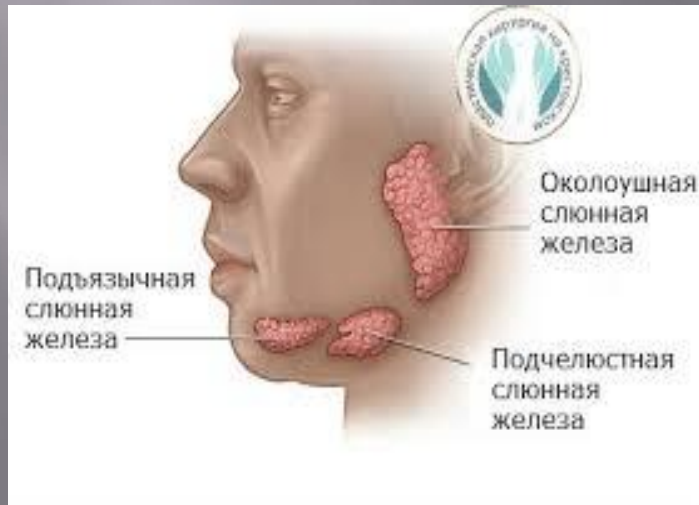


Қ.А.Яссауи атындағы халықаралық қазақ-түрік Университеті

ТАҚЫРЫБЫ: СІЛЕКЕЙ БЕЗДЕРІНІҢ ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫ (СИАЛОАДЕНИТТЕР)



Қабылдаған: Қожамбекова Э.А

Орындаған: Тургинбаев Б.Н

Тобы:СТК-101

- Сілекей бездері жақ-бет аймағының анатомиялық функционалды құрамды бөлігі және ауыз қуысының қосымша бөлігі болып саналады. Сілекей бездерінің патологиясы мен ауруларын емдеу мәселелері стоматологиямен тығыз байланысты. Сондықтан да бұл мәселелерді терең зерттеу жұмыстарымен стоматологтар айналысады.

Ірі, жұп сілекей бездерге



Майда және тақ бездерге

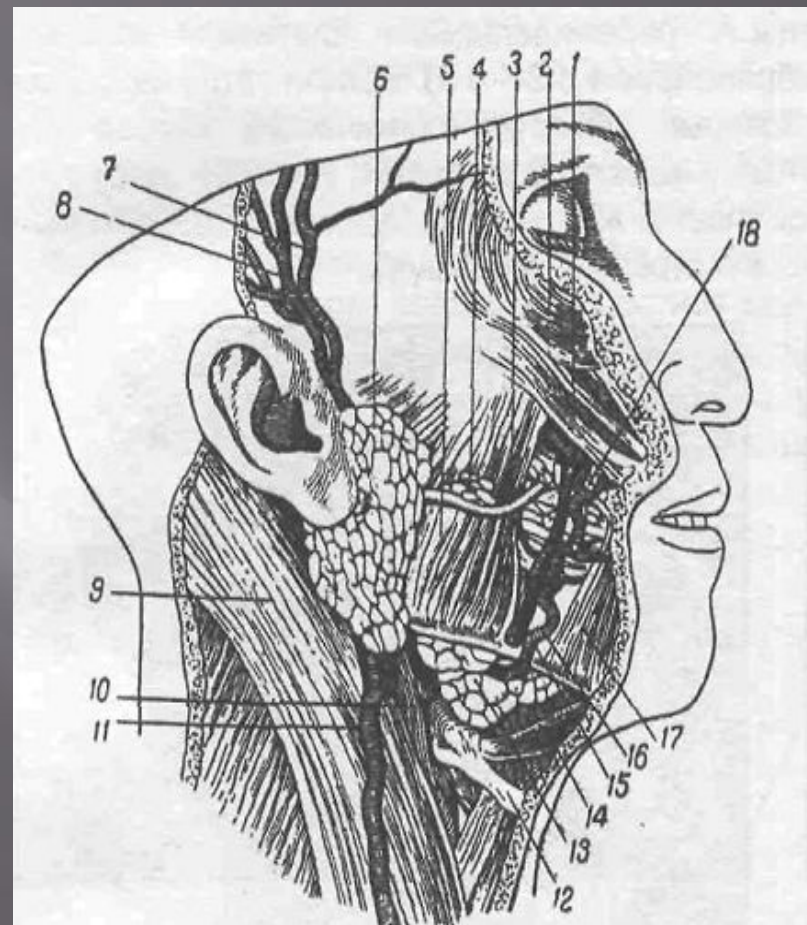
- Ауыз қуысының шырышты қабығының бездері жатады. Бұлар өздерінің атауына сәйкес анатомия-топографиялық аймақтарда орналасады.

Құлақмаңы сілекей безі

- **Құлақмаңы сілекей безі** - ең ірі без (25-30 гр). Ол жақ арты шұңқырында шайнау бұлшықетінің алдыңғы бетінің бір бөлігін жауып жатады. Бездің жоғарғы шекарасы сыртқы дыбыс жолы, ал төменгі жақтың бұрышы оның төменгі шекарасы болып саналады. Құлақмаңы безі беткей және терең бөліктерден тұрады. Олар бір-бірімен өзекше арқылы жалғасады. Бездің алдыңғы қырында, негізгі шығару түтігі жанында оның қосымша бөлігі орналасқан. Без капсуламен жабылған, оның латеральды беті қалың, ал медиальды беті жұқа, кей жерлерде болмауы да мүмкін, осыған байланысты без жұтқыншақмаңы кеңістігінде өтіп кетуі де мүмкін. Сыртқы ұйқы артериясынан тарайтын бірқатар қан тамырлары бездің бойына торлай таралады, ал вена қаны жақ арты венасына жиналады.
- Лимфа тамырлары бөліктерінің арасында орналасқан құлақмаңы лимфа түйіндеріне жиналады. Бет жүйкесі осы бездің бойынан басталып өзінің тармақтарына, яғни самай-ұрт және ұрт-бет жүйкелеріне үлкен қаз табан жасай бөлінеді.
- Ұзындығы 5-7 см болатын бездің шығару түтігі оның алдыңғы қырынан шығып, шайнау етінің алдыңғы бетін айнала отырып 90° бұрылып ұрт етін бойлай өтіп, ауыз қуысының кіреберісі не екінші үлкен азу тіс деңгейінде ашылады. Түтіктің ашылатын жерінде бүрттік емізікшелер болады. Құлақмаңы безі негізінен белокты сұйықтық бөліп шығарады.

