

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ
АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

**Кафедра: хирургиялық
стоматология**

Тақырыбы: Сілекей безі ісіктері

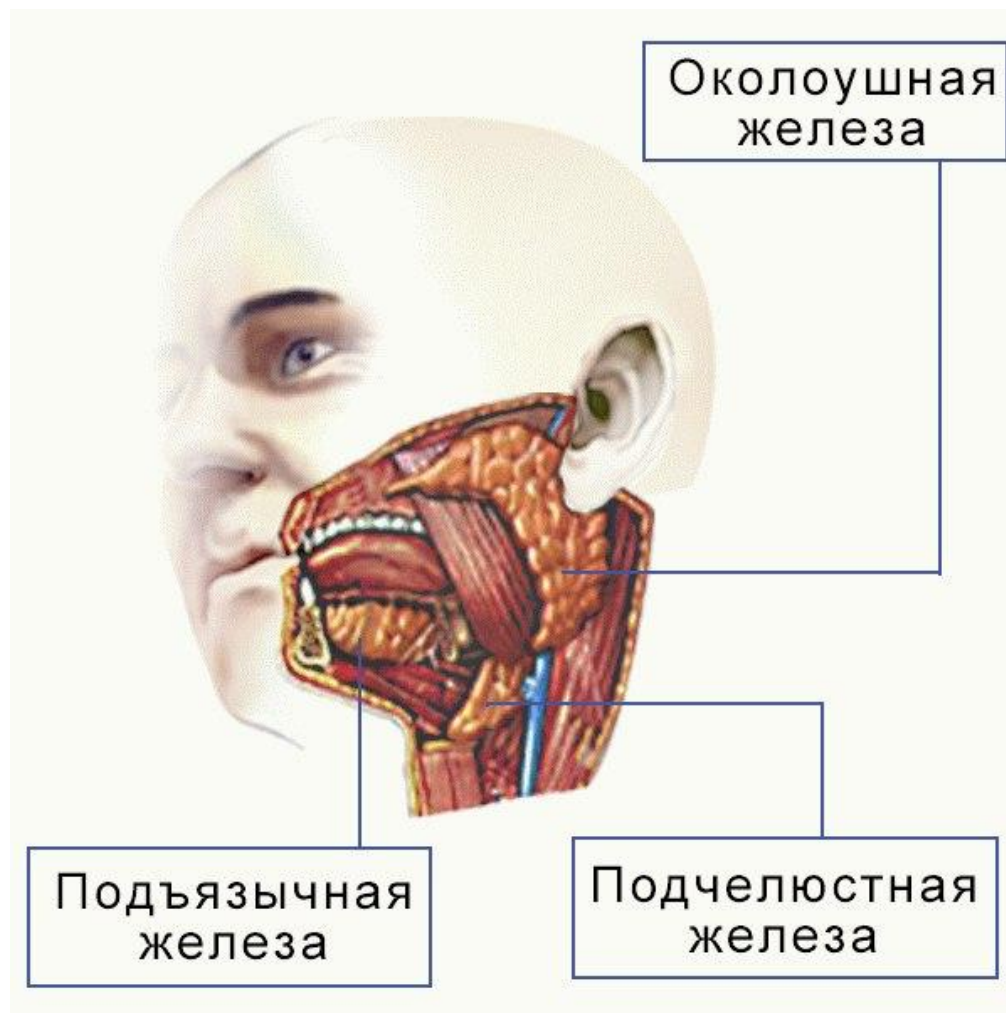
- Орындаған: Енкебаев Н .Қ.
- Тексерген: Аділбаев Ғ.Б

Сілекей без дері (лат. *glandulae salivales*) — ауыз қуысы бездері

- Сілекей бездері- бұл әр түрлі көлемімен орналасуына байланысты ажыратылатын сілекей бөліп шығаратын секреторлы ағза.
- Сілекей бездері көлеміне байланысты кіші және үлкен түрлері бар.
- Кіші сілекей бездері ауыз қуысының шырышты қабатында атап айтқанда: ұртта, ерінде, тілде, қызыл иекте, мұрын жұтқыншақ пен бадамша бездерінің шырышты қабатында орналасады.

