

## ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Краткая анатомическая характеристика слюнных желез

В толще слизистой оболочки полости рта и языка заложено большое количество мелких слюнных желез. Название желез определяется местом их расположения: небные, язычные, щечные и т.д. Кроме того, в полость рта открываются выводные протоки трех пар крупных слюнных желез: околоушных, подчелюстных и подъязычных.

По характеру секрета, выделяемого слюнными железами, их делят на белковые, слизистые, смешанные.

Околоушная железа самая крупная из слюнных желез. Лежит в позадичелюстной ямке. Верхняя часть железы примыкает к хрящевой части наружного слухового прохода. Передняя часть располагается на наружной поверхности жевательной мышцы. Задняя часть железы примыкает к переднему краю. Нижний край достигает угла нижней челюсти. Выводной проток железы начинается от ее передней части, проходит в горизонтальном направлении по наружной поверхности жевательной мышцы, у переднего края последней делает поворот внутрь, пронизывает щечную мышцу и открывается на слизистой оболочке щеки в преддверие полости рта на уровне второго верхнего моляра. Секрет в большей степени белковый.

Подчелюстная железа. Расположена в подчелюстной ямке, под челюстно-подъязычной мышцей, перегибаясь через ее задний край, железа частично ложится на верхнюю поверхность этой мышцы. Здесь от железы отходит выводной проток, который соединяется с выводным протоком подъязычной железы и открывается на подъязычном мясе. По характеру секрета железа относится к смешанным она вырабатывает белково-слизистую слюну.

Подъязычная железа. Распологается в области подъязычной складки под языком, лежит на верхней поверхности челюстно-подъязычной мышцы. Железа имеет несколько выводных протоков. Мелкие открываются по ходу подъязычной складки, а самый крупный соединяется с выводным протоком подчелюстной железы и открывается в полость рта на подъязычном мясе. Секрет этой железы слизисто-белковый, с преобладанием слизи.

Классификация воспалительных заболеваний слюнных желез.

б

I. Острые сиалоадениты

А. Эпидемический паротит, вызванный:

1. Фильтрующимся вирусом свинки.
2. Вирусом гриппа. Гриппозный сиалоаденит.
3. Другими вирусами.

Б. Неэпидемический сиалоаденит, возникший:

1. При общих острых инфекционных заболеваниях.
2. В послеоперационном периоде.
3. При кахексии, сердечно-сосудистой недостаточности и других хронических заболеваниях, нарушающих трофику тканей.
4. Лимфогенный (паротит Герценберга).
5. Контактный (при флегмоне в прилегающих к железе областях).
6. При попадании инородного тела в протоки слюнных желез, за исключением слюнных камней.

II. Хронические сиалоадениты

1. а) интерстициальные;  
б) паренхиматозный неспецифические;  
в) сиалодохит.
2. Калькулезный сиалоаденит.
3. Специфические:  
а) актиномикоз;

б) туберкулез;

в) сифилис.

Клиника. Этиология. Патогенез.

Из многообразных заболеваний слюнных желез чаще встречаются их воспалительные заболевания. Этиология и патогенез их различны: воспалительный процесс в слюнной железе может развиваться в результате вирусного поражения, вследствие инфицирования, происходящего в условиях рефлекторного прекращения слюноотделения (послеоперационные паротиты), при механической закупорке протока внедрившимся инородным телом или слюнным камнем или на фоне тяжелого инфекционного заболевания, стоматитов, в терапевтических отделениях – у больных с нарушением трофики при сердечно-сосудистой недостаточности, заболеваниях органов пищеварения и др. заболеваниях общего характера, нарушающих обменные процессы в организме. В онкологических стационарах острый сиалоаденит наблюдается у больных с кахексией при злокачественных новообразованиях. Проникновение инфекции в слюнную железу возможно несколь-

7  
ким путями: стоматогенным, гематогенным, лимфогенным, по протяжению.

Воспаления слюнных желез по патогенезу можно подразделить на:

1. Восходящие или каналикулярные, если инфекция проникает в железу через выводные протоки из полости рта в результате резкого, хотя бы временного, ослабления или прекращения слюноотделения. В норме в полости рта проникновению микробов в железы препятствует поток вытекающей слюны – как механическим вымыванием, так и своим химическим действием. Воспалительные изменения поражают, прежде всего, сами слюнные протоки. Их стенки и окружающие ткани пропитываются воспалительным инфильтратом. Просветы протоков подвергаются изменениям. Иногда происходит их сужение, тогда как над ними, в связи с застоем слюны, наблюдается расширение. Стенки слюнного протока бывают неровными и хрупкими, легко разрываются под давлением накопившейся слюны или при введении контрастного вещества.
2. Нисходящие воспаления, если инфекция проникает в железу по кровеносным или лимфатическим путям. Воспалительные изменения наступают, прежде всего, в интерстициальной ткани вокруг сосудов и слюнных протоков, а поражение ацинусов железы бывает вторичным.
3. Смешанные – при ослаблении функции железы в результате нисходящего воспаления инфекция проникает к слюнным протокам, и таким образом на гистологическом препарате наблюдается одновременно изменения в интерстициальной ткани, в слюнных протоках и в смежной с ними ткани.