Околоушная железа (по В.П. Воробьеву, 1936). Удалены кожа, подкожная мышца шеи, околоушно-жевательная фасция, нервы и частично сосуды.

1 - скуловая мышца; 2 - круговая мышца глаза; 3 - выводной проток околоушной железы; 4 - добавочные дольки железы; 5 - жевательная мышца; 6 - околоушная железа; 7 - поверхностная височная артерия ; 8 - поверхностная височная вена; 9 - грудино-ключично-сосцевидная мышца; 10 - наружная сонная артерия; 11 - наружная яремная вена; 12 - подъязычная кость; 13 - поднижнечелюстная железа; 14 - двубрюшная мышца; 15 - лицевая вена; 16 - лицевая артерия; 17 - треугольная мышца рта; 18 - щечная мышца.



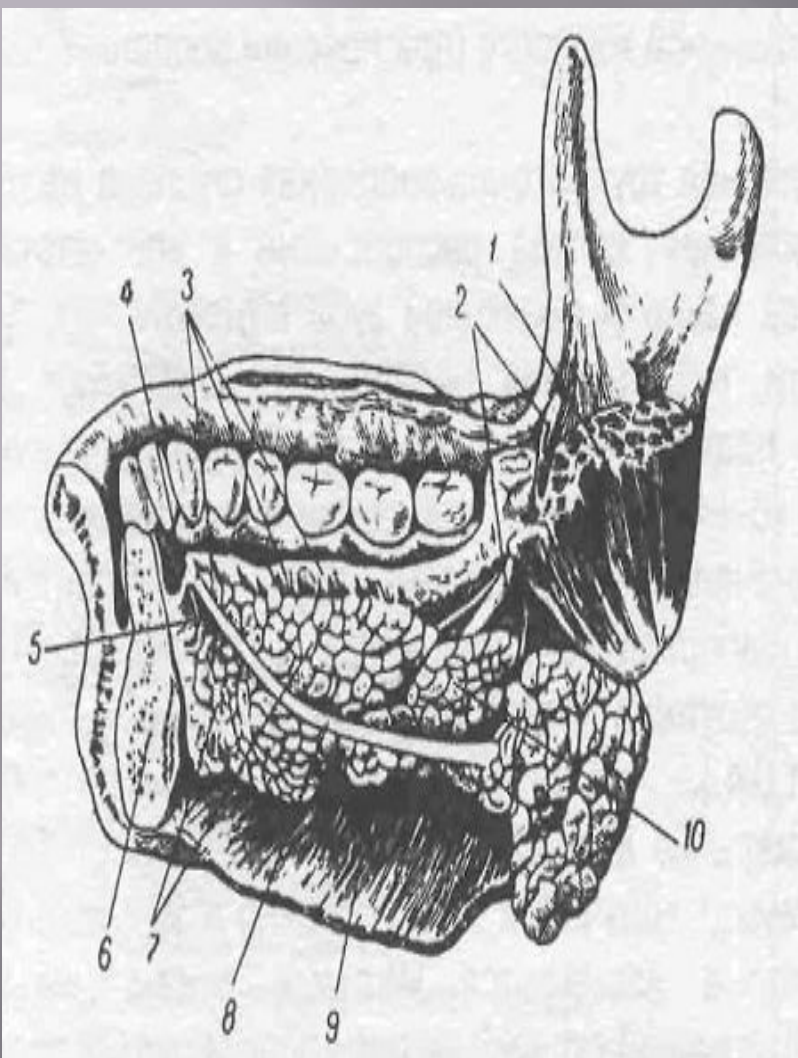
Төменгі жақасты сілекей безі

- Төменгі жақасты сілекей безі төменгі жақ сүйегі мен қос қарыншалы ет аралығындағы кеңістікте орналасады. Бездің салмағы 7,77 гр. Оның артқы бөлігінде, төменгі сыртқы бетінен бет көк тамыры-венасы өтеді. Ол бездің артқы бөлігін айналып алдыңғы бетіне өтіп, бет венасымен бірге төменгі жақ сүйегінің астыңғы қырына өтеді. Тіл жүйкесі қанатша ет арасындағы кеңістіктен шыққан соң, ауыз қуысы түбінің шырышты қабатымен бездің артқы бөлігінің арасынан өтіп, оның шығару түтігімен жақ тіл астауында, екінші үлкен азу тіс тұсында қиылысады. Бездің өзі тіласты жүйкесі доғасын жауып жатады.
- Бездің шығару түтігі ауыз қуысы түбінің шырышты қабатында, тіл үзеңгісінің жанында ашылады. Түтіктің ұзындығы 5-7 см.



Тіласты безі

- **Тіласты безі** майда бөліктердің борпылдақ дәнекер тін арқылы қосылған жиынтығы болып келеді.
- Бездің пішіні сопақ үсті шырышты қабықпен жабылған жақ-тіл етінің жоғарғы бетінде орналасқан. Оның көлемі 2 см, орташа салмағы 3,5 гр, негізгі шығару түтігінің ұзындығы 2 см, ал бездің үлкен бөлігінен басталып төменгі жақасты безінің шығару түтігіне келіп қосылады. Бездің майда бөліктері ауыз қуысы түбінің шырышты қабатына майда түтіктермен ашылады.
- Жоғарыда аталған бездердің барлығы жұп бездер жалғыз бездердің болуы өте сирек кездеседі.
- Сілекей бездері ас қорыту, шығару, эндокринді, инфекцияға қарсы және тістерге әсер ету қызметінің функцияларын атқарады. Ересек адамда тәулігіне 1000-1500 мл сілекей бөлініп шығады.



Поднижнечелюстная и подъязычная железы, вид изнутри (по В.П. Воробьеву, 1936). Срединный разрез дна полости рта и нижней челюсти; слизистая оболочка удалена; выделены протоки желез. 1 - медиальная крыловидная мышца; 2 - язычный нерв; 3 - малые подъязычные протоки; 4 - устье выводного протока поднижнечелюстной железы; 5 - большой подъязычный проток; 6 - тело нижней челюсти; 7 - подъязычная железа; 8 - выводной проток поднижнечелюстной железы; 9 - челюстно-подъязычная мышца; 10 - поднижнечелюстная железа.

