



«Западно-Казахстанский Государственный Медицинский
Университет им. М. Оспанова»



СРС

На тему: «Гнойный
паротит»

ПОДГОТОВИЛА: МУСИНА Д.
ГРУППА: 323 «А»
ПРОВЕРИЛ: ДЖАКАНОВ М.К.

АКТОБЕ 2016 ГОД

План



- Введение
- Этиология и патогенез
- Формы гнойного паротита
- Клинические проявления
- Осложнения
- Консервативное лечение
- Хирургическое лечение
- Заключение

Введение

Гнойный Паротит (parotitis;
анат. [glandula] parotis околоушная
железа + -itis) — гнойное
воспаление околоушной железы.



Этиология и патогенез гнойного паротита



- Вызывается различными микроорганизмами, попадающими в железу через околоушный проток из полости рта, гематогенным или лимфогенным путем, а также из расположенных рядом с железой очагов воспаления. Важную роль в развитии паротита играет снижение общей реактивности организма. Воспаление околоушной железы может протекать остро и хронически. Гнойный паротит развивается при гриппе, воспалительных процессах полости рта. Причиной воспаления часто бывает стафилококки или микробная ассоциация. Острый бактериальный паротит чаще всего возникает на фоне активизации микрофлоры, обычно присутствующей в полости рта и протоках слюнных



Формы гнойного паротита

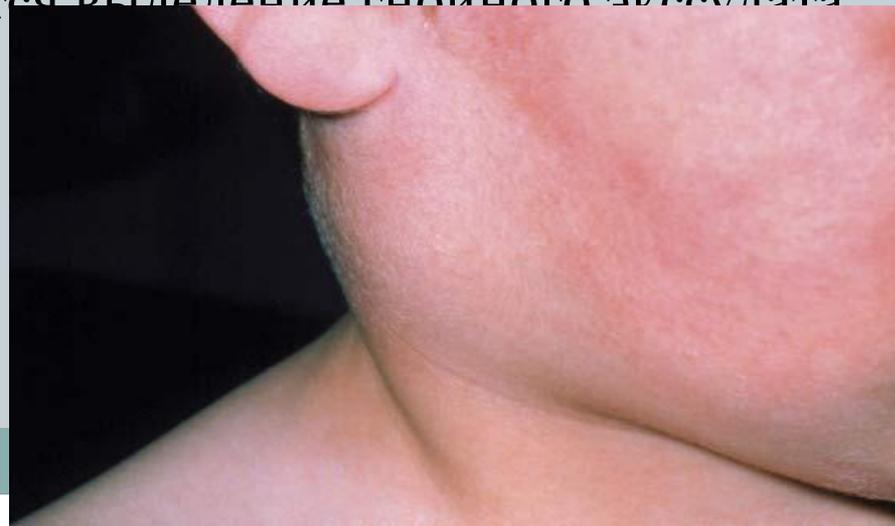


- **Катаральная форма** характеризуется воспалительной гиперемией, припуханием и сгущением секрета.
Гнойная форма встречается наиболее часто, при ней наблюдаются лейкоцитарная инфильтрация паренхимы, местами выявляются очаги гнойного ее расплавления, отмечается значительное уменьшение или прекращение секреции. При этой форме заболевания могут наблюдаться гнойные затеки на шею, в височную область и т.д.
Гангренозный форма вызывает некротическое расплавление паренхимы и почти полное уничтожение железы.

Клиника

В ходе инфекционных заболеваний гнойный паротит обычно развивается во второй половине болезни, а послеоперационный — на 4—5-й день после операции.

Общие проявления — повышение температуры тела, головные боли, боль при жевании и глотании. В общем анализе крови могут присутствовать лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Местные явления выражаются в припухании, уплотнении и болезненном увеличении железы. Кожа над ней становится гиперемической и отекает. Из-за напряжения под плотной фасциальной капсулой флюктуации не бывает. Слизистая оболочка полости рта отечна, около отверстия канала околоушной железы гиперемирована. На 3—4-й день заболевания начинается выделение гнойного экссудата из канала.