Клинические признаки воспалительных заболеваний слюнных желез

1. Отечность железы – наблюдается при всех воспалениях, ее характер зависит от того, какая железа поражена. Характерным признаком паротита является оттопыривание ушной мочки.
2. Болезненность – при острых воспалениях она появляются самопроизвольно, и усиливается при движении челюстей и глотании. Особенно при гнойных паротитах боль бывает очень сильной. При хронических сиалоаденитах боль меньше, но все же выражена.
3. Ослабление слюноотделения. При одностороннем поражении околоушной или подчелюстной железы, сравнивая отток из выводных протоков, нетрудно обнаружить резкое уменьшение, и даже прекращение слюноотделения на больной стороне.

8

Эпидемический паротит. (Заушница, свинка)

Инфекционное контагиозное заболевание. Возбудитель – фильтрующий вирус. Инкубационный период 2–3 недели. Чаще пора-

жаются большие слюнные железы (обычно околоушные железы). В основном поражается детское население, взрослые болеют реже. В настоящее время эпидемический паротит наблюдается как в виде sporadicческих заболеваний, так и редких эпидемических вспышек в закрытых и детских коллективах. Наибольший процент заболеваний приходится на возраст от 7 до 10 лет. Заражение происходит воздушно-капельным путем, а также контактно-бытовым. Поражается строма железы. Клиника. Болезнь начинается остро, температура до 40°C, происходит увеличение околоушной железы сначала с одной, затем с другой стороны. В развитии припухания слюнных желез определяются 3 периода.

1. Период роста припухлости – 3–5 дней.
2. Период максимального увеличения – 4–7 дней.
3. Период уменьшения припухлости – 4–7 дней.

Снижается слух на стороне поражения из-за сужения слухового прохода, появляется шум в ушах. По мере нарастания отека стенка в боковой области лица кожа напряжена, лоснится. Больные отмечают сухость, но иногда может быть гиперсаливация, боль при открывании рта. При пальпации железы со стороны кожных покровов определяются болезненные точки: над вырезкой нижней челюсти, ниже мочки уха, у вершины сосцевидного отростка височной кости. При осмотре полости рта: отечность сосочка Стенонова протока железы, гиперемия окружающей его слизистой оболочки и зева. В крови: небольшая лейкопения или небольшой лейкоцитоз, повышение СОЭ.

По степени тяжести различают 3 степени болезни: легкую, среднюю, тяжелую. Осложнениями эпидемического паротита являются: орхит, менингит, энцефалит, паралич черепно-мозговых и спинномозговых нервов.

Болезнь следует дифференцировать от:

1. Острого неэпидемического паротита (при этом массаж железы всегда сопровождается выделением мутной, густой или гнойной слюны; сбор анамнеза).
2. Ложного паротита – слюна чистая, оттекает в обычных количествах. Лимфаденит может возникнуть вследствие перикоронарита, ретромолярного периостита, острого или обострения хронического тонзиллита.

9

Лечение: симптоматическое. Строгий постельный 7–10-дневный режим, изоляция больного. Питание – жидкая или кашеобразная пища с достаточным количеством фруктовых соков. Тщательный уход за полостью рта. Назначают согревающие компрессы на область железы, физиотерапевтические (повязки) процедуры: УВЧ, УФО, рассасывающую терапию. В целях предупреждения заболевания уместны прививки ослабленным вирусом.

Гриппозный сиалоаденит

Часто во время эпидемий гриппа могут обратиться больные с признаками острого сиалоаденита одной или нескольких больших и малых слюнных желез. При этом острый воспалительный процесс в железе возникает или на фоне общих гриппозных симптомов или в период стихания признаков гриппа, или развивается без предварительных симптомов общего гриппозного заболевания.

Хроническое воспаление слюнных желез

Хронический сиалоаденит представляет собой воспалительное заболевание слюнных желез с невыясненной этиологией и мало изученным патогенезом. Выделяют три формы сиалоаденита по преимущественному поражению разных анатомических отделов слюнной железы: интерстиции – интерстициальный сиалоаденит, паренхимы – паренхиматозный, системы выводных протоков – сиалодохит. Хронический сиалоаденит чаще возникает в околоушных железах, реже поражаются подчелюстные, подъязычные и малые слюнные железы.

Интерстициальный сиалоаденит – заболевание характеризуется прогрессирующим разрастанием междольковой ткани, которая приводит к постепенному сужению просвета протоков и при длительном течении заболевания к атрофии паренхимы железы. Поражается в основном околоушная слюнная железа. Заболевание чаще двухстороннее и проявляется в виде симметричного увеличения околоушных желез. Этиология неизвестна. Предполагают, что нарушение в слюнных железах возникает на фоне общих заболеваний организма. В анамнезе отмечают гипертоническую болезнь, атеросклероз, деформирующий спондилез, хронический гастрит, холецистит и др.

