

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 сиалоаденита:*

- 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

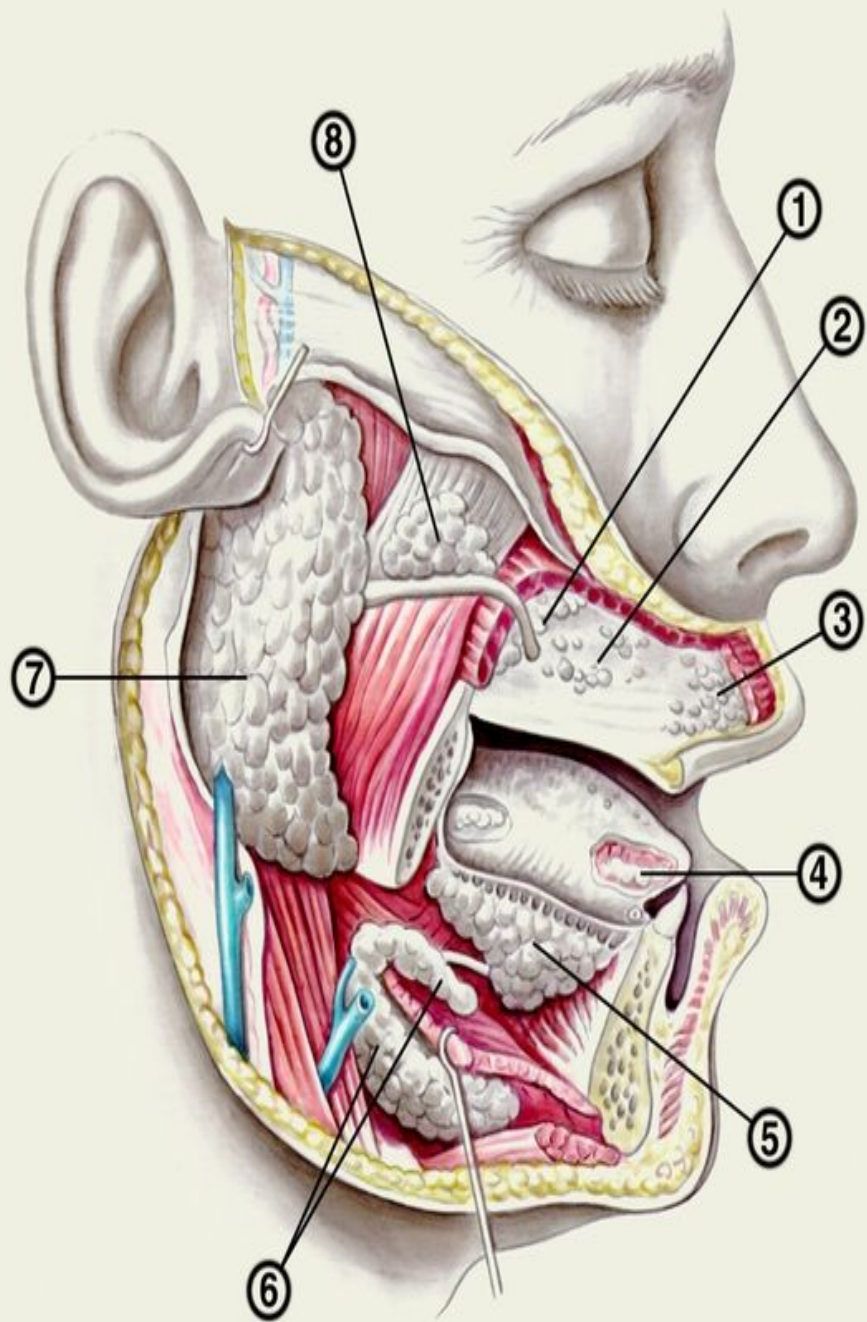
???



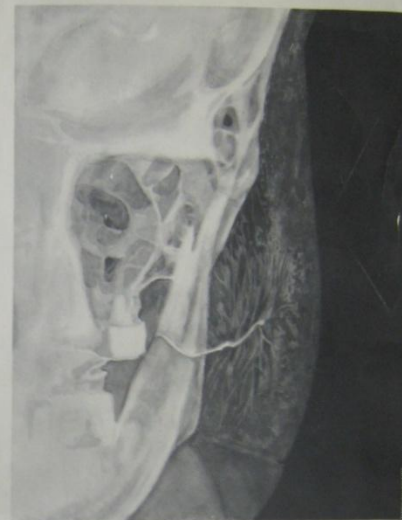
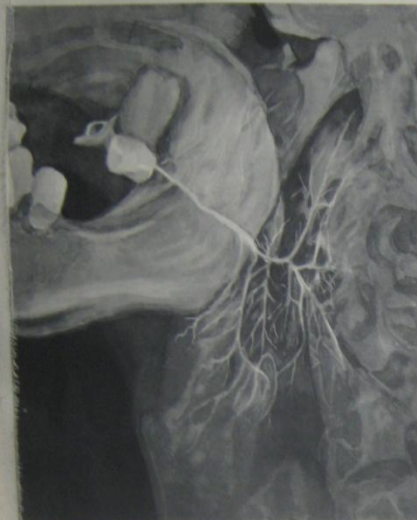
???

Какая дополнительная информация  
Вам нужна

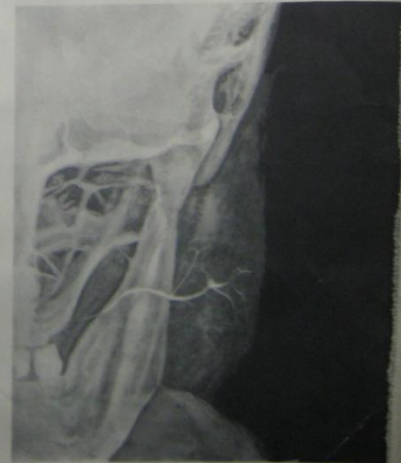
???



## СИЛОГРАММЫ ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ /НОРМА/

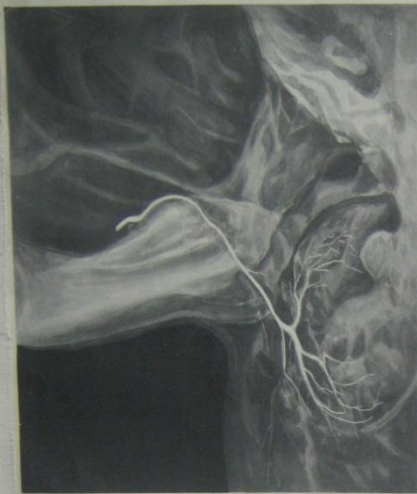


При введении небольшого количества контрастной массы на обзорных снимках определяются протоки железы, тень паренхимы не видна



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 (аденолимфома)



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 не полностью заполняет задне-верхний отдел железы (эффект заволашеивания), на границе с ним 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 сиалоденита.

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 иррадируют 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 иррадируют 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](http://stomatolog-24.narod.ru/r_8.html)
3. [www/Google/kz](http://www/Google/kz).

**СПАСИБО ЗА  
ВНИМАНИЕ!!!**