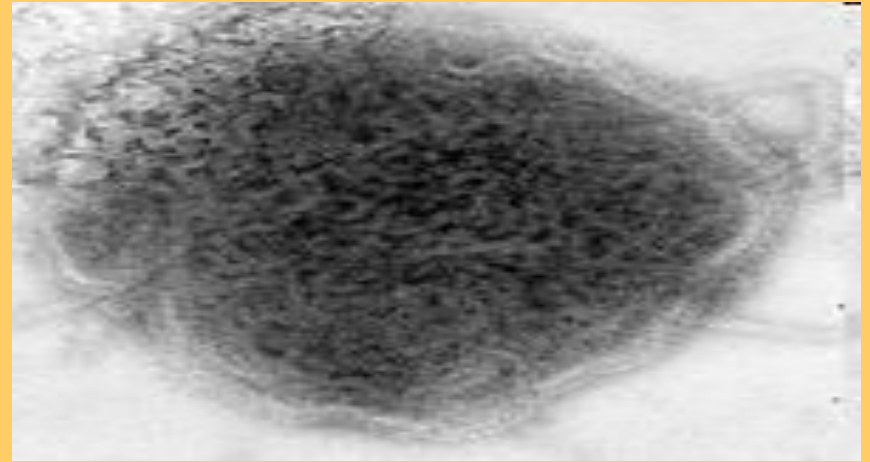
# Определение

- Эпидемический паротит (свинка, заушница) — острое инфекционное заболевание вирусного происхождения с преимущественным поражением слюнных желез, чаще околоушных.