#### Клиника

Для развития заболевания характерно незаметное начало. Происходит постепенное безболезненное увеличение пораженной железы. Окраска кожных покровов не изменена, они подвижны, собираются в складку. При бимануальной пальпации определяется тестообразная консистенция увеличенной в размере железы. При массировании околоушных желез из их выводных протоков выделяется чистая слюна, но в меньших, чем обычно количествах. При проведении сиалографических исследований на этой стадии развития заболевания не выделяют признаков выраженной патологии.

Процесс обострения сопровождается повышением температуры тела до 37,3–37,5°С. Железа несколько увеличивается, уплотняется, ее пальпация становится болезненной. Из протока выделяется мутная слюна. При надлежащем лечении острые явления воспаления постепенно стихают, слюна вновь становится прозрачной, но железа еще больше увеличивается.

Выводной проток пораженной железы – узкий, что создает трудности при проведении сиалограммы. На сиалограмме определяется сужение протоков всех порядков, но они достаточно хорошо контурируются. При спокойном течении болезни больных, прежде всего беспокоит эстетическая сторона, в связи с развитием асимметрии лица.

По степени выраженности клинического процесса различают: начальную, клинически выраженную, позднюю. Диагностика интерстициального сиалоаденита основана на постепенном равномерном увеличении железы от начальной к поздней стадии и медленном снижении ее функции. Обострение протекает вяло, с небольшими болями и незначительным повышением температуры тела.

Паренхиматозный сиалоаденит

Заболевание характеризуется поражением концевых отделов железы, где происходит расширение междольковых ее более крупных протоков, а также пролиферация покровного эпителия. Этиология неизвестна. Многие авторы предполагают, что заболевание является следствием врожденных изменений системы протоков железы и дисплазии ее ткани с образованием кистозных полостей.

Клиника. В начальном периоде заболевания наблюдается увеличение железы; прием пищи сопровождающееся болями и появлением в слюне хлопьев и комочков слизи, позже прожилков гноя. Пальпаторно определяется плотная бугристая железа. Окраска кожных покровов над ней не изменена, с капсулой они не спаяны.

Периодически наблюдается обострение заболевания, особенно в холодное время года. При этом возникают боли, повышается температура тела, кожные покровы оказываются спаянными с капсулой железы. На сиалограмме нет четкого изображения протоков I и последующих порядков, в концевых отделах железы определяются полости, заполненные контрастным веществом. В начальной стадии заболевания

они имеют диаметр 1–2 мм, в поздней стадии он достигает 5–6 мм. Главный выводной проток в начальной стадии не изменен, а в поздней имеет колбообразные вздутия.

Хронический паренхиматозный паротит может быть распознан на основании периодического обострения процесса в области железы, протекающего бурно, с выделением из околоушного протока гноя или секрета, содержащего слизистые и фиброзные включения. Во время ремиссии припухлость неравномерная, имеются уплотнения в отдельных ее участках. Хронический сиалоаденит. Наблюдается у 30,8% больных. Наиболее часто поражаются околоушные слюнные железы. Характеризуется первичным поражением главных и внутрижелезистых выводных протоков. Этиология неизвестна. Существует несколько мнений. Одни авторы считают, что заболевание является одним из вариантов течения паренхиматозного паротита. Другие причину расширения выводных протоков видят в сдавливании их в область устья или на протяжении протока различными патологическими процессами: опухолью, лимфатическим узлом при лимфадените, стриктурой протока при его травме, воспалением устья протока при афтозном стоматите. Некоторые авторы считают это проявлением возрастной патологии.

#### Клиника

Больные жалуются на обильное самопроизвольное слюноотделение, еще больше усиливающееся при приеме пищи, особенно острой, припухание в околоушно-жевательной области, связанное с ретенцией слюны в расширенных мелких протоках железы и сопровождающееся ощущением распирания или резкими болями. Иногда в полость рта выделяется большое количество слюны, что характерно для расширения Стенонова протока. Процесс может протекать бессимптомно и обнаруживается случайно или при обследовании больного после обострения. Слюна имеет солоноватый вкус.

Пальпаторно по ходу главного выводного протока определяется плотная ограниченная инфильтрация тканей. При массаже мягких тканей по ходу протока происходит обильное отделение слюны.

На сиалограмме четко контурируется главный выводной проток и протоки I–II порядков, имеющие неровные контуры, появляются сужия I–II порядков, имеющие неровные контуры, появляются сужия II порядков, имеющие неровные контуры, появляются сужия III порядков, имеющие неровные контуры, появляются сужия IV порядков, имеющие неровные контуры, появляются сужия V порядков. По мере развития заболевания отмечается склерозирование паренхимы железы.

#### Лечение хронического сиалоаденита

Цели: Повышение неспецифической резистентности, улучшение функции железы, предупреждение повторного обострения сиалоаденита,

улучшение трофики тканей железы, приостановление нарастания склерозирования стромы и дегенеративных изменений в паренхиме (2% йодида калия по 1 ст. л + 3 раза в день; новокаиновая блокада 0,5%; пирогенал с 25 МПД через 2–3 дня – 25 инъекций).

