

Карагандинский Государственный медицинский университет
Кафедра хирургической стоматологии

Тема: Воспалительные заболевания слюнных желез.

Лектор: доцент Закишева С.М.
Дисциплина «Хирургическая стоматология»
Специальность 051302 «Стоматология»
Курс: 4
Время (продолжительность) 1 часа

Караганда 2015

Цель:

По завершению вы должны будете:

- уметь диагностировать воспалительные заболевания слюнных желез;
- уметь очерчивать круг заболеваний и знать принципы проведения дифференциального диагноза по данному заболеванию;
- предполагать и выявлять воспалительные заболевания слюнных желез.

План:

1. Актуальность.
2. Проблемный случай
3. Введение.
4. Классификация.
5. Материалы и методы исследования (клинический случай).
6. Заключение.
7. Обратная связь.
8. Литература.

Актуальность

Слюнные железы представляют собой особую группу секреторных органов. Они выполняют многообразные функции: секреторную, рекреторную, экскреторную, инкреторную и оказывают большое влияние на состояние организма, в частности на пищеварительную систему, органы полости рта.

Проблемный случай

Два года назад во время лечения зубов у больного было обнаружено небольших размеров новообразование в подчелюстной области слева, которое медленно увеличивалось в размере. В настоящее время в левой подчелюстной области пальпируется образование, связанное с левой подчелюстной слюнной железой, безболезненное, плотно-эластической консистенции с гладкой поверхностью, в диаметре около 2,0 см. слюнная железа с включенным образованием не впаяна с окружающими тканями.

Введение

По **морфологическим признакам** различают воспалительное поражение паренхимы слюнной железы (сиалоаденит), ее протоков (сиалодохит), интерстициальной ткани железы (интерстициальные сиалоадениты) и перигландулярной ткани. Изолированные воспаления протоков без перехода процесса на паренхиму наблюдаются относительно редко. Рентгенологу, как правило, приходится наблюдать одновременное поражение как протоков, так и железистой ткани.

На **обзорных рентгенограммах** может быть обнаружено лишь увеличение пораженной слюнной железы. Важнейшую роль в диагностике сиалоаденитов играет сиалография, ибо с ее помощью устанавливают как морфологические изменения в ткани железы, так и нарушение функции выводного протока.

При необходимости в ходе лечения проводят **повторную сиалографию** для контроля за течением болезни. Следует отдавать предпочтение водорастворимым контрастным препаратам, так как масляные препараты н?долго задерживаются в сиалоэктазиях, что затрудняет повторное исследование той же железы и железы другой стороны из-за суперпозиции их теней.

Классификация

Острые сиалоадениты

Острый вирусный сиалоаденит:

- вызванный вирусом эпидемического паротита;
- вызванный вирусом гриппа;
- вызванный другими видами вируса (цитомегалии, герпеса, Коксаки и др.).

Острый бактериальный сиалоаденит:

- возникший при общих острых инфекционных заболеваниях;
- возникший в послеоперационном периоде;
- возникший при кахексии, сердечно-сосудистой недостаточности и других общих хронических заболеваниях, нарушающих трофику тканей;
- лимфогенный (паротит Герценберга);
- контактный (при флегмоне в прилежащих к железе областях);
- при попадании инородного тела в протоки слюнных желез (исключая слюнные камни).

Хронические воспалительные заболевания

Неспецифические:

- интерстициальный,
- паренхиматозный,
- сиалодохит,

А - стадия ремиссии,

Б - стадия обострения.

Специфические:

- актиномикоз слюнных желез,
- туберкулез слюнных желез,
- сифилис слюнных желез.

Сиалоадениты калькулезные (слюннокаменная болезнь)

- в стадии ремиссии,
- в стадии обострения.

По характеру воспаления в железе выделяют:

- серозную форму,
- гнойную форму,
- гангренозную или гнойно-некротическую форму.