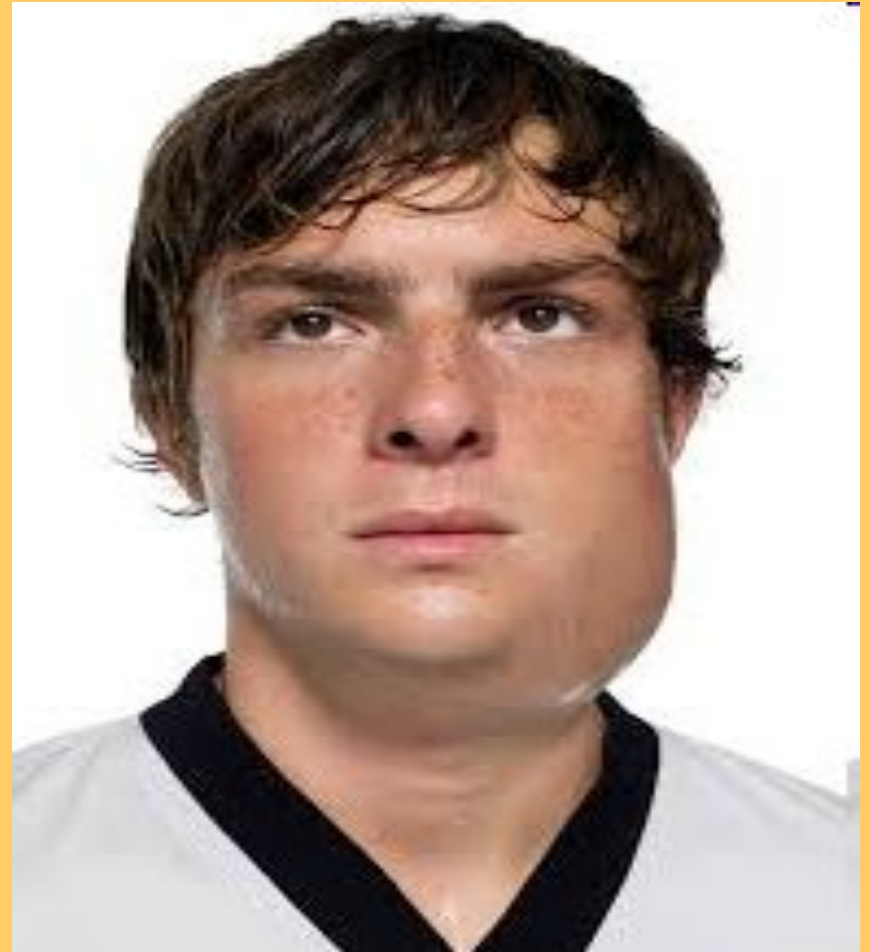
# Этиология

- Возбудитель — вирус, содержит РНК;
- быстро погибает при высокой температуре, под воздействием дезинфицирующих растворов, ультрафиолетового облучения;
- хорошо сохраняется при низкой температуре.



# Эпидемиология

- Источник инфекции - больной человек, который опасен два последних дня инкубации и 9 дней заболевания;
- воздушно-капельный путь передачи.
- болеют мужчины в возрасте 3-5 лет, 16-25 лет;
- чаще встречается в зимне-весенний период;
- стойкий пожизненный иммунитет.



# Патогенез

- Входными воротами инфекции служат слизистые оболочки полости рта, носа и глотки;
- вирус с током крови заносится в слюнные железы;
- в слюнной железе изменения обнаруживаются в эпителиальных клетках (вплоть до некроза железистого эпителия).



# Клиника

- Инкубационный период 15-20 дней;
- повышается температура тела;
- боль в околоушной области, усиливающаяся при жевании и глотании;
- затруднение при открывании рта;
- кожа над пораженной железой напряжена, лоснится, но цвет ее не меняется.



# Лабораторная диагностика

- Выделение вируса из крови, смывов из глотки, секрета околоушной слюнной железы, цереброспинальной жидкости и мочи методом иммунофлюоресценции;
- серологические методы (нарастание титра антител в парных сыворотках в динамике).



# Лечение

- Симптоматическое на дому;
- постельный режим, обильное питье, пища должна быть жидкой или полужидкой;
- после еды полоскание полости рта кипяченой водой, слабым раствором антисептика;
- сухое тепло на железу;
- при развитии осложнений - госпитализация.



# Хронические воспалительные заболевания слюнных желез

## Этиопатогенез

- Основной путь проникновения инфекции при данных заболеваниях, также как и при острых, *восходящий из полости рта на фоне снижения слюноотделения.*
- Чаще эти заболевания вторичны и возникают на фоне общих патологических состояний организма.
- Наиболее часто они встречаются:
- У женщин, страдающих эндокринными нарушениями (нарушения менструального цикла, аменорея, патологический климакс и др.)
- При патологии щитовидной железы (гипотиреозы)
- При патологии поджелудочной железы (сахарный диабет) и др.
- У больных гипертонической болезнью II - III стадии на фоне гипотензивной терапии и др.



# Классификация.

- 1) По этиологическому фактору различают хронические сиаладениты
  - ⊙ Неспецифические
  - ⊙ Специфические (туберкулез, актиномикоз, сифилис)
- 2) В зависимости от выявляемой сиалографической картины выделяют следующие клинико-рентгенологические формы заболеваний слюнных желез неопухолевой природы
  - ⊙ интерстициальную
  - ⊙ паренхиматозную
  - ⊙ сиалодохит
  - ⊙ смешанную
  - ⊙ выраженные нарушения архитектоники железы.
- 3) По течению (стадии) выделяют следующие формы
  - начальную
  - выраженных признаков
  - позднюю
  - хроническую
  - обострение хронической формы заболевания

# Слюннокаменная болезнь (сиалолитиаз) - заболевание, сопровождающееся образованием камней в выводных протоках и паренхиме слюнных желез.