Үлкен сілекей бездері

- Үлкен сілекей бездері
- Құлақ маңы сілекей безі
- Төмеңгі жақ асты сілекей безі
- Тіл асты сілекей безі



Құлақ маңы сілекей безі

- Құлақ маңы сілекей безі(glandula parotis)
- Құлақмаңында орналасқан жұп серрозды сілекей безі. Ағзадағы ең үлкен сілекей безі.
- Шекарасы

Жоғарыда arcus zigomaticus

Астында ramus mandibularis, angulus mandibularis

Алдында меншікті шайнау бұлшық етінің артқы қыры.

Артынан processus mastoidea , pr. Stilo-hyoidea

Жалпы қызметтері

- экзокринді — сілекейдің ақуызды және шырышты компоненттерінің секрециясы;
- эндокринді — гормон тәрізді заттардың секрециясы;
- фильтрлеу — капиллярлар плазмасының сұйық компоненттерінің сілекей құрамына фильтрациясы;
- экскреторлы — зат алмасудың соңғы өнімдерін шығару.

Құлақ маңы безі

Латынша *glandula parotidea*

Қансыздануы самай артериясының
құлақмаңы тармақтары

Венозды отток төменгі жақ артылық вена

Иннервациясы – сезімтал- құлақ-самай
нервінің құлақмаңы тармақтары, секреторлы
парасимпатикалық – самай нерві,
секреторлы симпатикалық-сыртқы ұйқы
шумағы

Құлақ маңы сілекей безі

- Құлақ маңы сілекей безі терең және беткей бөліктерден тұрады. Түтігі ductus parotidea stenonis m. masseter сыртынан кіріп, m. Buccalisten жоғарғы 1,2 азу тіс маңында ашылады.
- Бұл түтіктің ерекшелігі жоғарысында gl. Parotidea accesorius орналасады ол негізгі жолға ашылады.
- Сау адамда нормада сағатына 10-15 мл сілекей бөледі.

Жақасты сілекей безі

- **Латынша** glandula submandibularis
Қандандырылуы бет артериясының безді тармағы
- **Венозды отток** төменгі жақастылық вена
Иннервациясы секретолы парасимпатикалық – төменгі жақтық түйін және барабанды керне беттік нерв); симпатикалық – сыртқы ұйқы артериясы

Тіласты сілекей безі

Латынша *glandula sublingualis*

Қансыздануы тіласты және иекасты
артериясы

Венозды отток тіласты вена

Иннервациясы – сезімтал- құлақ-самай
нервінің құлақмаңы тармақтары, секреторлы
парасимпатикалық – самай нерві,
секреторлы симпатикалық-сыртқы ұйқы
шумағы

Сілекей безінің қатерсіз ісігі:

Сілекей бездерінің халқаралық гисталогиялық жіктелуі

- I. Эпителиальді ісіктер
- А. Қатерсіз ісіктер:
 - 1. Плеоморфты аденома
 - 2. Миоэпителиома
 - 3. Базальдіжасушалы аденома
 - 4. Аденолимфома
 - 5. Онкоцитома
 - 6. Каналикулярлы аденома
 - 7. Май тінінің аденомасы
 - 8. Протоковая аденома
 - 9. Инвертированная протоковая аденома
 - 10. Сиалоаденома

Сілекей бездерінің халқаралық гисталогиялық жіктелуі

- Б. Қатерлі ісіктер:
- 1. Ацинозноклеточная карцинома
- 2. Мукоэпидермоидная карцинома
- 3. Аденокистозная карцинома
- 4. Полиморфная низкодифференцированная аденокарцинома
- 5. Эпителиальномиоэпителиальная карцинома
- 6. Базальноклеточная аденокарцинома
- 7. Папиллярная аденокарцинома
- 8. Муцинозная аденокарцинома
- 9. Онкоцитарная карцинома
- 10. Карцинома слюнного протока
- 11. Аденокарцинома
- 12. Злокачественная миоэпителиома (миоэпителиальная карцинома)
- 13. Карцинома в плеоморфной аденоме (злокачественная смешанная опухоль)
- 14. Чешуйчатоклеточная карцинома
- 15. М

Сілекей бездерінің халқаралық гисталогиялық жіктелуі

- В. Жұмсақ тіндердің ісігі
- Г. Қатерлі лимфомалар
- Д. Екіншілік ісіктер
- II. Ісік тәрізді ақаулар
- 1. Сиалoadенoз
- 2. Онкоцитoз
- 3. Некротикалық метаплазия
- 4. Қатерсіз лимфоэпителиальді ақау
- 5. Сілекей безінің кистасы
- 6. Созылмалы склероздаушы сиалоденит (опухоль Кютнера)
- 7. Кистозная лимфоидная гиперплазия

TNM бойынша классификация.