Серозная форма бактериального сialoadenита:

- Чаще поражается одна околоушная слюнная железа.
- Острое начало заболевания (повышение температуры тела, боль в околоушной области, сухость в полости рта).
- Кожа над железой отечна, но в цвете не изменена, пальпация болезненна.
- Устье протока зияет, гиперемия слизистой в области протока.
- При массаже железы – небольшое количество густой, вязкой и мутной слюны.

Гнойная форма бактериального сиалоаденита.

- Ухудшение общего состояния.
- Резкая болезненность в области железы, иррадиация боли в ухо, висок, глаз.
- Сухость в полости рта, снижение слуха, шум в ушах.
- Кожа в области железы отечна, гиперемирована, лоснится, в складку не собирается.
- Открывание рта ограничено.
- При массаже железы из протока выделяется гнойное отделяемое.

Гнойно-некротическая (гангренозная) форма

- Повышение температуры до 40-41 градусов, тяжелое общее состояние.
- Местная клиника флегмоны околоушно-жевательной области (отек, инфильтрация, флюктуация, гиперемия).
- Болезненно открывание рта и глотание, изо рта – гнилостный запах.
- При массаже железы отделяемого получить не удастся.

Материалы и методы исследования (клинический случай).

- Больной М. 38 лет, обратился с жалобами на припухлость и боль в левой поднижнечелюстной области. Боль появилась 3-4 месяца назад, в это же время обнаружена и припухлость. При пальпации определяется, что левая поднижнечелюстная слюнная железа увеличена в размере, болезненна, из их протоков в умеренном количестве выделяется серозная слюна, полость рта не санирована. При этом почти всегда одна сторона бывает изменена больше другой. У больного наблюдается гиперемия слизистой оболочки рта и устья околоушного протока. Саливация понижена. Выявлен увеличенный болезненный поднижнечелюстной лимфатический узел справа.

Больная М.

не трудоустроена;

в анамнезе редкие простудные заболевания;

не курит;

наследственность не отягощена.

Больная М.

- Общий вид: астенического типа телосложения, цвет лица бледно-розовый.
- Костно-мышечная система – развита соответственно возрасту.
- Наблюдается гиперемия слизистой оболочки рта и устья околоушного протока.
- Отмечается: повышение температуры тела, до 37,5-38С.
- Выявлен увеличенный болезненный поднижнечелюстной лимфатический узел слева.
- Больной проявляется недомоганием, плохим аппетитом, познабливанием, головной болью.

Больная М.

Асимметрия лица за счёт отёка мягких тканей в поднижнечелюстной области слева. Инфильтрат неплотный, флюктуации нет. Со стороны полости из поднижнечелюстного протока в умеренном количестве выделяется серозная жидкость. Полость рта не санирована. Лимфаузлы увеличены, болезненны при пальпации.

В преддверии полости рта: слизистая оболочка отечна, гиперемирована. Повышение температуры тела до 37,5-38С.

Выявлен увеличенный болезненный поднижнечелюстной лимфатический узел слева. Больной проявляется недомоганием, плохим аппетитом, познабливанием, головной болью.

Больная М.

Проблемы = симптомы:

- Припухлости в левой поднижнечелюстной области.
- Ограниченное болезненное открывание рта.
- Кожа над припухлостью гиперемирована, в складку не собирается
- В полости рта слизистая оболочка челюстно-язычного желобка и подъязычной области слева отечна, пальпация безболезненна, боли иррадиируют в поднижнечелюстную область.
- Отмечается: повышение температуры тела, до 37,5-38С.
- Припухание околоушных желез, из их протоков в умеренном количестве выделяется серозная слюна.

???

