

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00149&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00149. набряк слинних залоз

Автор: Timo Atula
Редактор оригінального тексту: Sari Atula
Дата останнього оновлення: 2017-09-06

Основні положення

- Односторонній набряк піднижньощелепної залози зазвичай є наслідком сіалолітазу.
- Двосторонній набряк з наявністю додаткових симптомів може бути наслідком сіалозу, що асоційований із системними захворюваннями або синдромом Шегрена.
- Якщо односторонній набряк розвивається поступово, особливо у пацієнтів старше 50 років, то слід підозрювати наявність новоутворення. Пухлина зазвичай проявляється наявністю гуглі.
- У дітей та підлітків причиною набряку піднижньощелепної залози може бути ювенільний рецидивуючий паротит (ЮРП).
- Призначення антибіотикотерапії необхідне у разі зв'язку набряку слинної залози з появою гнійних виділень з її вивідних проток або наявністю інших ознак бактеріальний інфекції.
- У випадку ізольованої інфекції без розвитку ускладнень необхідності в спеціалізованих дослідженнях немає.

Огляд слинних залоз

- При появі симптомів необхідно враховувати стать та вік пацієнта.
 - У дітей та підлітків: вірусні інфекції та рецидивуючий ювенільний паротит

- Пацієнти середнього віку: слинокам'яна хвороба або хронічні інфекції та пухлини
 - Чим старше пацієнт, тим вище ризик виникнення пухлини
 - Частота пов'язаних з аутоімунними захворюваннями уражень слинних залоз вище у жінок, ніж у чоловіків.
- Огляд включає бімануальну пальпацію, під час якої одна рука лікаря розміщена у порожнині рота пацієнта. Зверніть увагу на те, що здорові привушні слинні залози зазвичай важкодоступні для пальпації, а біль під час неї може вказувати на наявність запального процесу.

Диференційна діагностика набряку слинних залоз

Гострий гнійний сіалоаденіт

- Болісний, односторонній набряк залози. При важкому запаленні шкіра може бути гіперемована, а пацієнт може мати і загальні симптоми.
- Зазвичай уражена лише одна залоза.
- Найбільш поширені збудники - стафілококи та стрептококи.
- Діагностика
 - Можлива наявність гнійних виділень із залози. Будь-які виділення мають бути направлені на бактеріологічне дослідження.
 - Інфекція з важкою симптоматикою супроводжується лейкоцитозом та підвищенням рівня С-реактивного білка в крові. При легкому перебігу захворювання лабораторні дослідження не проводять.
- Лікування
 - Якщо пацієнт має важкі прояви захворювання, лікування складається з внутрішньовенного введення ліків, наприклад цефуроксиму в дозі 750–1500 мг тричі на день протягом кількох діб. Також часто необхідним є лікування, направлене на боротьбу з анаеробними мікроорганізмами (метронідазол, спочатку внутрішньовенно, потім перорально по 400 мг тричі на день протягом 7-10 діб).

- При вщуханні симптомів або їх легкому перебігу від початку хвороби може застосовуватись пероральне лікування амоксициліном з клавулановою кислотою або препаратами цефалоспоринового ряду.
- Протизапальні препарати
- З метою виведення гнійного ексудату можна злегка натиснути на залозу.

Хронічний сіалоаденіт

- Інфекції можуть рецидивувати. Між періодами загострення інфекції залоза може стати твердою, а набряк - зберігатися.
- Потребує втручання спеціаліста.
- Часто, особливо при ураженні піднижньощелепної залози, причиною є сіалолітіаз.
- Діагностика
 - Клінічний огляд та ультразвукове дослідження
- Лікування
 - Лікування гострої стадії має проходити за вищенаведеними настановами.
 - При ураженні піднижньощелепної залози лікування часто складається або із сіалендоскопії та асоційованих терапевтичних втручань, або з видалення залози у період між загостреннями захворювання.
 - При хронічному сіалоаденіті привушної залози можна провести сіалендоскопію та призначити довготривале антибактеріальне лікування (амоксицилін чи доксициклін на 1-2 місяці).
 - Інші види лікування обирають в залежності від етіології.

Вірусні інфекції

- У вакцинованих пацієнтів епідемічний паротит зустрічається рідко
настанова 001014 [Кір, епідемічний паротит...]
- Інші вірусні інфекції можуть іноді мати схожі клінічні прояви.
- Можуть бути одно- або двосторонні.

Сіалолітіаз (наявність каменів у слиновидільних протоках або слинних залозах)

- Камені розташовані односторонньо та зазвичай утворюються в протоці піднижньощелепної або, рідше, привушної залози.
- Біль та набряк виникають після прийому їжі. набряк залози або протоки розвивається швидко і може тривати від декількох годин до кількох днів.
- Діагностика
 - Характерний анамнез
 - Можливо виконати пальпацію каменю у протоці.
 - Якщо показано - ультразвукова діагностика
- Лікування
 - Якщо камені не видалити, вони можуть викликати хронічний сіалоаденіт. Камені видаляються шляхом розширення та розкриття протоки у ЛОР- чи стоматологічній клініці. Іноді застосовують ендоскопічне видалення. Маленькі, зручно розташовані камені можна видалити ендоскопічним шляхом.
 - Камені всередині піднижньощелепної залози часто є показанням до її видалення.
 - Епізоди інфекції лікуються антибіотиками та протизапальними препаратами.

Сіалоаденоз (сіалоз)

- Двобічний, дифузний, повільно прогресуючий безболісний набряк, зазвичай вражає привушні залози. Збільшення залоз зазвичай вважається нейропатичним.
- Найчастіше сіалоз пов'язують із цукровим діабетом, алкоголізмом, хворобами печінки, анорексією та булімією.
- За можливості лікування слід направити на корекцію основного захворювання.
- Ожиріння та синдром Шегрена також можуть бути асоційовані зі схожим збільшенням слинних залоз, але його етіологія буде іншою.