В поздней стадии паренхиматозного паротита и сиалодохита с гнойными выделениями начинают вводить антибиотики.

Протеолитические ферменты способствуют разжижению и лучшему отхождению фибриновых пробок, сгустков при протоках.

Использование йодолипола допускается в тех случаях, когда в железе образуются полости. Йодолипол, задерживаясь в полостях, препятствует возникновению обострения процесса, а постепенно отщепляясь йод замедляет процесс склерозирования железы. Йодолипол вводят 1 раз в 3–4 месяца.

Физиотерапия: гальванизация ежедневно в течении 30 дней. После 16 процедур перерыв на несколько дней.

Рентгенотерапия. Основана на противовоспалительном действии

малых доз излучения (от 5–10), способности  $\alpha$ -лучей регулировать центр лучей регулировать центры ВНС, угнетать симпатическую нервную систему. Чаще используют при интерстициальном сиалоадените.

Хирургические методы применяют редко. Показания:

- неэффективность консервативной терапии;
- частое обострение воспалительного процесса 6–10 раз в год, сопровождающееся нагноением:
  - а) бужирование протока;
  - б) субтотальная или тотальная резекция околоушной слюнной железы;
  - в) перевязка околоушных протоков.

Слюннокаменная болезнь или калькулезный сиалоаденит – один из наиболее частых патологических процессов, поражающих слюнные железы. По данным литературы он встречается от 20,5 до 78,5% от всех заболеваний слюнных желез.

Этиопатогенез слюннокаменной болезни не вполне ясен. Возможно, в возникновении слюнных камней огромное значение имеет нарушение минерального обмена, особенно кальциевого, гипо- и авитаминоз А, наряду с местными причинами, вызывающими воспаление железы и протоков, ведущими к сужению просвета протока, замедлению тока слюны, изменению ее физико-химических свойств. Обязательным моментом для камнеобразования является наличие ядра, являющегося матрицей для отложения солей  $Ca^{+}$ ,  $M^{+}$ ,  $P^{+}$ . В качестве ядра наблюдали

13  
такие инородные тела как: ости злаков, рыбы кости, волосы, слюнной тромб, представляющий собой скопление клеток эпителия и лейкоцитов, склеенных фибрином, актиномицеты. Слюнные камни бывают разными по форме и величине. Камни, находящиеся в железе, – округлые, имеют неровную поверхность; камни, образовавшиеся в протоке слюнной железы – продолговатой формы. Цвет обычно желтый с различными оттенками или серый. На распиле наблюдается слоистое строение. Иногда в центре камня обнаруживается инородное тело – ядро. Величина его от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Состав: соли кальция фосфата – 60–70%; соли кальция карбоната – 5–10%; следы  $K^{+}$ ,  $A^{+}$ ,  $Fe$  и др. плюс эпителиальные клетки, бактерии, слизь, грибы. Клиника

В начальной стадии калькулезный сиалоаденит протекает бессимптомно и камень чаще всего обнаруживается случайно при рентгенологическом исследовании. Основным симптомом в этой стадии у больных является нарушение слюноотделения. Прежде всего появляются затруднение оттока слюны во время приема пищи, особенно острой и кислой, что проявляется увеличением соответствующей железы и возникновением боли приступообразного, распирающего характера – слюнная колика. Эти явления сохраняются иногда несколько минут или часов и постепенно исчезают, но повторяются во время следующего приема пищи, иногда при мысли о еде. Болевые ощущения могут не повторяться в течение нескольких дней, месяцев или лет. В этот период из протока выделяется неизменная слюна. При внешнем осмотре лишь иногда определяется некоторое увеличение пораженной слюнной железы, но этот признак непостоянен. Увеличенная железа при пальпации безболезненная и мягкая. При наличии камня в железе определяется участок уплотнения. При бимануальной пальпации по ходу Вартонова протока, можно обнаружить небольшое ограниченное уплотнение (камень). Слизистая полости рта, устье протока без воспалительных изменений. При зондировании определяется шероховатая поверхность конкремента. На сиалограмме определяется равномерное расширение протоков кзади от места расположения камня. Протоки имеют ровные четкие контуры. Изображение паренхимы не изменено.

Стадия клинически выраженного воспаления – при нарастании воспалительных явлений – переход начальной стадии во 2-ю. При этом кроме симптомов задержки слюны, возникают признаки обострения хронического процесса. При локализации камня в околоушной слюнной железе появляется чувство распирания в околоушно-жевательной и поза-

дичелюстной областях. При локализации камня в протоке первичные признаки воспаления возникают по ходу его, а затем в процесс вовлекается железа. Больные жалуются на появление болезненной припухлости в подъязычной или щечной областях, затрудненный прием пищи, нарушение общего состояния.