- Бұл классификация тек үлкен сілекей бездеріне қатысты.
- Регионарлы лимфа түйіні ретінде мойын лимфа түйіні қарастырылады.
- TNM клиникалық жіктелуі
- T-біріншілік ісік
- Tx-біріншілік ісікті анықтауда ақпараттың жеткіліксіздігі
- To-біріншілік ісік анықталмаған
- Tns-преинвазиаті карцинома
- T1-көлемі 2 см ге дейінгі ісік
- T2-ккөлемі 2-4 см шамасындағы ісік
- T3- бет нервін зақымдалмаған 4-6см көлеміндегі экстрапаренхимальды ісік
- T4a-ісік теріге,сүйекке , есту түтігіне немесе бет нервсіне өсіп кеткен.
- T4b-ісік бассүйек негізіне немесе ұйқы артериясына өсіп кеткен
- N-региональды лимфа түйіндері
- Nx-лимфа түйіндерінің жағдайын анықтауда ақпараттың жеткіліксіздігі
- N1- бір гомолатеральды аймақта көлемі 3 см ге дейінгі метастаз
- N2- бір немесе оданда көп гомолатеральды аймақта көлемі 6 см ге дейін метастаз
- N3-Лимфа түйіндеріндегі көлемі 6 смдан жоғвры метастаздар
- M-Алыс метастаздар
- Mx- метамтазды анықтауда ақпараттың жеткіліксіздігі
- M0-Алыс метастаздар анықталмады

ЭТИОЛОГИЯСЫ

- Вирустар Эпштейн- Барр, цитомегаловирустар, адам герпесі вирусы – лимфоэпителиальді пролиферация
- Темекі тарту;
- Профессия – резиналы, металлургия, ағаш өңдеу, автомобиль өндірісі, химиялық лабораториялар, сән салоны, шаштараз саласы;
- Тамақтану тәртібі керасин, холестерол көп қолдану және витамині аз тағамдарды қолдану
- қабыну үрдістері;
- алиментарлы факторлар;
- гормональді және эндокриндік өзгерістер;

Сілекей безінің қатерсіз ісіктері

- Сілекей безі аденомасы
- Аденолимфома.
- Полиморфты (плеоморфты) аденома.

Аденома

- Көбіне құлақмаңы СБ зақымдайды.
- **Гистологиялық** без құрылымы тектес мономорфты эпителиальді жасушадан тұрады. оксифильді, базальдіжасушалы, ашық жасушалы.
- Баяу өседі, ісік түйіні эластикалық консистенцияға ие, беті тегіс, қозғалмалы, ауыру сезімсіз. Ісік капсуласы бар.

Диагностикасы

- Цитологиялық зерттеу
- Биопсия
- Рентгенологиялық
- Радиоизотопты

Емі

Хирургиялық ісік капсуласымен қоса алынады.

Сілекей безінің полиморфты аденомасы

- **Макроскопиялық** ісік түйіні капсулада, СБ тінінен анық ажыратылмайды, капсуласы толық емес
- **Микроскопиялық** құрылымы күрделі (эпителий + миксохондр+сүйек түзілімдері).
- Малигнизация қаупі жоғары

- Көбіне 45-60 жастағы әйел адамдарда кездеседі.
- Ауырмайтын, баяу өсетін түйін, дөңгелек немесе овал формалы, консистенциясы жұмсақ, эластикалық, тегіс немесе аздап кедір-бұдырлы, қоршаған тіндерден шекарасы анық қоршалған.
- **Емі**
Хирургиялық - экскохлеация



Аденолимфома

- Баяу өседі, ауыру сезімсіз. Консистенциясы жұмсақ-эластикалық, капсулаға ие. Ісік түйіні безтәрізді құрылымды лимфоидты тіндеріден тұрады. Ісік без құрылымында, құлақ маңы безінің, құлақ сырғасы астында орналасады.
- Қабыну- бұл ісіктердің міндетті серігі, сондықтан қозғалысы шектеулі. Кесіп қарағанда – сынғыш, бозғылт-сары түсті, майда кисталары бар тін. Көбіне егде жастағы ер адамдар ауырады.