Осложнения



Распространение патологического процесса на окологлоточное пространство, шею, средостение, прорыв гноя в наружный слуховой проход, гнойное расплавление стенок крупных сосудов, тромбоз яремных вен и синусов твердой мозговой оболочки, парез мимической мускулатуры в результате поражения лицевого нерва.

Консервативное лечение

Больным назначают постельный режим, большое значение придается тщательному уходу за полостью рта. На область железы накладывают согревающие компрессы, мазовые повязки, применяют физиотерапию (соллюкс, УФ-облучение, УВЧ-терапию). С целью увеличения саливации назначают 1% раствор пилокарпина (по 5—6 капель внутрь). Целесообразно промывать околоушный проток растворами антибиотиков

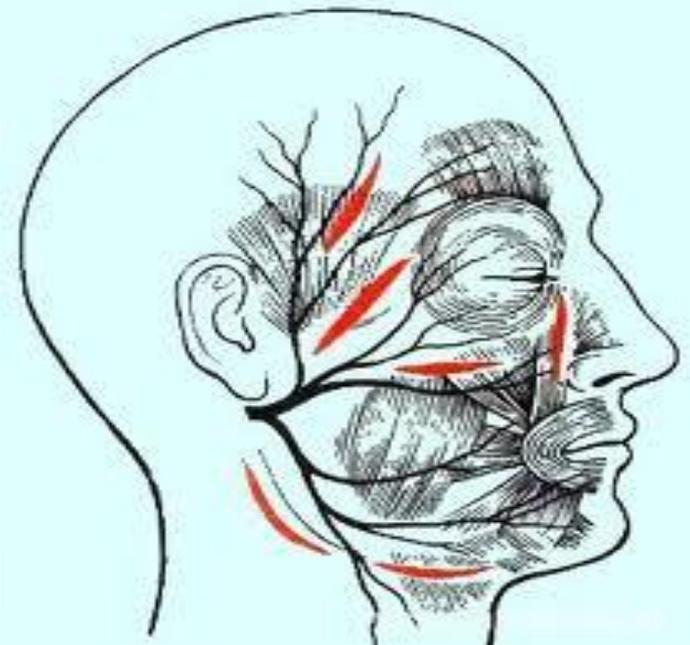


- При гнойной форме паротита, кроме того, ткани, окружающие железу, инфильтрируют растворами новокаина или тримекаина в сочетании с антибиотиками, препаратами нитрофуранового ряда и протеолитическими ферментами; противовоспалительные средства назначают также внутрь или парентерально, проводят гипосенсибилизирующее и общеукрепляющее лечение. При абсцедировании гнойного паротита и гангренозной форме паротита показано вскрытие и хирургическая обработка гн