СІЛЕКЕЙ БЕЗДЕРІНІҢ АУРУЛАРЫМҢЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ ТЕКСЕРУ

- Науқастарды тексеру жалпы қағидалармен жүргізіледі, оларға: шағым жинау, келіп шығу тарихы-анамнезі, қарап, сипап (кейде екі саусақпен сипап) тексеру, шығару түтіктерінен бөлінген сілекей құрамын зерттеу. Шығару түтіктерін шұқығышпен қарау, рентгенологиялық-сиалогграфиялық, сцинтиграфиялық, секреторлы функцияларын тексерулер, биопсия жатады.
- Науқастың жасы, жынысы, жалпы жағдайы нақтамалық бағытын анықтауы мүмкін.
- Сілекей бездерінің жедел ұлғаюы кезінде науқастың, қоршаған ортасы туралы мәліметтер жинау керек.
- Кейбір аурулардың келіп шығу тарихында өзіне тән ерекшеліктері болады: бездің қақсауы сілекей-тас ауруы немесе созылмалы аурудың болуын көрсетуі мүмкін.
- Бөлінетін сілекейдің көлемі және сапасы туралы мәліметтерді науқастың өзінен алуға болады.

- Қарап тексеру без көлемінің ұлғаюы, жанындағы жұмсақ тіндер жағдайы, жыланкөздің болуы, сілекейдің сапасы туралы анықтама береді.
- Сипап тексеру арқылы бездің тығыздығын-консистенциясы (жұмсақ, тығыз, бұдырлы), жанындағы жұмсақ тіндер туралы мәлімет алуға болады.
- Бимануальды тексеру арқылы түтікте тас барын анықтауға болады. Сілекейді таңертең аш қарынға 8 тамшы пилокорпин (1) бергеннен соң шығару түтігіне канюляны енгізіп жинап, калориметриялық әдіспен РН ортасын, белоктың санын және сілекейдің қоюлығын анықтайды.
- Қалыптағы жағдайда құлақмаңы сілекей безінде РН 5,7-7,6 арасында болады, белоктың мөлшері — 0,33-26,4, қоюлығы — 0,75-1,2 дейін. Төменгі жақасты сілекей безінде РН 6,9-7,8, белок — 0,066-3,33, қоюлығы — 1,4-1,9 дейін болады. Қалыпты жағдайда екі жақтағы сілекей бездерінің жұмысы сілекей құрамындағы белоктың мөлшері, қоюлығы сияқты көрсеткіштері бірдей. Осыған байланысты екі жақ сілекей безінің секреторлы функциясын тексере отырып ауру безді анықтауға болады.

- Адам сілекейінің құрамында 99% су, 1% еріген минералды және органикалық заттар болады. Ересек адамда тәулігіне 1,5 литрдей сілекей бөлінеді. Сілекей бездерінің аурулары кезінде олардың қызметі төмендеп, ауыз қуысы құрғақтанады.
- Цитологиялық тексеру жүргізу үшін сілекейдің бір тамшысын алып шыны әйнекке жағады. Жағындылар (мазок) Райто-Романовский немесе Романовский-Гимзе әдісімен алынады.
- Сүңгімен тексеруде шығару түтігінің бағытын, өзегінде конкременттің, барлығын және оның орнын, өзектің тарылуын, кейде атрезиясын анықтауға болады.
- Сілекей безін тексеру үшін арналған құралдар құрамында шығару түтігіне қолданылатын арнайы сүңгілер болуы қажет.
- Ұзындығы 150 мм екі жақтық конус тәрізді сүңгі-зонд. Ол диаметріне байланысты алты түрлі болады: № 1 — диаметрі 0,8 мм, №2 — 1 мм, № 3 — 1,1 мм, № 4 — 1,3 мм, № 5 — 1,5 мм, № 6 — 1,7 мм. Сүңгінің ұштары конус тәрізді, доғал, аздап бұрыш құрайды. Бұл сүңгі-зондтар шығару түтіктерін тексеруге арналған.
- 1. Цилиндр тәріздес ілмегі бар, ұзындығы 45-60 мм сүңгі. Оның доғал ұшын шығару түтікке енгізіп, ал екінші ұшын ілмек арқылы ауыз қуысының шырышты қабатына тігіп қояды. Бұл сүңгі сілекей безінің шығару түтіктерінде немесе түтікті қоршаған жұмсақ тіндерге ота жасаған кезде қолданылады.

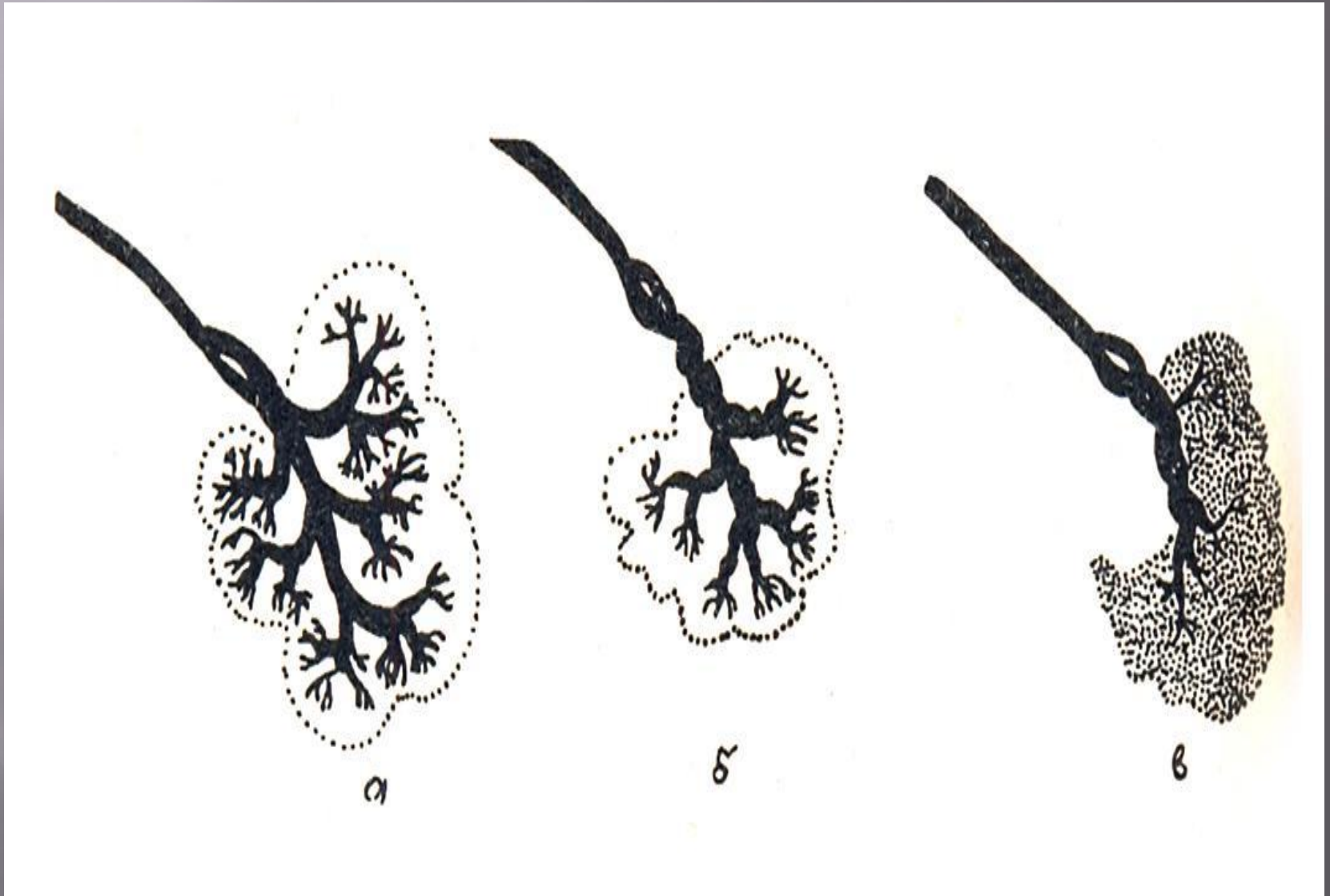
Сиалография әдісі.