Дәнекер тінді СБ қатерсіз ісіктері

- Тамырлық ісіктер (гемангиома, лимфангиома, гемолим-фангиома) балаларда жиі кездеседі, жаңа туған нәрестелерде де. А.А. Колесовтың пікірі бойынша тамырлық ісіктер безден тыс пайда болып өсіп екіншілік енеді. Капсуласы болмаған соң анық шекарасы жоқ
- Сыртқы қабаты болса ісіктің экстерпациясы жасалынады. Көбіне хирургиялық емінде зақымдалған СБ толық алумен жүргізіледі. Ісік көлемі кіші болса
- Склероздаушы терапия қолдануымыз мүмкін.

- **СБ неврогенді ісіктері (невринома, нейро-фиброма, неврома) бет нерві тармақтарынан дамиды және баяу өседі. Көбіне құлақ маңы СБ зақымдайды. Бір немесе бірнеше ісік капсуласын құрайды.**

- **Емі**

Хирургиялық ісіктің толық экстерпациясы

Кисты слюнных желез


- **Слизистая ретенционная киста**
- Шырышты қабат астында жартылай шар тәрізді шеттері тегіс, 0,5-2 мм көкшіл түсті түзіліс.
- Төменгі ерін майда сілекей бездері, сирек ұртта, ауыз қуысы түбінің алдыңғы бөлімінде , тіл ұшында, таңдайда орналасады.
- Себебі механикалық жарақат болып есептеледі.

Гистологиялық

- Киста қабырғасы дәнекер тінді грануляциялы тіндерден тұрады ол фиброзды тінге ауысады кейде ішкі бетінен көп қабатты жалпақ эпителиймен жабылған.
- Емі
- Хирургиялық кистаны алу

Киста подъязычной слюнной железы (ранула)

- Бұл киста тіл үзенгісіне жақын ауыз қуысы түбінің алдыңғы бүйір бетінде орналасады. Клиникалық тұрғыда овал пішінді домбығу, өзгермеген тінді немесе көкшіл түсті шыршыты қабатпен жабылған.
- ранула ескі аты, ол бақаның көмейлік көпіршігіне ұқсас болған соң қойылған («бақалық ісік»)



- Баяу өседі , ауыру сезімін тудырмайды. Белгілі мөлшерге келгенде сөйлеу бұзылады, тағам қабылдауы қиындайды.

- Дифференциациясын төменгі жақ астылық СБ кистасынан, дермоидты киста, ауыз қуысы түбінде орналасатын қан тамырлық ісіктерден ажыратамыз (лимфангиома и гемангиома)

- Емі

Хирургиялық цистотомия

Киста поднижнечелюстной слюнной железы

- Располагается она в поднижнечелюстном треугольнике и представляет собой безболезненное образование мягкой консистенции. Растет медленно, выявляется случайно при обнаружении припухлости в поднижнечелюстной области. Большая киста прорывает челюстно-подъязычную мышцу (*m. mylohyoideus*) или огибает ее сзади и распространяется в верхний отдел дна рта

Диагностикалауда пункция алынады шырышты сұйықтық түсі сарғыш болса онда диагноз нақтыланады

Топографиясын анықтау үшін цистография и сиалогграфияны қолданады.

Дифференциалды диагностикасы лимфангиомамен, липомамен, мойынның бүйір кистасымен, дермоидты кистамен жүргізеді.