Синдром Шегрена

- Симптоми включають ксеростомію [настанова 00146 | Ксеростомія], сухість очей, часто - збільшення слинних залоз тощо.

- Зазвичай діагностується після 40 років у осіб жіночої статі.
- Може бути основним або супутнім захворюванням поряд із іншими хворобами сполучної тканини.
- Дослідження першої лінії включають верифікацію ксеростомії та сухості очей, після чого проводяться тести на виявлення антитіл до SS-A та SS-B.
- Пацієнтам із симптомами зі сторони роту та очей можна призначати симптоматичну терапію.

Пухлини слинних залоз

- Пухлина зазвичай представлена безболісною гулею з мінімальною симптоматикою.
- Для ураження є характерними односторонність, чітка демаркація та наявність щільного утворення при пальпації.
- Пухлина іноді може імітувати набряклість залози.
- Періодичний набряк дуже рідко пов'язаний з пухлиною.
- набряк може також виникати за кутом нижньої щелепи.
- При підозрі на наявність пухлини слід виконати відкриту біопсію. Необхідно провести ультразвукову діагностику та аспіраційну біопсію, але незалежно від результату пацієнт має бути направлений до спеціаліста.
- Приблизно 80% пухлин локалізовано у привушній залозі, і 80% з них - доброякісні.
- Пухлини піднижньощелепних залоз виникають рідко. Половина з них - злоякісні.

Ювенільний рецидивуючий паротит (ЮРП)

- Рецидивуючі запалення привушної залози, що після підліткового віку минають самостійно.
- Діагноз є клінічним. Етіологія невідома.
- Під час диференційної діагностики слід думати про одонтогенні захворювання.

Інші причини

- Саркоїдоз настанова 00135 [Саркоїдоз]

- Лімфома [настанова 00329] **Лімфоми**
- Лімфаденопатії, асоційовані з ВІЛ-інфекцією [настанова 00018] **ВІЛ-інфекція**

Діагностична стратегія визначення етіології набряку слинних залоз

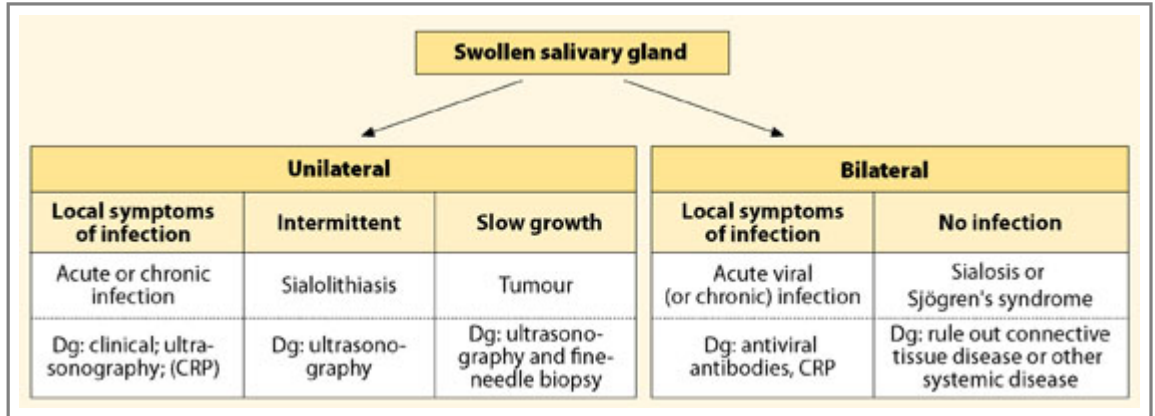
- Див. зображення [зображення 00513] **Diagnosis of swollen sal...**.
- Якщо у пацієнта немає симптомів, то консультація спеціаліста після паротиту не є необхідною.
- Якщо симптоми не зникають чи повертаються, то ультразвукова діагностика виконується у період між загостренням хвороби. За наявності нормального клінічного статусу та відсутності симптомів після єдиного епізоду набряку необхідності у проведенні досліджень немає.
- Сіалендоскопія виконується тільки якщо симптоми не вщухають або повертаються.

Настанови

- [Настанова 01014](#). Кір, епідемічний паротит і краснуха (КПК).
- [Настанова 00146](#). Ксеростомія.
- [Настанова 00135](#). Саркоїдоз.
- [Настанова 00329](#). Лімфоми.
- [Настанова 00018](#). ВІЛ-інфекція.

Зображення

- [Зображення 00513](#). Diagnosis of swollen salivary glands.



Автори та власники авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd Kustannus Oy Duodecim

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00149 Ключ сортування: 038.011 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-09-06

Автор(и): Timo Atula Автор(и) попередніх версій статті: Jorma Tenovuo Редактор(и): Sari Atula Seppo Savolainen
 Tuomas Klockars Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian LampeMaarit Green
 Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
 EBM Guidelines Dental medicine Otorhinolaryngology

Ключові слова індексу
 mesh: parotitis, purulent mesh: chronic parotitis mesh: Cefuroxime mesh: Parotid Gland mesh: cheek edema
 mesh: Parotid Neoplasms mesh: Salivary Duct Calculi mesh: Salivary Gland Calculi mesh: salivary gland edema
 mesh: Salivary Calculi mesh: sialadenitis mesh: Mumps mesh: Salivary Gland Neoplasms icpc-2: D71 icpc-2: D78
 icpc-2: D83 speciality: Dental medicine speciality: Otorhinolaryngology