При внешнем осмотре наблюдается припухлость в области пораженной железы. При пальпации ощущается болезненность, могут иметь место явления периаденита. При осмотре полости рта определяется гиперемия слизистой оболочки подъязычной или щечной области. Пальпация определяет плотный болезненный инфильтрат по ходу протока. При бимануальной пальпации проток прощупывается в виде тяжа. Не всегда можно обнаружить конкремент из-за чрезмерной инфильтрации. Лишь по ходу протока, на месте расположения камня можно определить более уплотненный болезненный участок. При надавливании на железу или пальпации протока, особенно после зондирования его, из устья выделяется слизисто-гнойная жидкость или густой гной. В некоторых случаях секрета получить не удается.

На сиалогамме отмечается расширение и деформация протоков слюнной железы за камнем: чем чаще обострение, тем значительнее деформированы протоки.

После противовоспалительной терапии клинические явления стихают, слюноотделение восстанавливается, припухлость исчезает. Нередко гнойное воспаление может привести к абсцедированию в области расположения камня, самопроизвольному вскрытию абсцесса и выделение с гноем камня или смещение его в мягкие ткани.

Поздняя стадия. В этой стадии выражены клинические признаки хронического воспаления. Больные жалуются на постоянную припухлость в области слюнной железы, слизисто-гнойное отделяемое из протока. В анамнезе неоднократные обострения. При осмотре устанавливаются ограниченные пределами железы припухлость плотную, безболезненную при пальпации. При массировании железы выделяется слизеподобный секрет с гнойными включениями; устье протока расширено. Пальпация Стенонова, Вартонова протоков устанавливает уплотнение (признаки сиалодохита).

На сиалогамме при расположении камня в переднем или среднем отделе протока слюнной железы выявляется расширение заднего участка выводного протока и протоков I–II порядка, которые имеют неров-I–II порядка, которые имеют неров-II порядка, которые имеют неров-II порядка, которые имеют неровные контуры. Паренхима железы определяется нечетко. Если камень находится в заднем отделе протока железы, то изменение протоков раз-

15  
вивается внутри железы, а выводной проток остается неизменным.

Протоки железы I–III порядков расширены, деформированы, прерыви-I–III порядков расширены, деформированы, прерыви-II–III порядков расширены, деформированы, прерыви-III порядков расширены, деформированы, прерыви-III порядков расширены, деформированы, прерыви-III порядков расширены, прерывисты. Паренхима железы часто не определяется или выражена нечетко.

При локализации камня в слюнной железе может выявляться дефект наполнения. Камень окружен контрастным веществом. Протоки железы расширены и деформированы, паренхима нечеткая. Слюннокаменную болезнь необходимо подтвердить при рентгенограмме дна полости рта во время которой хорошо выявляются камни переднего и среднего отдела подчелюстного протока. Камень, находящийся в дистальном отделе подчелюстного протока и железы определяется на рентгенограмме, выполненной по Коваленко. На снимке нижней челюсти в боковой проекции, тень камня иногда располагается выше основания нижней челюсти или накладывается на ее угол. Камень околоушной железы определяется на рентгенограмме в прямой проекции черепа, камень околоушного протока – в боковой проекции или при внутривидеографии снимке через мягкие ткани.

Лечение зависит от стадии воспалительного процесса, наличия

обострения.

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 выделиться самопроизвольно.

Если имеются клинические признаки абсцедирования в области расположения камня, то необходимо вскрыть абсцесс и удалить камень. В хронической фазе калькулезного сиалоаденита показано удаление камня из протока или железы, а при невозможности этого – экстирпация поднижнечелюстной железы.

В послеоперационном периоде лечение должно быть направлено на предупреждение задержки слюны, снятие послеоперационного воспаления. Назначают противовоспалительную терапию.

Слюногонная диета

Способы хирургического вмешательства:

1. Удаление железы вместе с камнем. Экстирпация.
2. Удаление камня из железы внутриворотным доступом.
3. Удаление камня из железы через наружный разрез – экстраоральная сиалоаденотомия.

Реактивно-дистрофические изменения слюнных желез

Слюнные железы тонко реагируют на многие изменения в организме как физиологического характера (беременность, роды, кормление

16 ребенка, климакс), так и на патологические состояния организма (заболевания нервной, пищеварительной, эндокринной систем, крови, соединительной ткани – коллагеноз, авитаминоз, глистные инвазии и т.д.). Все эти изменения в слюнных железах объединяются термином «сиалоз». Иногда это состояние можно рассматривать как состояние предболезни.

Имеется группа реактивных заболеваний слюнных желез, симптомы которых закономерно сочетаются с поражением ряда других органов. Эти заболевания описаны как синдромы болезнь и синдром Микулича (1895-2); болезнь и синдром Шегрена (1933). Течение этих заболеваний зависит от течения основного заболевания. При положительной динамике общего процесса происходит улучшение и со стороны слюнных желез. Если общее заболевание неизлечимо, то процесс со стороны слюнных желез прогрессирует. При наличии сиалоза как первого признака общего заболевания, больные зачастую попадают в стоматологические лечебные учреждения и долго лечатся с диагнозом, касающимся патологии слюнных желез (гиперсаливация, ксеростомия, хронический сиалоаденит), а также при некоторых заболеваниях пищеварительной системы (хронический гастрит, гепатохолесцистит).