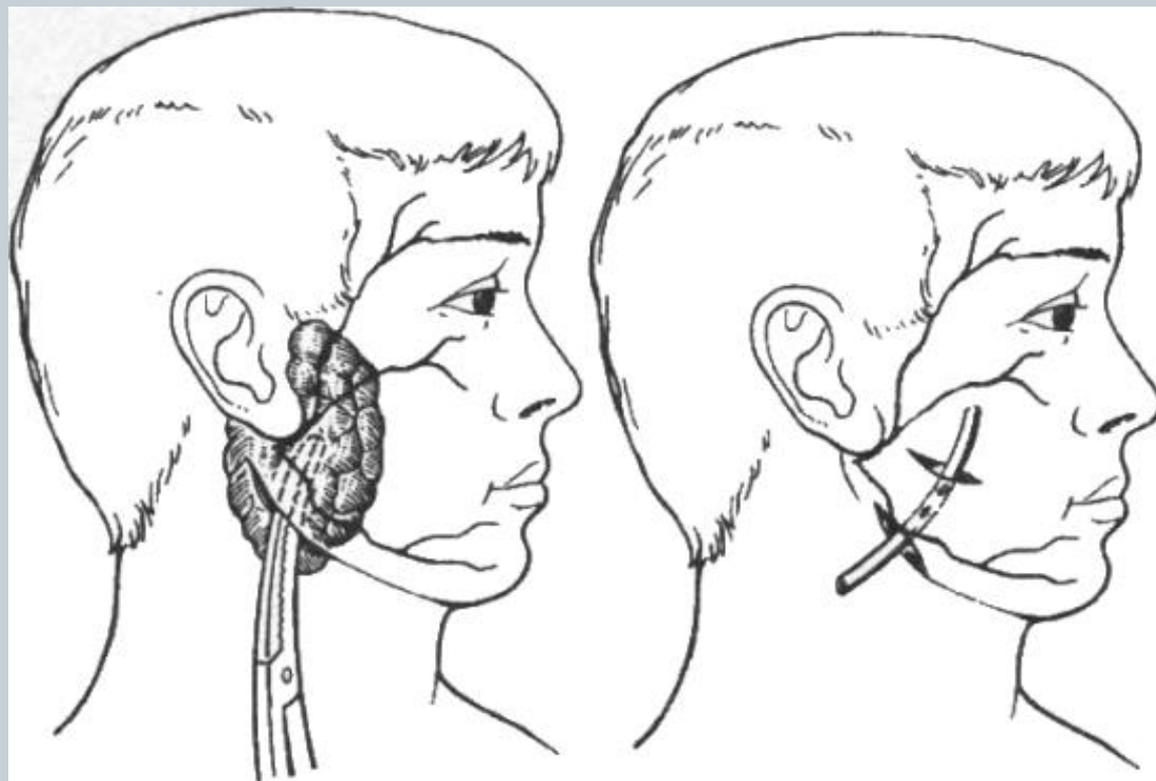
Хирургическое лечение

- При наличии гнойного процесса не следует медлить с операцией. Имеющиеся слюнные камни необходимо удалять. Операция состоит во вскрытии гнойного очага и дренажа. Операция также способствует уменьшению напряжения тканей железы. Во время операции производятся разрезы от 1,5 до 3,0 см. При выполнении операции следует учитывать расположение лицевого нерва и его разветвлений.



- Разрез должен идти параллельно ветвям лицевого нерва. Рассекают кожу, подкожную клетчатку и обнажают капсулу околоушной железы. После надсечения капсулы пальцем или пинцетом осторожно проникают в гнойник, удаляют гной, секвестры и дренируют полость. Следует избегать особо опасных разрезов в верхних отделах околоушной железы, у скуловой дуги, так как здесь поверхностно проходят ветви лицевого нерва. В послеоперационном периоде необходимо введение антибиотиков.

Дренаж



Исход и профилактика



Катеральная форма паротита, несмотря на то, что рассасывание инфильтрата может длиться несколько недель и даже месяцев, заканчивается, как правило, полным восстановлением функции железы. При гнойной и гангренозной формах паротита в результате замещения нагноившихся участков железы рубцовой тканью возможно снижение функции железы вплоть до полной ее утраты.

Профилактика заключается в уходе за полостью рта и стимуляции слюноотделения (орошение слизистой оболочки 0,5—1% раствором гидрокарбоната натрия или лимонной кислоты, назначение 1% раствора пилокарпина внутрь) при различных инфекционных болезнях, после оперативных вмешательств.

Заключение

- Гнойный паротит это инфекционное воспаление околоушной железы. Своевременное и правильное лечение очень важно при этом заболевании. Если его не лечить то это приведет к серьезным осложнениям таким как Распространение патологического процесса на окологлоточное пространство, шею, средостение, прорыв гноя в наружный слуховой проход, гнойное расплавление стенок крупных сосудов, тромбоз яремных вен и синусов твердой мозговой оболочки, парез мимической мускулатуры в результате поражения лицевого нерва.



Литература



- **Большая Медицинская Энциклопедия**
- **В.К. Гостищев «Общая хирургия»**
- **[www. medkarta.com](http://www.medkarta.com)**