- Бұл әдісті сілекей безіне рентгенография жасалғаннан соң бездердің секреторлы қызметінің өзгерісін анықтау үшін қолданады.
- Контрасты заттарды енгізу үшін көлемі 2,5 мл шприц пен ұшы доғал инені қолдануға болады. Йодолиполды адам денесінің қызуындай жылытып алған жөн.
- Инені сілекей безінің шығару түтігіне 0,5-1 см тереңдікке енгізіп, сілекей безінде толу сезіміне дейін контрасты зат жіберіп, біраз уақыт өткеннен соң сілекей безінде жеңіл ауыру сезімі пайда болғанға дейін тағы жібереді. Ауыз қуысындағы артық қалған контрасты заттарды тампонмен сүртіп алып сілекей безінің рентгенографиясын жасайды.
- Сцинтиграф аппаратымен сцинтиграмма алынады. Графикалық жазба әр түрлі нүкте және сызықшалар кестесі түрінде болады. Әр без сілекейінің қоюлығы туралы мәлімет береді. Суреттегі ақаулар без қызметінің бұзылыстарын (мысалыға склероз немесе ісіктің болуын) көрсетеді. Сцинтиграфияның басқаша сканирования, гаммаграфия деп те атайды.

Рентгенография әдісі.

- Бұл әдіс бездердің қабыну кезеңдерін, ісіктерді, сілекей-тас ауруларын морфологиялық нақтамасында ғана емес, қызметінің ерекшеліктері туралы да мәлімет беруде ерекше маңызды орын алады.
- Сиалогграфия кезінде негізінен шығару түтіктер жүйесі (негізгі және 10-12 дихотомиялық III-IV қатарға дейінгі) толады. Сиалогграммада диаметрі 0,2 см-ге дейінгі майда түтіктер көрінеді. Ал өте майда диаметрі 5- 10 мм болатын құрылымдық элементтер – мойыншықтар, ацинустар, сілекей түтікшелері рентгенограммада айқындалмай, паренхима суретін береді. Сілекей безінің айқын көрінуі контрасты заттардың реологиялық қасиеттеріне және енгізу қысымына байланысты. Паренхиманың айқын көрінуі қалыпты жағдай деп есептелінеді.

Сілекей тас ауруының әр түрлі сатысындағы өзгерістер



Медициналық термовизиография.

- Бұл АГА фирмасының (Швеция) тепловизор аппараты көмегімен қараңғы, температурасы 19-20° болатын бөлмеде жүргізіледі.
- Жылуды көру және термограмма жазбаларын үш проекцияда жүргізеді: алдымен екі жанынан. Термограммада беттің түрлі бөліктерінде көлемді және интенсивтігі әртүрлі сәулелену пайда болады. Сілекей бездерінің қабыну процестерінде температураның жоғарылауы байқалады, бұл термовизор экранында сәулеленудің интенсивтігін жоғарылатады, ал қатерсіз ісіктерде қатерлі ісіктерден салыстырмалы түрде температурасы төмендеу болады.

Ультрадыбысты нақтама әдісі.

- Бұл тәсіл организм ағзалары мен тіндердің акустикалық параметрлерін көзбен бағалап тексеруге негізделген және әртүрлі ағзалар мен тіндердің пішіні, көлемі, морфологиялық құрылысы туралы мәлімет береді. Ең бастысы науқастарға арнайы дайындықты қажет етпейді, әрі қауіпті емес.
- Бұл әдісті жүргізу үшін, ультрадыбысты нақтамалық УЗД-4 (УЗД-5) аппараты қажет. Оның жұмысы пьезоэлектр әсеріне негізделген.
- Сілекей бездерінің қабынуы ағымы бойынша жедел және созылмалы болады.

Жедел ағымды эпидемиялық паротиттер

- Бұл вирусты контагиозды ауру. Қоздырғышы – 1934 жылы Джонсон және Пудпасчер ашқан сүзілетін вирус.
- Балалар бақшасы мен мектеп жасындағы балалар (5-10) және жас кезінде ауырмаған ересек адамдар ауырады.
- Бұл ауруға мерзімдік сырқаттану тән – көктем, қыс айларында жиі кездеседі. Продромалды кезеңі 3 аптаға дейін созылады. Бұл кезеңде науқастар әлсіздікке, тәбетінің жоқтығына шағымданады.
- Инкубациялық кезең өтісімен, құлақ маңындағы бір немесе екі безі, төменгі жақасты бездері немесе барлық сілекей бездері де ауруға шалдығуы мүмкін.
- Сілекей бездерінің ұлғаюымен беттің әлпеті осы ауруға тән өзгереді, осыған байланысты бұл «свинка» деген атқа ие болған.
- Жұтынғанда ауырып, оның құлақ маңына таралуы, тамақтанар алдында ауыру сезімінің үдей түсуі (немесе тамақты көргенде), басты қимылдатқанда ауыруы осы ауруға тән. Эпидемиялық паротиттің тұрақты белгісі-дірілдің, безгектің болуы.