Секретция снижается при некоторых эндокринных расстройствах: гипотиреозе, патологическом анемии, заболевания нервной системы (церебросклероз). Общие дистрофические состояния также сопровождаются снижением функции слюнных желез.

Изменение слюнных желез происходит и при ревматических заболеваниях – коллагенозах.

В настоящее время слюнные железы рассматривают и как региональный комплекс тимиколимфатической системы, что подтверждается рядом факторов. В поднижнечелюстных железах найдены плазматические клетки. Предполагается, что в этих клетках вырабатываются иммуноглобулины, обнаруживаемые в слюне, поэтому возможна связь слюнных желез с иммунокомпетентной системой и возникновением аутоиммунных заболеваний. Многократные клинические наблюдения подтверждают наличие ряда заболеваний слюнных желез, в патогенезе которых определяется признаки нарушения иммунного статуса. К таким заболеваниям относят болезнь и синдром Микулича, болезнь и синдром Шегрена. Они имеют общие признаки (системное поражение слюнных желез, длительное хроническое те-

чение процесса с периодическим обострением), но этиология и патогенез их различны.

17

**Болезнь Микулича.** Сочетанное увеличение слезных и всех слюнных желез называют болезнью Микулича, а если они наблюдаются при лейкозе, лимфогранулематозе, туберкулезе, сифилисе, эндокринных нарушениях, то синдромом Микулича.

Клиническая картина заболевания слюнных желез имеет ряд характерных признаков. Припухшие железы плотны, безболезненны. Кожа, покрывающая их, в цвете не изменена. Локализация припухлости характерна для каждой слюнной железы: околоушной, поднижнечелюстной, подъязычной и малых слюнных желез в полости рта иногда отмечается в поздней стадии. При этом течение болезни может осложниться воспалительным процессом, сиалоз переходит в сиалoadенит, который по своему клиническому течению имеет много общего с поздней стадией хронического интерстициального сиалoadенита.

Лечение болезни Микулича представляет большие трудности.

Применение, как предлагают некоторые авторы, препаратов мышьяка и калия йодида не приводят к прекращению процесса. Отмечается лишь некоторое улучшение состояния больных. Хорошие результаты дает рентгенотерапия: припухлость желез резко уменьшается или полностью исчезает. Однако эффект лечения не стойкий, часто наступают рецидивы. Мы рекомендуем проведение новокаиновой блокады, применение галантамина, что улучшает трофику тканей и стимулирует секреторную функцию слюнных желез. В случаях хронического воспаления желез, осложняющего течение основного заболевания, следует провести противовоспалительное лечение (введение в протоки железы бактериофага, антибиотиков, компресс с димексидом и др). В комплекс лечебных мероприятий следует включить также препараты, повышающие неспецифическую резистентность организма: витамины, натрий нуклеинат и др. Кроме того, при лечении больных с синдромом Микулича применяют стероидные препараты. Эти больные должны находиться под наблюдением ревматолога, стоматолога, окулиста, онколога и терапевта.

**Болезнь (синдром) Гужеро-Шегрена.** Синонимы: ксеродерматоз, синдром Предтеченского-Гужеро-Шегрена, сухой синдром, болезнь (синдром) Шегрена – заболевание неясной этиологии, характеризующееся сочетанием признаков недостаточности желез внешней секреции: слезных, слюнных, потовых, сальных, слизистых и др.

Этиология и патогенез болезни (синдром) Шегрена изучены мало.

Считают, что в развитии патологического процесса играют роль инфекция, эндокринные расстройства, нарушение функции вегетативной

18

нервной системы, иммунного статуса. По-видимому, все эти причины, а не одна из них, имеют значение в возникновении и развитии заболевания.

Развитие сухого синдрома мы представляем себе следующим образом. В организме человека, генетически предрасположенного к данному заболеванию, в результате эмоционального стресса нарушаются функции всех эндокринных желез, что приводит к нарушению обмена в тканях. При этом в слюнных железах повышается проницаемость клеточных мембран. Последнее вызывает задержку выделения в протоки железы образовавшегося в клетках ацинусов секрета. Он переполняет клетку и проникает через ее оболочку в интерстициальную ткань. Белок, претерпевший определенные изменения в клетке ацинуса и предназначенный для выделения с секретом слюнной железы через проток в полость рта, попадая в интерстициальную ткань, играет роль антигена и вызывает образование антител против клеток паренхимы железы. Возникший аутоиммунный процесс вызывает реакцию лимфоидной ткани, ее гиперплазию и деструкцию клеточных элементов парен-

химы. Гипосалива обуславливает проникновение в железу инфекции и развитие хронического сиалоаденита. Подобные изменения происходят, по-видимому, во всех железах внешней секреции. Если учесть, что слюнные железы обладают и инкреторной функцией, то можно считать что патологическое состояние организма усугубляется недостаточностью этой функции. В настоящее время при целенаправленном опросе в большинстве случаев (около 90%) удается установить различного характера стрессовые ситуации перед появлением первых признаков болезни.