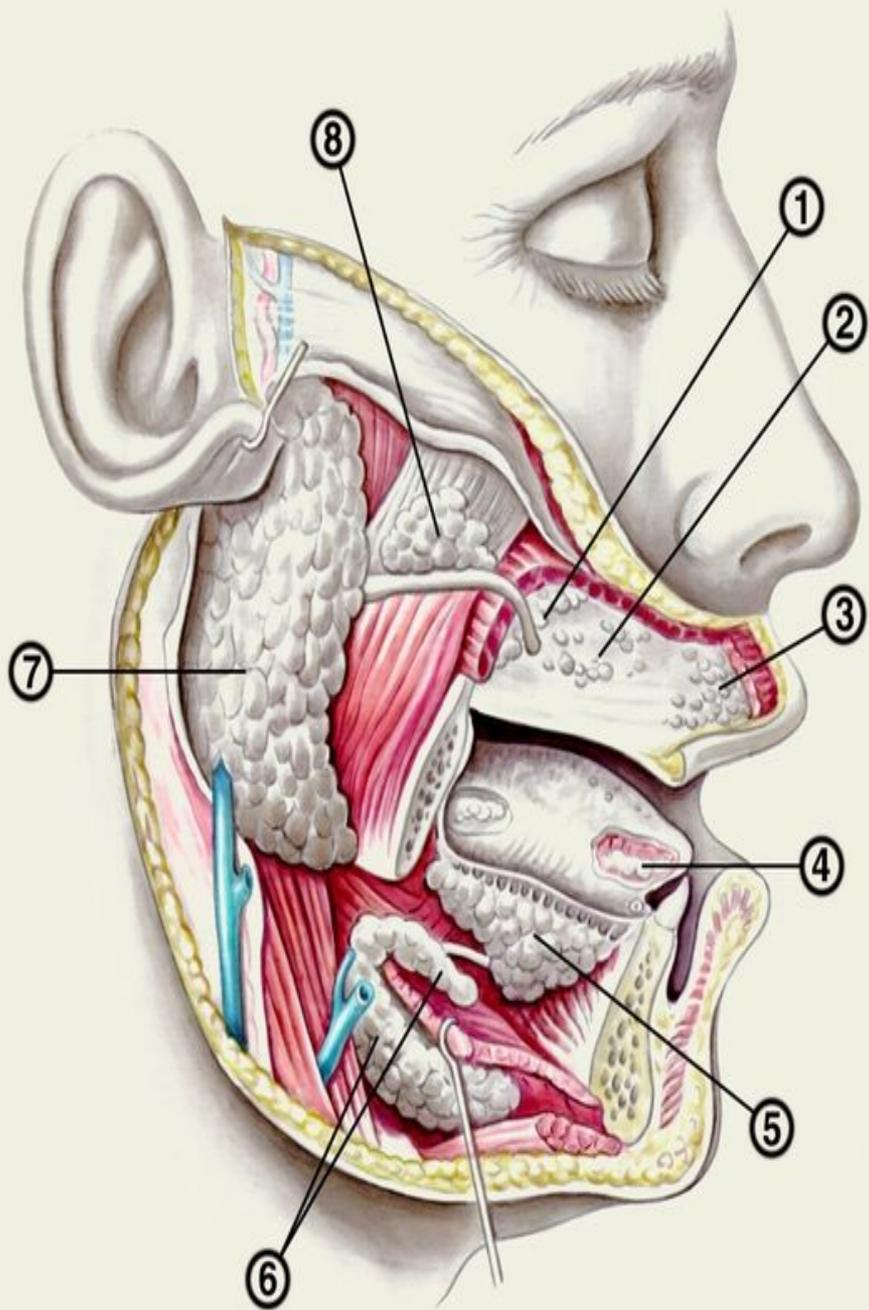
О чем можно думать

???

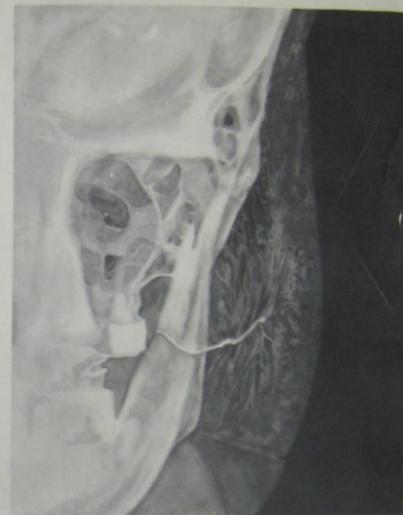
???