- Безгектің ұзақтығы 5-7 күн. Бездер ұлғайған, сипап тексергенде ауру сезімі болады. Эпидемиялық сиалоадениттерде үш нүктеде: құлақ сырғалығы жанында, емізікше өсінді аймағында және төменгі жақ өсіндісінің жарты ай ойығы аймақтарында ауыру сезімінің болуы тән. Ауыздың ашылуы қиындайды. Ауыз қуысының шырышты қабаты күңгірттеніп, сілекей бөлінуі нашарлайды, сілекей безінің оның шығару түтігінің ашылған орны қызарып, ісінеді.
- Ауру ағымына байланысты үш түрге: жеңіл, орташа және ауыр болып бөлінеді.
- Аурудың ауыр түрінде науқастың жалпы жағдайы нашарлайды, дене қызуы $39-40^{\circ}\text{C}$, бездегі ауыру сезімінен басқа, буындардың, аяқ бұлшықеттерінің, жүрек аймағының ауыруы, брадикардия, қан қысымының төмендеуі болуы мүмкін.
- Аурудың жедел кезеңі 4 күннен 10 күнге дейін созылады, 5-ші күннен бастап дене қызуы төмендеуі, жалпы жағдайының жақсаруы, без көлемінің кішіреюі байқалады.
- Ауру тұрақты иммунитет береді. Айығуы 2-4 аптадан соң басталады

- **Аурудың асқынуы.** Бездің іріндеп еруі, жыланкөз пайда болуы мүмкін. Қабыну кезеңі ортаңғы құлаққа, көру мүшелеріне өтуі мүмкін.
- Эпидемиялық сиалоадениттердің жиі болатын асқынулары: балаларда орхит, әйелдер мен қыздарда мастит, жедел панкреатит, нефрит және т.б.
- **Ажырату нақтамасы.** Оны бірінші кезекте Р.Л.Герценбергтің жалған паротитімен жүргізу қажет, ол ақыл тістің қиналып жарып шығуына байланысты құлақмаңы сілекей безінің бір жағынан капсула ішінде орналасқан лимфа түйіндерінің қабынуынан пайда болады. Жалған паротит кезінде сілекей бөліну қызметі бұзылмайды. Бұл ауру сілекей безінің паренхимасының не болмаса шығару түтігінің ауруы емес, бұл негізінен лимфаденит болып табылады.
- Паренхиматозды паротит эпидемиялық паротиттен ұзақ созылмалы жиі асқынулары болып тұруымен өзгешеленеді. Жалпы бір жақта болады.
- Микулич ауруында барлық сілекей және жас бездері ауруға ұшырап, созылмалы түрде жүреді.
- **Емі.** Симптоматикалық және жалпы әлдендіретін — сульфаниламидтер, ауыр жағдайда антибиотиктер, сілекей бөлінуін реттеуші дәрі-дәрмектер,
- термопсис, «А» және «С» тобындағы витаминдер, сұйықтықты көп мөлшерде қабылдау, ауыз қуысын сауықтандыру, без аймағына жылы компресстер қолдану керек.
- Без іріндеген жағдайында хирургиялық ем көрсету қажет.

Жедел ағымды эпидемиялы емес паротит

- Бұл ауру бездердің іріндеуіне алып келеді және өте ауыр түрде жүреді, созылмалы қабынуға өтуі де мүмкін.
- Аурудың жергілікті себептеріне: бөгде заттың енуі, сілекей тастарының пайда болуы, жұқа жаралар-афтозды және жаралы стоматиттер, бездің жарақат алуы, қабыну кезеңдерінің көрші аймақтардан өтуі жатады.
- Жалпы себептері: инфекциялық аурулар, іш қуыстарына жасаған оталар, сусыздануға алып келетін аурулар.
- **Клиникалық көріністері.** Жедел эпидемиялы емес паротиттер клиникалық ағымына қарай серозды, ірінді және гангренозды деп бөлінеді.
- Бұл ауру кезінде науқастар ауыз қуысының құрғақтығына, жалпы әлсіздігіне, дене қызуына, құлақалды маңында қатты ауыру сезімінің болуына, оның тамақтаңар алдында үдей түсетініне

- Қарап тексергенде, құлақ маңындағы ұйыспа-инфилтраттан пайда болған беттің асимметриясы анықталады (екі жақтық сирек). Ұйыспа-инфилтраттың әсерінен құлақ сырғалығы көтеріліп тұрады. Аурудың жедел серозды кезеңінде ауыздың ашылуы шектелмеген, шығару түтігінің ашылған орны қызарған, ісінген. Құлақмаңы сілекей безіне массаж жасағанда сілекейдің бөлінуі байқалмайды, кейде күңгіртшырышты сұйық бөлінуі мүмкін. Содан кейін кезеңнің кері дамуы басталады, без маңындағы ұйыспа-инфилтраттың ісігі қайтып көлемі кішірейеді, ауыру сезімі төмендейді, сілекей мөлшері қалыптағыдай болады.
- Жедел серозды паротит ірінді түріне өткенде безде қабыну кезеңі өте тез дамиды.
- Бездің тығыз капсуласының болуынан ірінді жалқықтың теріасты клетчаткасына шығуы қиындайды, осының әсерінен ауыру сезімі күшейе түседі. Құлақмаңы сілекей безі аймағындағы ұйыспа-инфилтраттың көлемі ұлғайып, жұмсақ тіндерде ісіну пайда болады. Ұйыспа-инфилтрат бетіндегі тері қабаты қызарған, қатпарға жиналмайды. Ауыздың ашылуы шектеледі. Шығару түтігінен көп мөлшерде ірің бөлінеді. Без капсуласы іріндеп ерігенде, былқылдау-(флюктуация) болады.