Известно также, что эмоциональный стресс приводит к значительным нарушениям в гормональной системе (гипофиз, надпочечники, щитовидная и другие железы внутренней секреции). Становится понятным, почему болезнь Шегрена чаще возникает у женщин пожилого возраста (в климактерическом периоде).

Клиника

Патологические проявления при болезни (синдроме) Шегрена со стороны слюнных желез многообразны. Это зависит от сочетания изменений слюнных желез с поражением других органов и тканей (органы пищеварения, глаза, эндокринные железы, суставы, соединительная ткань и др.), стадии процесса (начальной, клинически выраженной, поздней), активности клинического течения и лабораторных показателей (активное и неактивное течение).

19

В начальной стадии сиалоаденита при болезни (синдроме) Шегрена больные жалуются на незначительное уплотнение, чаще околоушных, реже поднижнечелюстных желез, распирающие ощущение во время еды, они тем сильнее, чем активнее протекает заболевание. При неактивном течении процесса уплотнения в области железы может не быть или оно совсем не беспокоит больного. Лишь изредка появляется обострение, повышается температура тела, появляется разлитая припухлость в области железы, полностью прекращается выделение слюны. Из протока может появиться гной. На протяжении 7–10 дней воспалительные явления постепенно стихают. В период ремиссии припухлость иногда не определяется. У таких больных на основании дополнительных исследований можно диагностировать сиалоаденит. Даже если процесс обостряется только в одной железе, то и в другой обнаруживается скрыто протекающий воспалительный процесс.

При сиалометрии из первой околоушной железы в среднем выделяется 1,9–0,9 мл, а из левой 1,9±0,2 мл секрета, из нижнеподчелюстных – соответственно 2,2±0,2 и 1,8±2 мл. Число функционирующих малых слюнных желез на 4 см<sup>2</sup> слизистой оболочки нижней губы 18±4.

Цитологическое исследование секрета позволило установить повышенное слущивание клеток плоского и цилиндрического эпителия. При радиосиалографии средние показатели концентрационной способности слюнных желез соответствуют нарушению функции железы I степени (компенсаторная стадия). При сиалографии и пантомосиалографии отмечена повышенная проницаемость протоков для контрастного вещества, в связи с чем изображение паренхимы неравномерное. Контуры протоков нечеткие, вокруг них определяется «облачко» контрастной массы, проникшей в интерстициальную ткань, которое рассасывается на протяжении недели. При биопсии малых слюнных желез нижней губы в концевых отделах обнаруживаются дистрофические процессы (переполнение ацинусов слизью, кистозная перестройка). Лимфоидный инфильтрат представлен небольшими скоплениями клеток или очаговой перидуктальной инфильтрацией.

В клинически выраженной стадии болезни (синдром) Шегрена больные, находившиеся под нашим наблюдением, жаловались на сухость в полости рта, разрушение зубов, припухание околоушных желез, периодически появляющееся обострение сиалоаденита. При обследовании околоушных желез в период ремиссии они часто были увели-

чены, плотны, бугристы, болезненны. Обычно поражались обе парные железы. Иногда отмечалось увеличение лимфатических узлов, причем

20  
больных беспокоил только сам этот факт. Припухлость периодически уменьшалась, и увеличивалась; увеличение сопровождалось ухудшением общего самочувствия. Обострение протекало тяжело, повышением температурой тела, сильными болями, слизисто-гнойным отделяемым из протоков. После стихания процесса железы оставались плотными, бугристыми. Обострение чаще наблюдалась с одной стороны. При сиалометрии из околоушных желез справа и слева в среднем получено по  $0,6 \pm 0,2$  мл слюны, из поднижнечелюстных – соответственно  $0,7$  мл справа и  $0,3$  мл слева. Число мало функционирующих малых слюнных желез на нижней губе равно  $16 \pm 2$ . Цитологическое исследование секрета позволило отметить в препаратах клетки эпителия слюнных желез на нижней губе. При радиосиалографии средние показатели концентрационной способности слюнных желез соответствуют нарушению функции II степени. При сиалографии в железе определяют-II степени. При сиалографии в железе определяют-степени. При сиалографии в железе определяют-ся полости различных размеров, контуры их нечеткие, изображение паренхимы не определяются. Мелкие протоки железы прерывисты, выявляются не везде. Околоушные и поднижнечелюстные протоки имеют неровные, четкие контуры. Симптом повышенной проницаемости протоков выражен тем сильнее, чем активнее протекает процесс. На основании сиалограмм можно сделать вывод, что хронический сиалоаденит при болезни и синдроме протекает как паренхиматозный.

