

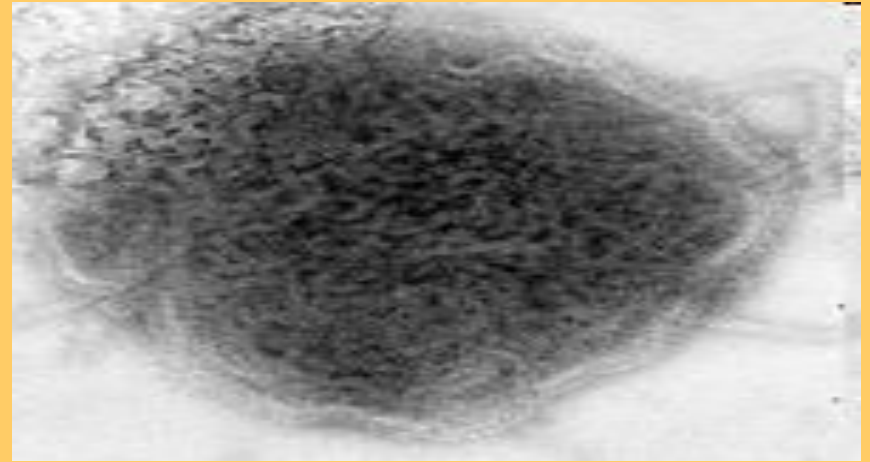
Определение

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



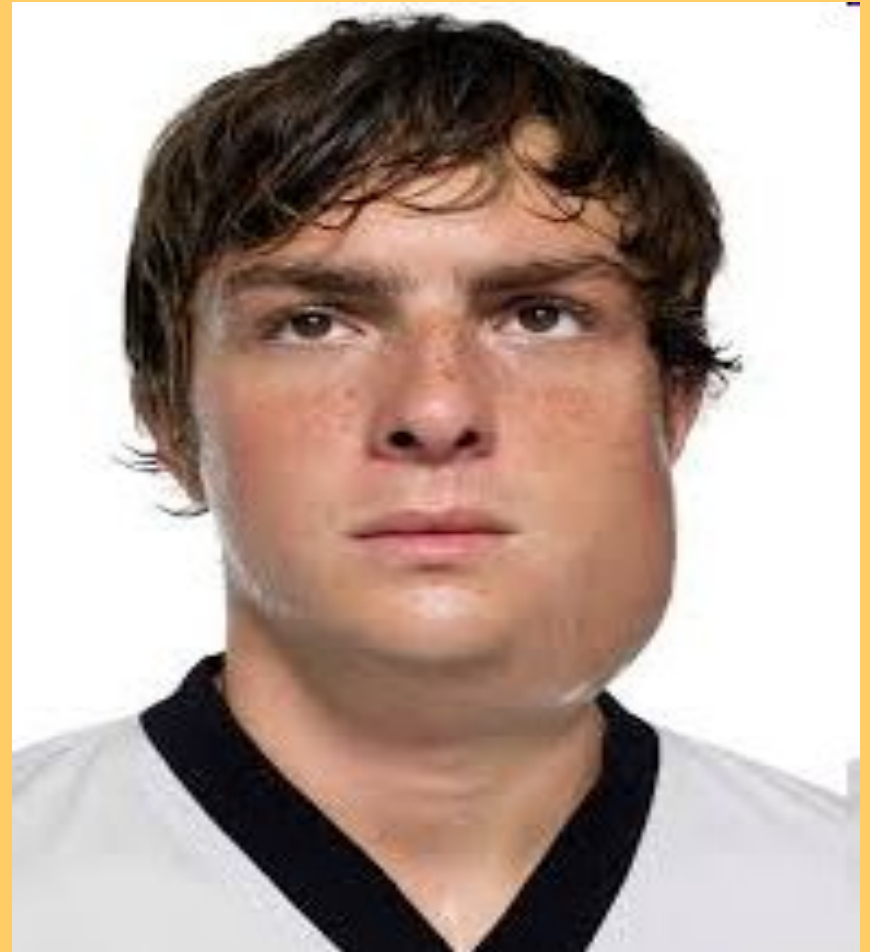
Этиология

- 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 лимфаденопатия, 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 мм² 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