- Паротиттің гангренозды түрінде тіндердің көлемді некрозы және науқаста ауыр септикалық жағдай болады. Бет веналарының тромбозы мен флебиттер дамып, ми синустарына өтуі мүмкін.
- **Ажырату нақтамасы.** Жедел ірінді паротит ұрт, самай аймағындағы, шайнау еті астының кеңістігіндегі флегмоналардың клиникасына ұқсас, бірақ сілекей безінің қызметі бұзылмайды, шығару түтігінен мөлдір сілекей бөлінеді.
- Жедел эпидемиялық паротиттен жедел эпидемиялық емес паротиттің айырмашылығы, оның жиі бір жақта және ересек адамдарда болуы. Қандағы эритроциттердің тұнбаға түсу жылдамдығының жоғарлауы, лейкоцитоз, цитрофилдер санының жоғарлауының

- **Емі.** Жедел паротит кезіндегі емдеу шаралары аурудың сатысына байланысты жүргізіледі. Қабынудың серозды түрінде науқас сілекей бөлінуін жоғарлататын диета және тамақтанар алдында пилокарпин гидрохлоридтің 1% ерітіндісін 6-8 тамшы қабылдау қажет. Тамақтанып болғаннан соң ауыз қуысын сілтілік ерітінділермен шайған дұрыс. Сілекей безі аймағына физиотерапевтикалық ем, әлсіз жылулық бактерицидтік әсері бар УЖЖ — терапия қабылдауы, күндіз құрғақ жылы, ал түнге қарай камфор майымен жылы компрестер жасау және күнделікті шығару түтіктері жүйесін антибиотиктердің 0,5% новокаиіндегі ерітіндісімен немесе протеолитикалық ферменттермен жуып-шаю жақсы емдік әсер береді. Егер қабыну кезеңі өрши түссе, онда микрофлораның сезімталдығын анықтап, антибиотиктер тағайындалады. А.В.Вишневский әдісі бойынша тосқауыл-блокада жасау, яғни құлақмаңы сілекей безінің аймағында орналасқан ұйыспа-инфилтрат төңірегіне антибиотик қосылған новокаиннің 0,25% ерітіндісін енгізеді.
- Егер қабыну кезеңі іріңді немесе гангренозды түріне өткен болса, онда улануға қарсы жалпы әлдендіру және симптоматикалық емдерден басқа, бет жүйкесі талшықтарының орналасуын- топографиясын есепке ала отырып тіліктер жасау көрсетілген.
- **Алдын алу.** Ауыз қуысының тазалығын сақтау, сілекей бөлінуін жоғарылатып тітіркендіргіш тағамдар (қышқыл тамақ) немесе пилокарпиннің 1% ерітіндісін күніне 3-4 рет 4-6 тамшыдан қабылдау, тұз, аскорбин қышқылдарын қабылдау жатады.

Төменгі жақасты және тіласты сілекей бездерінің жедел іріңді қабынулары

- ▣ Бұл ауру өте сирек кездеседі. Қабынудың себептері: сілекей тастары, жарақат алу, стоматит.
- ▣ **Клиникалық көрінісі.** Науқас жұтынғанда, тамақтану кезінде ауыру сезімінің болуына, ауыз қуысының құрғақтығына шағымданады. Қарап тексергенде: бездің ұлғайғаны, тері қабаты жылжымалы, қатпарға жиналмалы, түсінің өзгермегені байқалады. Ауыз қуысын тексергенде ауыз түбінің шырышты қабаты ісініп, қызарған, шығару түтігі ісініп, кернелген және ауыру сезімі болады. Шығару түтігін сипап тексергенде сілекей тастары анықталуы мүмкін.
- ▣ Безді сипап тексергенде шығару түтігімен ірің, фиброзды тығындықтар, қою сілекей бөлінеді.
- ▣ **Емдеу шаралары** паротиттегідей жүргізіледі.
- ▣ Тәжірибеде-практикада қолайлы деп саналған А.В.Клементовтың сиалоадениттердің жіктеуі сілекей бездері қабынуларын паренхиматозды және интерстициалды деп бөледі.

Созылмалы паренхиматозды паротит

- Науқастар бездің ұлғайғаны, кейде, әсіресе тамақтанған кезінде ауызда ірің дәмі болатынына шағым айтады.
- Көріп тексергенде без ұлғайған, бұдырлы, ауыру сезімі болады. Безді массаж жасағанда шығару түтігінен ірің немесе фиброзды ұйынды бөлініп шығады.
- Қабыну кезеңі кезінде без паренхимасы фиброзды тінге ауыса бастайды. Сиалограммада шығару түтігі кеңейген және қалыңдаған.
- Күз мезгілінде созылмалы қабыну өршуі мүмкін. Бұл кезде ауыру сезімі бездің ұлғаюымен, дене қызуының жоғарылауымен, ауыздың ашылуы шектелуімен жүреді.
- **Ажырату нақтамасы.** Құлақмаңы безінің қатерлі ісіктерінен, Микулич ауруынан, сілекей-тас ауруынан, ретенциалды кисталардан ажырата білу қажет.
- **Емі.** Қабыну кезеңінің дамуын тоқтату және асқынуды баяулату қажет. Антибиотиктер ерітіндісімен безді жуу көрсетілген.
- Йодолиполдың, рентгенотерапияның қабынуға қарсы әсері бар, емдік дозасы 100 р-нен 500-800 р-ге дейін болуы қажет. Егер де отасыз-консервативті ем көмектеспесе, хирургиялық жолмен безді алып тастау керек.

□ **Созылмалы интерстициалды паротит.**

- Аурудың келіп шығу-этиологиясын кейде анықтау мүмкін емес. Оның басталуы құлақмаңы безінің ауыру сезімінсіз ұлғаюымен және бір жақта болуымен жүреді. Без аймағының ісінуі ұзақ уақытқа, кейде жылдарға созылуы мүмкін, кейде себепсіз кішіреюі байқалады.
- **Патолого-анатомиялық көрінісі.** Бездің аралық тінінің өсіп паренхимасының орнын басуы байқалады. Аурудың ұзаққа созылуы шығару түтігі мен шеткі бөліктерінің жоғалуына-атрофиясына алып келеді және гиалинденген фиброзды дәнекер тінінің арасында қалады. Шығару түтігінің өзегі тарылған.
- **Клиникалық көрінісі.** Құлақмаңы сілекей безі аймағында жұмсақ, ауырмайтын ісіну байқалады. Тері қабатының түсі өзгермеген, қатпарға жиналады. Шығару түтігінен аз мөлшерде мөлдір шырыш бөлінеді. Осындай жағдайда науқас біраз жыл жүруі мүмкін. Аурудың өршуі кезінде 1-2 күннің арасында бездің едәуір ұлғаюы, ауыруы және ауыз қуысының құрғақтануы байқалады. Науқастың жалпы жағдайы қалыптағыдай болады. Физикалық емнің (құрғақ, жылу, камфор майымен компресс) әсерінен ісік қайтып, ауыру сезімі басылады, бездің шығару түтігінен қою сілекей бөлінеді. Ремиссия кезеңінде таза сілекей бөлінеді, бірақ оның мөлшері азаяды.
- Рентген сәулесімен дозасы 0,6-0,9 Гр әр 2-3 күн сайын қосынды дозасы 6-дан 8 Гр болатын емдік курсы жүргізу қажет.