Какая дополнительная информация
Вам нужна

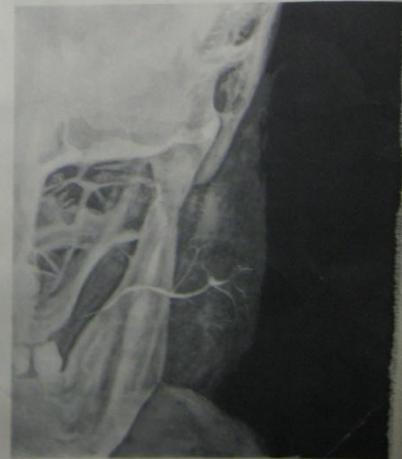
???



СИЛОГРАММЫ ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ /НОРМА/

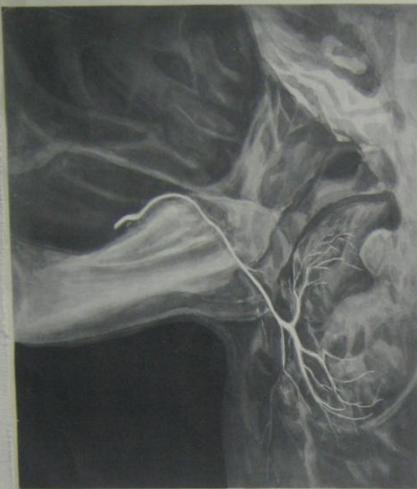


При введении небольшого количества контрастной массы на обзорных снимках определяются протоки железы, тень паренхимы не видна



После введения более значительных количеств контрастного вещества на обзорных снимках хорошо определяются протоки и тень паренхимы железы

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ



Протоки околоушной железы дугообразно изогнуты и окружают значительных размеров новообразование («смешанная» опухоль)



Округлой формы новообразование смещает книзу протоки нижнего отдела околоушной железы (аденолифома)



Подчелюстная железа смещена новообразованием вверх и книзу; протоки ее дугообразно изогнуты («смешанная» опухоль)



Подчелюстная железа смещена книзу и деформирована; ее протоки окружают нижние участки новообразования («смешанная» опухоль)

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ



1. Контрастная масса заполняет отдельные участки расширенных и деформированных протоков, в их окружности видны мелкие скопления йодинола; дистальный отдел выводного протока не определяется (прорастание раковой опухоли дна рта в подчелюстную слюнную железу)



2. Контрастная масса incompletely заполняет задне-нижний отдел железы (эффект заволашеия), на границе с ней протоки резко образуются; небольшие скопления контрастной массы видны в области новообразования (рак околоушной слюнной железы)



3. Контрастная масса инфильтрирует ткань опухоли; контуры выводного протока подчелюстной железы не изменены (рак подчелюстной слюнной железы)

Больная М.

- Ан.крови: Нв 130 г/л; эр. – $4,2 \times 10^{12}$ /л; л – $9,4 \times 10^9$ /л. Э. 2%, п. 10%, н.61%, лимф. 13%, мон. 9%. СОЭ 12 мм/ч
- Ан мочи: без патологии

Больная М.

На обзорных рентгенограммах может быть обнаружено лишь увеличение пораженной слюнной железы. Важнейшую роль в диагностике сиалоаденитов играет сиалография, ибо с ее помощью устанавливают как морфологические изменения в ткани железы, так и нарушение функции выводного протока.

!!!

Острый сиалоденит

Лимфаденит

!!!

Симптомы острого сialоденита.

У больного проявляющегося недомоганием, плохим аппетитом, познабливанием, головной болью, болезненностью в области шеи, суставов и мышц конечностей. Сухость в полости рта, возникает болезненное припухание околоушной железы. Припухлость быстро увеличивается. При этом почти всегда одна сторона бывает изменена больше другой. Наблюдается гиперемия слизистой оболочки рта и устья околоушного протока. Саливация понижена. Через 3-4 дня воспалительные явления начинают стихать.