Емі

Хирургиялық безбен бірге алынады

Киста околоушной слюнной железы

Сирек кездеседі, кездейсоқ анықталады. баяу өседі. Құлақ маңы аймағында орналасатын жұмсақ консистенциялы, шекарасы анық, ауыру сезімсіз түзілім. Түсі өзгермеген, жиырылады

Қатерлі ісіктер

- эпителиальді: аденокарцинома, эпидермоидты карцинома, дифференцияланбаған карцинома, аденокистозды карцинома, мукоэпидермоидты ісік
- Полиморфты аденомада дамыған қатерлі ісіктер
- Эпителиальді емес ісік (саркома)
- екіншілік (метастатикалық) ісік

Қатерлі ісіктердің даму кезеңдері келесідей:

- **I кезең (T_1)** — ісік өлшемі 2,0 см ден аспайды, без паренхимасында орналасқан және капсуласына тарамайды. Тері және бет нервіне зақым
- **II кезең (T_2)** — ісік өлшемі 2—3 см, мимикалық бұлшық еттердің парезі байқалады
- **III кезең (T_3)** — ісік бездің үлкен көлеміне таралады, жақын анатомиялық құрылымдарға өседі (тері, төменгі жақ, есту түтігі, шайнау бұлшық еті).
- **IV кезең (T_4)** — бірнеше анатомиялық құрылымдарға таралады. Зақымдалған жағындағы мимикалық бұлшық еттердің параличі

Мукоэпидермоидты ісік

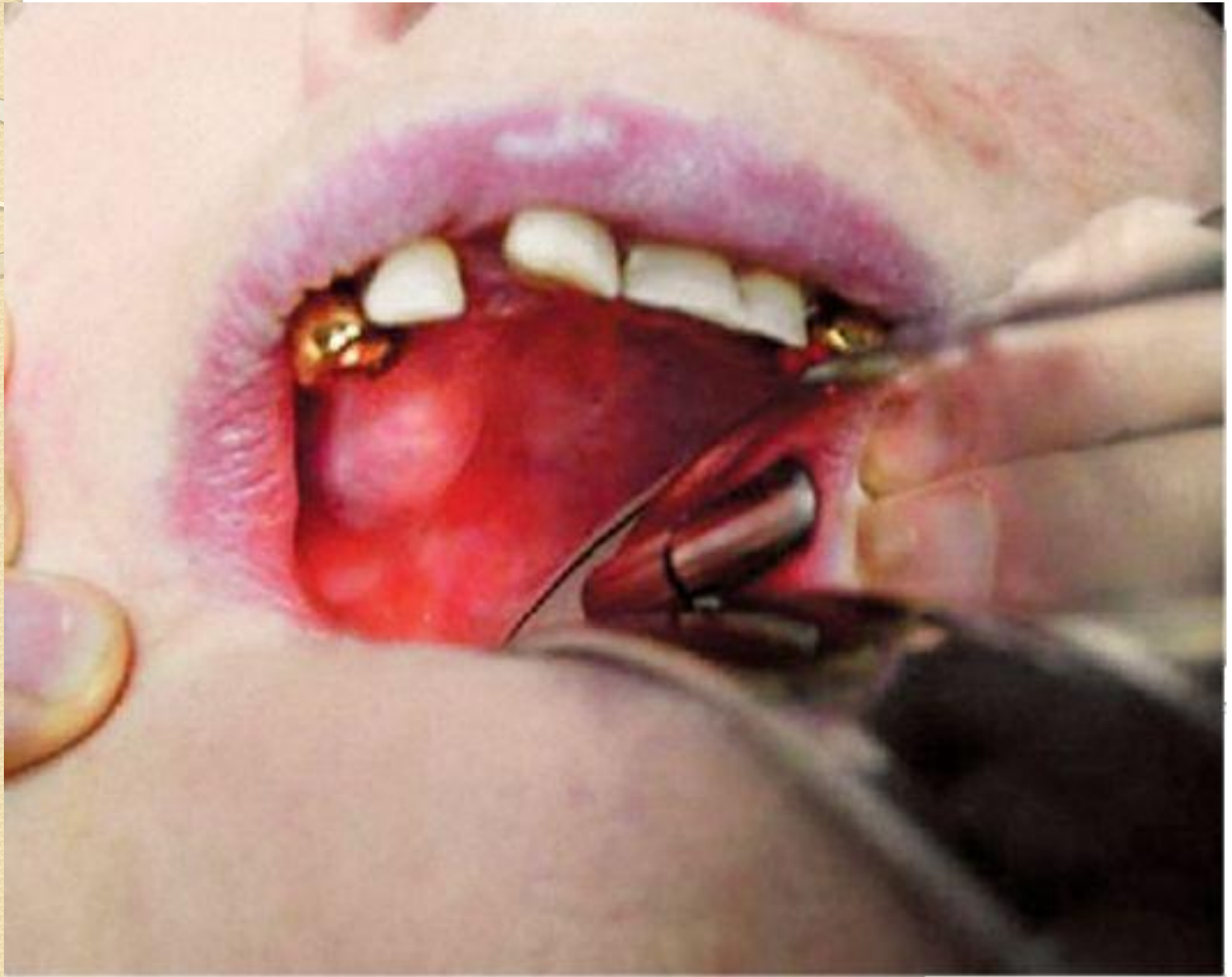
10% жағдайда кездеседі, көбіне 40-60 жастағы әйелдерде кездеседі, құлақ маңы сілекей безі зақымдалады. Көп жағдайда қатерсіз өтеді.