1. Слюннокаменная болезнь с локализацией камня в протоке железы:

- 1) подчелюстной
- 2) околоушной
- 3) подъязычной

- а) без клинических проявлений воспаления в железе
- б) с хроническим воспалением железы
- в) с обострением хронического воспаления железы

2. Слюннокаменная болезнь с локализацией камня в железе:

- 1) подчелюстной
- 2) околоушной
- 3) подъязычной

- а) без клинических проявлений воспаления в железе
- б) с хроническим воспалением железы
- в) с обострением хронического воспаления железы

3. Хроническое воспаление железы на почве слюннокаменной болезни

- 1) подчелюстной
- 2) околоушной
- 3) подъязычной

- а) после самопроизвольного отхождения камня
- б) после оперативного удаления камня из протока

## Клиника:



В начальной стадии болезнь протекает бессимптомно. Вскоре в области пораженной железы появляется боль, особенно при приеме пищи. Но слюннокаменная болезнь не всегда протекает бурно. Иногда камень растет медленно, и сильная боль, припухлость могут проявиться лишь во время обострения хронического процесса в железе. Между обострениями железа остается плотной, иногда беспокоит покалывание во время еды. После еды человек чувствует себя здоровым.

Хроническое течение воспалительного процесса чаще наблюдается при локализации камня не в протоке, а в паренхиме железы. При этом слюнная железа хотя и постепенно увеличивается, но остается подвижной и безболезненной. Из протока железы выделяется вязкий секрет с примесью хлопьев слизи, иногда гноя.



## Этиология и патогенез:

Развитие сиалоаденита связано, как правило, с инфекцией. Первичный сиалоаденит, представленный эпидемическим паротитом и цитомегалией, связан с вирусной инфекцией. Вторичные сиалоадениты вызывают разнообразные бактерии, грибы. Пути проникновения инфекции в железу различны: стоматогенный (через протоки желез), гематогенный, лимфогенный, контактный. Неинфекционной природы сиалоадениты развиваются при отравлении солями тяжелых металлов (при выведении их со слюной).



## Лечение:

- Лечение больных слюннокаменной болезнью зависит от стадии воспалительного процесса, наличия обострения сialoadенита. При обострении калькулезного сialoadенита показано такое же лечение, как и при остром сialoadените, однако у некоторых больных успех консервативной терапии определяется степенью обтурации протока конкрементом.
- Если из устья протока слюнной железы нет отделяемого, и консервативная терапия не приводит к улучшению состояния больного, то следует вскрыть проток над камнем, при этом камень может выделяться самопроизвольно. Если имеются клинические признаки абсцедирования в области расположения камня, то необходимо вскрыть абсцесс и удалить камень. При тяжелом прогрессирующем воспалении лечение производят в стационаре.
- В хронической фазе калькулезного сialoadенита показано удаление камня из протока или железы, а при невозможности этого или при рубцовом изменении в железе экскохлеация нижнечелюстной железы.
- При удалении камня из протока его следует прошить и перевязать на время операции удаления камня, дистально от места его локализации во избежание его смещения.

# БОЛЕЗНЬ ШЕГРЕНА

- Болезнь Шегрена (первичный синдром Шегрена) - системное аутоиммунное заболевание, характеризующиеся хроническим воспалением экзокринных желез, прежде всего слюнных и слезных, с постепенным развитием их секреторной недостаточности в сочетании с различными системными проявлениями.
- Наряду с болезнью выделяют *синдром Шегрена* (вторичный синдром Шегрена) - поражение слезных желез с развитием сухого кератоконъюнктивита и слюнных желез с развитием хронических аутоиммунных заболеваний - ревматоидном артрите, системной красной волчанке, системной склеродермии, хроническом активном гепатите, первичном билиарном циррозе печени, аутоиммунном тиреоидите и др.

# ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- Причины заболевания неизвестны. Предполагается роль наследственного фактора, у больных часто обнаруживаются антигены HLA B8, DW3, DW2. Не исключается роль вирусной инфекции, в частности ретровирусов, которые вызывают экспрессию HLA DR-антигена и транслокацию аутоантигенов на мембраны эпителиальных клеток с последующей активацией В-лимфоцитов на фоне недостаточности Т-супрессоров (Jacobsson).
- К факторам, предшествующим началу болезни и её рецидивам, относятся грипп, простой пузырьковый лишай, ангины, травмы или трещины красной каймы губ, охлаждение, приём лекарств и др.
- Согласно другим представлениям, развитие этого синдрома обусловлено нарушением функции вегетативных волокон лицевого нерва, в частности парасимпатических. Сообщается о функциональных изменениях различных периферических нервов и центральной нервной системы.

# КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА

## Вариант течения

Подострое

Хроническое

## Стадия развития

Начальная

Выраженная

Поздняя

## Степень активности

Минимальная (I)

Умеренная (II)

Высокая (III)



# Клинические проявления БШ можно разделить на две группы:

## **I - симптомы, связанные с поражением секретирующих эпителиальных желез:**

- сухой конъюнктивит или кератоконъюнктивит, нитчатый кератит;
- увеличение слезных желез;
- ксеростомия, рецидивирующий сиалоаденит, субмаксиллит или паротит, увеличение поднижнечелюстных или околоушных желез;
- сухость слизистых оболочек носа, глотки гортани, трахеи, бронхов, наружных женских половых органов и влагалища;
- сухость кожи;
- хронический атрофический гастрит, хронический панкреатит, персистирующей гепатит, аутоиммунный холангит;
- поражение канальцевого аппарата почек;

## **II - внежелезистые системные проявления:**

- артралгии, рецидивирующий неэрозивный артрит, миалгии или миозит;
- клинические проявления поражения сосудов: язвенно-некротический васкулит, генерализованный васкулит, гипергаммаглобулинемическая пурпура, криоглобулинемическая пурпура, смешанная пурпура, уртикарные высыпания, тромбоцитопеническая пурпура;
- синдром Рейно;
- генерализованная лимфоаденопатия, спленомегалия, лимфома;
- поражение легких, выпотной серозит;
- поражение почек: почечный канальцевый ацидоз VII типа, тубулоинтерстициальный нефрит, гломерулонефрит или нефротический синдром, острая или хроническая почечная недостаточность;
- поражение периферической или центральной нервной системы (изолированное или сочетанное);
- аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз или тиреотоксикоз.

# Критерии диагноза болезни и синдрома Шегрена

## ***I. Сухой конъюнктивит/кератоконъюнктивит:***

- 1) снижение слезовыделения– стимулированный тест Ширмера <10 мм/5 минут;
- 2) окрашивание эпителия конъюнктивы/роговицы бенгальским розовым и флюоресцеином +1 и >;
- 3) снижение времени разрыва прекорнеальной слезной пленки <10 секунд.

## ***II. Паренхиматозный сиаладенит:***

- 1) сиалометрия <2,5 мл/5 минут (стимулированная);
- 2) обнаружение полостей >1 мм при сиалографии;
- 3) очагово–диффузная лимфогистиоцитарная инфильтрация в биоптатах слюнных желез (>2 фокусов в 4 мм<sup>2</sup> в 4 оцениваемых железках).

## ***III. Лабораторные признаки аутоиммунного заболевания:***

- 1) положительный РФ (титр 1:80) или
- 2) положительный АНФ (титр 1:160) или
- 3) обнаружение Ro/La антиядерных антител.

## ЛЕЧЕНИЕ

- Комплексная терапия, включающая кортикостероиды (преднизолон по 25-30 мг в сутки), антибиотики широкого спектра действия (окситетрациклин по 100-200 тыс. ЕД 4-5 раз в сутки; метациклин по 300 тыс. ЕД 2 раза в сутки и др.), препараты 4-аминохинолинового ряда (делагил, хлорохин-дифосфат, плаквенил по 0,25 г 2 раза в день, 20-25 г на курс); антигистаминные препараты; витамины (аскорбиновая кислота и др.). Для предотвращения сухости глаз назначаются искусственные слезы, в нос закапывают физраствор









