**Оглавление:**

Введение………………………………………………………………………3

Этиология и патогенез…………………………………………………4

Патологическая анатомия……………………………………………4

Жалобы больных…………………………………………………………4

Клиника………………………………………………………………………..5

Диагностика………………………………………………………………….6

Дифф. дианостика…………………………………………………………7

Лечение…………………………………………………………………………7

Прогноз………………………………………………………………………….8

Список литературы………………………………………………………..9

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

**Введение**

Суть заболевания состоит в том, что вследствие хронического воспаления превалирует гипертрофия межуточной ткани стромы. Клинически выявляется увеличенная, обычно с гладкой поверхностью, безболезненная железа. Слюна в период ремиссии без изменений, а при обострении - с прожилками гноя или мутная. Обострение интерстициального хронического сиалоаденита по течению напоминает острый паренхиматозный.

Для интерстициальной формы поражения характерно разрастание межуточной соединительной ткани, массивная перидуктальная инфильтрация иммунокомпетентными клетками (плазматическими, тучными, эозинофилами, Т- и В-лимфоцитами, макрофагами) и обеднение железистых клеток секреторными гранулами. В ранних стадиях протекает как реактивное состояние, при котором наблюдается нарушение процессов слюноотделения, в последующем происходит подключение аутоиммунного компонента.

**Этиология и патогенез**

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

**Патологическая анатомия**

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

**Жалобы больных**

Жалобы больных сводятся к косметическому дискомфорту: их беспокоит наличие припухлости в области железы. Однако в прошлом больные отмечают периодическое покалывание и тяжесть в железе, переходящие в легкую щемящую боль. В холодное время года степень увеличения железы повышается.

**Клиника**

Чаще встречается двустороннее поражение. Больные предъявляют жалобы на периодическое припухание слюнных желез, ощущение сухости полости рта. При объективном исследовании определяется симметричное увеличение слюнных желез, кожа над ними в цвете не изменена.

В начальной стадии при пальпации болевых ощущений не определяется, железы увеличены, мягкоэластической консистенции, устье выводных протоков может быть суженным, при массаже железы из протока выделяется чистая слюна. Обострения процесса бывают редкими и кратковременными. В период ремиссии слюнные железы заметно уменьшаются, слюноотделение улучшается.

В период выраженных признаков обострения бывают чаще, патологические изменения более выражены. Слюнные железы увеличены, при пальпации плотноэластической консистенции, из устья выводного протока при массаже железы выделяется чистая слюна в ограниченном количестве.

В поздних стадиях слюнные железы остаются увеличенными и в период ремиссии, при пальпации плотные, иногда бугристые, слюноотделение резко снижено или отсутствует полностью.

При клиническом исследовании анализа крови выявляется умеренное увеличение СОЭ, при биохимическом исследовании изменяется соотношение альбуминов и глобулинов в сторону повышения глобулинов, при нормальном количестве общего белка; появление С-реактивного белка, кислой фосфатазы.

Цитологическим исследованием выявляются незначительные изменения: единичные нейтрофилы, бокаловидные клетки, клетки цилиндрического и плоского эпителия.

Ультразвуковым исследованием определяется однородность структуры слюнных желез и их увеличение, при сиалосцинтиграфии отмечается снижение секреции, на сиалограммах структура слюнных желез не нарушена, отмечается сужение протоков и нарушение эвакуации слюны. В поздних стадиях может появляться прерывистость протоков.

**Диагностика**

Диагноз устанавливают на основании характерной клинической картины, данных сиалографии (нарастание сужения выводных протоков), цитологической картины секрета (бедность клеточными элементами).

Диагностические критерии:

- Жалобы на увеличена, с гладкой поверхностью (при интерстициальная паротита) или с бугристой (при паренхиматозного), умеренно болезненная слюнная железа, усиление болей в железе во время еды, повышение температуры тела, нарушение сна и аппетита.

- в стадии ремиссии увеличена холмистая, плотная, безболезненная железа, из уст пролив прозрачная или мутноватая слюна, количество которой уменьшена; слизистая вокруг Вустя выводного протока, которая зияе, цианотичный с отпечатками зубов при паренхиматозного сиалоадениту;

- увеличена, с гладкой поверхностью, неболезненные железа и неизмененная саливацияу случае интерстициальная сиалоадениту;

- в стадии обострения паренхиматозного или интерстициальная паротита точно соответствует клиническим признакам острого бактериального (неэпидемический) паротита.

Вспомогательные:

- Неравномерность контрастирования ткани железы, сиалоектазии, участки расширение протоков, нечеткие контуры их разветвлений, паренхима в виде грозди винограда – на контрастной рентгенограмме при паренхиматозного паротита;

- Сужение протоков III- V порядков на начальной стадии, а в дальнейшем – II- IV порядков, контуры протоков уровне, четкие, плотность паренхимы уменьшена; в поздней стадии все протоки сужены на контрастной рентгенограмме при интерстициальная паротита.

**Дифференциальная диагностика**

Дифференциальная диагностика проводится с другими формами хронических сиалоаденитов, опухолями, ложным паротитом Герценберга, лимфаденитом, при обострении патологического процесса с вирусными сиалоаденитами. При проведении дифференциальной диагностики учитывается анамнез, данные дополнительных исследований (УЗИ, сиалосцинтиграфии, сиалографии).

**Лечение**

При планировании лечения необходимо учитывать общий статус больного, если выявляется сопутствующее общесоматическое заболевание, то следует проконсультировать больного с соответствующим специалистом: эндокринологом, ревматологом, иммунологом и др. В комплексное лечение интерстициального сиалоаденита целесообразно включать введение 0,01 % раствора тактивина подкожно по 1,0 мл ежедневно в течение 5 дней. Препарат обладает иммуномодулирующим действием, нормализует показатели Т-системы, стимулирует продукцию лимфокинов, восстанавливает активность Т- киллеров.

Местно в период ремиссии лечение, как правило, не требуется, необходимо осуществлять тщательный уход за полостью рта для профилактики вторичного инфицирования, избегать переохлаждений.

При обострении назначают тепловые процедуры (сухое тепло, компрессы с камфарным маслом, внутрь масляный раствор витамина А по 6—8 капель 3 раза в день), электрофорез с гидрокортизоном, с дезоксирибонуклеазой (7—10 сеансов на курс лечения), инъекции с рибонуклеазой (7—10 мг внутримышечно).

В более поздних стадиях используют стероидные гормоны, рентгеновское облучение слюнных желез (5—10 рентген суммарно).

Лечение интерстициального сиалоденита предусматривает применение этиотропных (адаптогена - иммуномодулятора железистого действия - Ликовира) и патогенетических препаратов (витамины-антиоксиданты А, Е, С; витаминизированное масло зародышей пшеницы, дезинтоксикационные средства), пульс-терапию.

Хирургическое лечение:

- Проводится только при осложнении хронических паротите абсцессы и флегмоны и заключается в разрезе их с последующим дренированием.

**Прогноз**

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

**Литература**

1) Кулаков А. А. “Стоматология и челюстно-лицевая хирургия”, 2010 г.

2) Интернет