Изменения при остром сиалодените.

- в крови: лейкоцитоз, лимфо- и моноцитоз, понижение СОЭ,
- увеличение амилазы крови и диастазы мочи (64-128 ЕД и выше),
- реакция связывания компонента, реакция торможения гемаглютинации, кожная аллергическая реакция,
- выделение вируса эпидемического паротита.

!!!

Острый сиалоаденит

!!!

Острый сиалоаденит



Информация к размышлению

- Хронические воспаления слюнных желез **40%**
- Диагноза поставлен на основе клинически данных **70%**
- Диагностические ошибки при постановки диагноза составляют **10-15%**
- Адекватная помощь оказывается в основном после возникновения первых признаков заболевания.

Информация к размышлению

Степень осложнений

- Малой осведомленностью врачей;
- Недостаточной технической оснащённостью клиник;
- Трудностями в выборе лечения в связи с поздним обращением больных (неосведомлённость больных о неблагоприятном прогнозе заболевания).
- Орхит – воспаление яичка. Исход чаще благоприятный, но иногда наступает атрофия яичка (чаще односторонняя).

Дифференциальная диагностика

Острый сиалоаденит

1. Кожа над припухлостью гиперемирована, в складку не собирается
2. В полости рта слизистая оболочка челюстно-язычного желобка и подъязычной области слева отечна, пальпация безболезненна, боли иррадиируют в поднижнечелюстную область.
3. Отмечается: повышение температуры тела, до 37,5-38С.
4. Припухание околоушных желез, из их протоков в умеренном количестве выделяется серозная слюна.

Лимфаденит

Характеризуется появлением

болезненности и припухания лимфатического узла.

В полости рта слизистая оболочка челюстно-язычного желобка и подъязычной области слева отечна, пальпация безболезненна, боли иррадиируют в поднижнечелюстную область.

Пальпаторна отмечается болезненный, ограниченный, округлой формы инфильтрат.

Больная М.

Клинический диагноз: Острый сialoadенит

Лечение воспалительных заболеваний слюнных желез

- КОГДА ЛЕЧИТЬ
- КОГО ЛЕЧИТЬ
- ЧЕМ ЛЕЧИТЬ
- КАК ЛЕЧИТЬ

Когда лечить?

Сразу после уточнения диагноза.

Кого лечить?

- При отсутствии положительной динамики
- При высокой активности процесса

Как лечить?

1. Консервативное лечение.
2. Хирургическое лечение.

Чем лечить?

1. Консервативное лечение

Антибиотикотерапия, дезинтоксикационные средства, антигистаминные препараты, лечение заболевания, на фоне которого развился паротит.

Ингибиторы протеолитических ферментов. Назначают внутривенно капельно контрикал в дозах 20000—50000 ЕД в 1 сут, трасилол — 25 000—100000 ЕД в 1 сут.

Фурациллин-новокаиновые блокады путем введения 20 мл раствора под кожу над железой.

Промывание железы через выводной проток, легкий массаж железы, слюногонная диета.

Компрессы, физиотерапевтическое лечение.

2. Оперативное лечение.

Разрезы:

параллельно ходу ветвей лицевого нерва;

по Г. П. Ковтуновичу (1953).

Обязательное условие - ревизия глубокой доли железы.

Заключение

Прогноз для жизни хороший. После проведенного лечения состояние больного улучшилось. Возможные осложнения острого лимфаденита, абсцесса, флегмоной.

Обратная связь

1. Принципы и основы воспалительных заболеваний слюнных желёз.
2. Воспалительные заболевания слюнных желез, клиническая характеристика, методы диагностики.
3. Методы лечения слюнных желез.
4. Обоснование выбора метода лечения в зависимости от степени тяжести.

Использованная литература:

1. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство, Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И., 928 стр., 2010 г.
2. http://stomatolog-24.narod.ru/r_8.html
3. [www/Google/kz](http://www.Google/kz).

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!!!**