Төменгі жақасты сілекей бездерінің жедел қабынуы

- Төменгі жақасты сілекей бездерінің жедел қабынуы кезінде науқастар ауыз қуысының құрғақтығына, төменгі жақасты аймағындағы ауыру сезімінің жұтыну және тамақтанған кезде ұлғаюына шағымданады.
- **Клиникалық көрінісі.** Төменгі жақасты үшбұрышының артқы бөлігінде тығыз ауыратын ұйыспа-инфилтрат анықталады. Шығару түтігінің ашылу орны ісінген, қызарған. Бимануальды әдіспен тексергенде без тығыз, қозғалмалы және ауыратыны анықталады. Шығару түтігі өзегінде тығыз ауыратын ұйыспа-инфилтрат көрінеді. Аурудың бастапқы кезеңінде-ақ төменгі жақасты безінің қызмет бұзылыстарына байланысты сілекейдің бөлінуі анықталмайды.
- Аурудың іріңді кезеңінде, қабыну кезеңдері айқын жүреді. Төменгі жақасты аймағында едәуір ісіну және айналасындағы жұмсақ тіндерде ұйыспа-инфилтрат болады. Жедел сиалоаденит төменгі жақасты және иекасты аймақтарының кейбір жағдайларда ауыз қуысы түбінің флегмонасына алып келуі мүмкін.
- **Нақтамсы.** Аурудың жедел басталуы, сілекей бөлінуінің төмендеуі-гипосаливация, сілекей безі көлемінің ұлғаюы, тамақты көргенде немесе тамақтанған кезде ауыруы, шығару түтігінен іріңді жалқықтың бөлінуі сиалоадениттерге тән көріністер.
- Нақтама қою мақсатымен сілекей бездерінің жедел қабыну кезеңінде контрасты заттарды енгізу дұрыс емес.

- **Емі.** Төменгі жақасты сілекей безінің аймағына, түнге қарай камфор майымен жылытатын компресс жасау, күндіз құрғақ таңғыш, күніне 3-4 рет ауыз қуысын 0,5-1,0% натрий гидрокарбонатының жылы ерітіндісімен шаю қажет. Сілекей бөлінуін жоғарылататын тағамдар (құрғақ нан, лимон, шырындар) және де поливитаминдер қабылдау қажет. Сілекей бөлінуін- саливацияны жоғарылату мақсатымен пилокарпин гидрохлоридтің 1,0% ерітіндісін күніне 5-6 тамшыдан 3-рет қабылдаған жөн.
- Қабыну кезеңдерінің айқын көріністері кезінде антибиотиктер мен
- сульфаниламидтер тағайындалуы қажет.
- Төменгі жақасты аймағында абсцесс немесе флегмона дамыған кезде ірің ошағын ауыз қуысының сыртынан ашу керек. Ол үшін тері, теріасты май қабаттарын, мойынның беткі фасциясын бұлшықетімен және безді қаптаған терең фасцияны тіліп, іріңді ошақты доғал жолмен ашу керек. Жараға натрий хлоридінің гипертоникалық ерітіндісімен суланған борпылдақ дәке білік қояды.

- **Төменгі жақасты безінің созылмалы қабынуы.** Паротиттегідей жүреді. Ол созылмалы экссудативті және паренхиматозды сиалоадениттерге бөлінеді.
- Созылмалы қабынудың фиброзды және іріңді түрлері болады. Олардың клиникалық белгілері бірдей, бірақ түтіктен шығатын сілекейдің түріне қарай айырылады.
- **Клиникасы.** Сілекей безі қатты қақсап ауырып, көлемі ұлғаяды. Дене қызуы жоғарлауы мүмкін, ауыздың ашылуы шектеледі.
- Қабыну кезеңі төменгі жақасты безінде дамыса жұтынғанда ауыру сезімі болуы мүмкін. Шығару түтігін басып көргенде фибринді немесе іріңді тығындар, қою сілекей тамшылары содан кейін таза сілекей бөлінеді. Тығындар шыққан соң ауыру сезімі басылып, бездің көлемі кішірейеді.
- Сиалограммада басты түтіктерінің қапшық тәрізді кеңейгені байқалады.
- **Емдеу шаралары.** Шығару түтіктерін тығындықтардан босату (массаж). Шығару түтігінің өзегі тар болған жағдайда антисептикалық ерітінділермен шаю көрсетілген. Сілекей бөлінуін реттеу (диетаны сақтау, сілекей бөлінуін күшейтетін дәрі-дәрмектер), физиотерапия, йод дәрілерін қолдану қажет.

- **Гужеро-Шегрен белгісі-синдромы.** Сирек кездесетін ауру. 1925 жылы Гужеро мен Шегрен анықтаған. Ауруға 40 жастан асқан әйелдер жиі шалдығады.
- Келіп шығуы-этиологиясы белгісіз, гормональды бұзылыстар. А, В1 витаминдерінің жетіспеуімен және неврологиялық бұзылыстарға байланыстырады.
- Ауру ауыз қуысының қатты құрғақтығына, сөйлей алмайтындығына, ауызды суламай тамақ қабылдай алмайтынына шағымданады.
- **Ксеростомияның 3 дәрежесі болады.**
- I дәрежесінде науқастар ауыз қуысының құрғақтығына шағымданады. Кейде ауыру сезімі болмауы мүмкін. Бірақ науқастарды глоссалгия мазалайды, ауыз қуысының шырышты қабатында күй сезімі болуы мүмкін. Осындай науқастарды көріп тексергенде, ауыз қуысының, шырышты қабатының түсі қызғылт, аздап суланған, кіреберісі, тіласты және ұрттың шырышты қабатында көбіктенген сілекей анықталады. Сілекей бездерінің шығару түтігінен аз мөлшерде мөлдір сілекей бөлінеді.
- II дәрежесінде науқастар ауыз қуысының тұрақты құрғақтығына, әсіресе тамақтанған кезде (құрғақ тамақтың артынан су ішуі) айқындалуына шағымданады. Осындай науқастарды көріп тексергенде, құрғаған, беті сарғыш қабыршақтармен жабылған ерінді байқауға болады. Тілі құрғақ науқас ұзақ әңгімелесе алмайды. Ұрт және таңдай шырышты қабатында құрғақ немесе өте аз суланған, түсі өзгеріссіз, қабыну кезеңдері жоқ. Сілекей безін массаж жасағанда, бірнеше тамшы сілекей бөлінуі мүмкін.