Слизистая оболочка полости рта сухая. В период ремиссии железы плотны, подвижны, болезненны, кожа над ним истончена. Иногда увеличены лимфатические регионарные узлы; они тоже подвижны и болезненны. Секрет из протоков не выделяется. При массаже желез может выделиться небольшая слизистая пробка. У большинства больных зубов нет. Они с трудом могут пользоваться съемными протезами, так как слизистая оболочка полости рта очень ранима. Если больной может привыкнуть к съемному протезу, то он испытывает облегчение и в отношении сухости полости рта. При сиалометрии из околоушных и поднижнечелюстных протоков слюна через канюли не выделяется. Число малых слюнных желез на нижней губе, по средним данным, равно  $12 \pm 2$ . При цитологическом исследовании слизистого отделяемого из протоков определяются бокаловидные клетки, пласты воспалительного экссудата. При радиосиалографии можно установить, что слюнные железы не концентрируют реактивное вещество.

Морфологически определяется очагово-диффузная или диффузная лимфоплазматочная инфильтрация малых слюнных желез. Помимо местного обследования для подтверждения диагноза необходимо про-

21  
извести исследование внутренних органов. При болезни Шегрена поражаются глаза. По данным Ю.В. Юдиной (1975), в начальной стадии заболевания отмечены явления блефароконъюнктивита и снижение секреции слезных желез I степени (основной секреции на 2–3 мг, общей – на 5–6 мг при норме: основная секреция правого глаза  $12 \pm 0,6$ , левого глаза –  $13,0 \pm 1,0$  мг). В клинически выраженной стадии отмечаются изменения роговой оболочки и снижение секреции слезных желез II сте-II сте-степени (основной секреции на 506 мг, общей на 10–12 мг), в поздней стадии – ксероз роговой оболочки и отсутствие слезной секреции. У всех больных выявлены изменения в крови. Как правило, СОЭ была увеличена, иногда до 60–70 мм/ч. Почти всегда обнаруживалась диспротеинемия с гипергаммаглобулинемией. Отмечались сдвиги при печеночных осадочных пробах. Количество лейкоцитов в большинстве случаев было нормальное, изредка (лишь в случаях резко выраженного воспаления какой либо группы желез или присоединения вторичной инфекции) увеличиваясь до  $9,0-10-0 \times 10-9$  л. Количество эозинофилов часто воз-

растало до 6–8%, но чаще оставалось нормальным.

Диспротеинемия – характерный симптом болезни и синдрома Шегрена. Диагностически ценными признаками являются гипергаммаглобулинемия свыше 25% и гиперальфаглобулинемия свыше 13%.

Анализ иммунологических данных показал, что при болезни и синдроме Шегрена в крови повышено содержание иммуноглобулинов трех классов, характерно выявление антинуклеарных и ревматоидных факторов.

Дифференцировать хронический сиалоаденит при болезни и синдроме Шегрена следует от опухоли, хронического паренхиматозного, интерстициального паротита и хронического сиалодохита на основании соответствующей клинической картины и результатов цитологического, сиалографического и морфологического исследований.

Лечение болезни и синдрома Шегрена должно проводиться в ревматологической клинике. Базисную терапию, показанную при аутоиммунном процессе, ревматологи назначают в зависимости от его активности.

Системность поражения различных органов вызывает необходимость проведения симптоматической, а иногда и патогенетической терапии специалистами различного профиля: стоматологами, офтальмологами, невропатологами, гинекологами и др. Наилучший эффект дает комплексное лечение. Для лечения хронического паротита и ксеростомии у больных с болезнью и синдромом Шегрена предложен ряд ме-

22  
тодик местного воздействия на слюнную железу и слизистую оболочку полости рта.

Применяют все методики, рекомендованные для лечения хронического паренхиматозного сиалоаденита, назначают димексид (Алябьева А.П., Сименова В.П.) новокаиновую блокаду, физические методы и др. В основе базисной терапии лежит применение цитостатических стероидных и противовоспалительных средств (преднизолон, бруфен, салицилаты, метиндол и др.). Общеукрепляющее лечение (поливитамины, ретаболил, нуклениат натрия и т.д.) показано всем больным. Учитывая повышенную проницаемость мембран, применяют кальция глюконат внутримышечно и другие препараты, снижающие проницаемость тканей. У ряда больных положительный результат дает применение лазера и иглотерапии. Помимо медикаментозного симптоматического и патогенетического лечения, следует обратить внимание больных на необходимость соблюдения гигиенических норм в быту и на работе. Необходимо соблюдать режим. Смена работы и отдыха, оптимальная физическая нагрузка, дыхательная гимнастика, пребывание на воздухе – все это создает условия для нормализации обмена веществ. Целесообразно обучить больных аутогенной тренировке. Эмоциональное состояние больных играет большую роль в развитии заболевания, поэтому умение владеть своими эмоциями, своевременно предупреждать эмоциональные перегрузки помогают быстрее справиться с заболеванием. Оптимисты выздоравливают быстрее.

Профилактика и прогноз. Профилактические мероприятия заключаются в соблюдении общих и местных гигиенических норм жизни, обеспечении рациональным питанием больного. Необходимо диспансерное наблюдение и периодическое проведение комплекса медикаментозного лечения.