- Қатерлі түрінде ауыру сезімі бар, шекарасы анық емес түйін, 25% жағдайда метастаз береді. Жаңа түзілім жараланып, ірің түріндегі жыланкөз бөледі. Сәулелі терапияға сезімтал



Цилиндрома

- Кесіндісінде ісік тіні саркомаға ұқсас. Псевдокапсуласы бар тығыз төмпешікті түйін, ауру сезімі, бет нервінің парезі мен параличімен жүреді. Цилиндрома инфильтративті өседі, жиі рецидив береді, 8-9% жағдайда метастаз береді. Шеткері метастаздары өкпе мен сүйектерді зақымдайды



Карциномалар

- Морфологиялық жалпақ жасушалы рақ, аденокарцинома и дифференцияланбаған рақ болады. 21% жағдайда қатерсіз ісіктердің малигнизациясы нәтижесінде пайда болады. 40 жастан жоғары әйел адамдарда, 2/3 карциномалар үлкен сілекей бездерінде дамиды.
- Ісік тығыз, ауыру сезімсіз шекаралары тегіс емес түйін ретінде пайда болады. Кейіннен ауру сезімі, бет нервісінің парезі қосылады. Жаңа түзілім бұлшық ет пен сүйекке өсіп, тіпті шайнау бұлшық еттерінің контрактурасына алып келеді. Метастаздары жергілікті лимфа түйіндерін, шеткері метастаздары өкпе мен сүйектерді зақымдайды.



Реш Medika.com —
ординаторская врача

Саркомалар

- Өте сирек кездеседі және тегіс көлденең жолақты бұлшық еттерден, сілекей безі құрылымдарының элементтерінен, қан тамырларынан пайда болады. Бұл ісіктердің түріне рабдомиосаркома, ретикулосаркома, лимфосаркома, хондросаркома, гемангиоперицитома, веретеножасушалы саркома.
- Хондро-, рабдо- и веретеноклеткалы саркомалар тығыз түйін ретінде, көрші тіндерден анық қоршалған. өлшемі тез үлкейеді, жараланады және көрші органдарды бұзады, әсіресе сүйекті. Кең гематогенді метастаздар береді.
- Ретикуло- и лимфосаркомалар эластикалық консистенциялы, шекарасы анық емес. Тез үлкейеді, кейде көрші тіндерге бірнеше түйін ретінде таралады. Шеткері метастаздары жергіліктіден қарағанда аз.
- Гемангиоперицитома сирек кездеседі



Диагностикалау

- Ауру клиникасын зерттеу (шағымы, ауру тарихы, қарап тексеру, пішінін, консистенция, орналасуын, ауру сезімін, шекарасының анықтығы және түзулігі.)
- Цитологиялық зерттеу
- Биопсия и гистологиялық зерттеу
- Рентгенологиялық зерттеу әдістері (бассүйектің , төменгі жақтың рентгенографиясы, сиалoadенография)
- Радиоизотопты зерттеу

Емі

- Ісіктің таралу деңгейіне, морфологиялық түріне қосымша ауруларының болу болмауына байланысты жүргізіледі. Көп жағдайда операция алдылық телегамма терапия содан соң радикальді оперативті араласу жасалынады. Метастазға күмән болғанда жергілікті лимфооток аймақтары сәулеленеді
- Тым ауыр жағдайларда симптоматикалық ем жүргізіледі.
- Химиотерапияның эффективтілігі аз, бірақ кейде метотрексат и сарколизин ісіктің өлшемін кішірейтеді.



● Назарларыңызға
рахмет