- III дәрежесінде тұрақты құрғақтықтан басқа, ауыз қуысының шырышты қабатында қабыну кезеңдері болуы мүмкін.
- Осындай науқастарда негізінен мынадай шағымдар болады: тамақ қабылдағанда ауырып (әсіресе ащы және тұздалған тамақтар), ауыз қуысында күй сезімінің болуы. Тістер тез арада бұзылады. Еріндері жарылған, ауыздың бұрыштары қызарып, жарылып тұрады. Ерін мен ұрттың шырышты қабатында эрозиялар пайда болып, гингивит дамуы мүмкін. Тіл құрғақ, қақталған, қызарған. Сілекей бездерін белсенді массаж жасаған кезде де сілекейдің бөлінуі байқалмайды.
- **Клиникасы.** Ксеростомия, ксерофтальмия, кератоконъюнктивит, ринофарингит, ларинготрахеит, созылмалы полиартриттер және шаштардың түсуі, тырнақтардың сынғыштығы байқалады. Құлақмаңы сілекей бездері қайталамалы ісінуі мүмкін. Шығару түтіктерінен сілекейдің бөлінуі, белсенді массаж жасаған кезде де болмайды. Бездердің сиалограммасында түтіктердің жартылай кеңейгені, жартылай тарылғаны байқалады.
- **Емі.** Жиі симптоматикалық, құлақмаңы сілекей безінде қабыну кезеңдері жиі қайталана беретін жағдайда сілекей безін алып тастауға тура келеді. Науқас офтальмологтың, терапевтің, стоматологтың қарауында болуы керек.

- **Микулич ауруы.** 1892 жылы сипатталған, келіп шығуы-этиологиясы белгісіз. А.И.Абрикосов бұл ауруды алейкемиялық немесе лейкемиялық лимфаденоз, ал А. И. Пачес коллагеноздар қатарына жатқызады.
- **Клиникалық көрінісі.** Жас және сілекей бездерінің симметриялық ұлғаюы анықталады. Тері қабатының түсі өзгеріссіз, бездерді сипап тексергенде беті бұдыр, ауыру сезімі жоқ. Жас бездерінің ұлғаюынан жоғарғы қабақ төмен түскен. Ауырмайды, сондықтан да науқастардың шағымы да негізінен косметикалық жағынан болады, бірақ кейін ауыз қуысының құрғақтығы қосылуы мүмкін. Аурудың бастапқы уақытында сілекей бездерінің шығару түтіктерінен мөлдір сілекей бөлінеді, соңынан оның бөлінуі төмендейді. Кейде терінің қышынуы, қолтықасты, және шабының лимфа түйіндері ұлғайғаны байқалады. Ауыз қуысындағы майда лимфа түйіндері де ұлғаюы мүмкін.
- **Емі.** Лимфаденоздың шектелген түрлеріне сәулелі терапия мышьяк дәрісі өте жақсы нәтиже береді және бензол мен уретан дәрілерін де қолдануға болады.

Сілекей-тас ауруы (Сиалолитиазис)

- Сілекей-тас ауруы сілекей бездері ауруларының ішіндегі жиі-кездесетіні (40-60%). Сілекей тастары жиі Вартонов түтігінде және төменгі жақасты безінде орналасады. Өте жиі төменгі жақасты безі зақымдалады.
- М.Н. Михайловтың мәліметтері бойынша (1957), төменгі жақасты сілекей безі 89,5% науқастарда, тіласты сілекей безі 7,5%, ал құлақмаңы безінің жарақаттануы – 3% науқастарда кездеседі.
- Көбіне тастар бір сілекей безінде пайда болады. Ер адамдарда әйелдерге қарағанда жиі кездеседі. Жас шамасының шешуші маңызы жоқ. Тастардың көлемі мен пішіні әр түрлі, бірақ сілекей безінде орналасқан тастар, негізінен үлкен, пішіні домалақтау болады. Кейде көпқырлы тастар да кездеседі.
- Тастардың түсі ақшыл, сары, қоңыр, жасылдау болуы мүмкін. Түсінің түрлі болуы олардың химиялық құрамына, яғни қышқылды фосфор, көмірқышқылды калий, натрий, хлор, темір, магний элементтерінің іздері және белок, муцин сияқты органикалық заттарға байланысты.
- Сілекей тастары ядросының пайда болуына сілекейлі тығындықтар, бөгде заттар, бактериялар колониясы әсер етуі мүмкін.

- Тастардың келіп шығуы-патогенезі толық анықталмаған.
- Д. В. Подвысоцкий 1899 жылы тастың пайда болуының 4 жағдайын көрсеткен: сілекей бөлінуінің іркілісі, мөлшерінің-концентрациясының өсуі, құрамында бөгде заттардың пайда болуы — бактериялар, фибриннің, сілекей құрамының өзгеруі (құрамындағы химиялық кезеңдер ерімейтін қосылыстардың шөгуіне алып келуі мүмкін).
- Сілекей-тас науқастарыда қан плазмасында кальций мөлшерінің жоғарылағаны анықталған, яғни бұл өзгерістер организмдегі минералдық алмасудың бұзылыстарын көрсетеді. Тамақтың құрамында А витаминінің аз мөлшерде болуы, сілекей тастарының пайда болуына алып келеді деген жорамал бар. И.Г. Лукомский тастардың пайда болуына керек заттар сілекей құрамынан емес, қабынған бездің тіндерінен немесе шығару түтіктерінен түсуі мүмкін деген ойды айтады.
- А.В.Клементов (1959, 1960 ж.) сілекей-тас ауруының толық жіктелуін ұсынды, ол тастың орналасу орнын, аурудың ағымын және тастың өздігінен түсуін немесе алынуын ескерді.

- **А. В. Клементов бойынша сілекей-тас ауруының жіктелуі.**
- **I. Тастардың орналасуы:**
- 1). Төменгі жақасты безінің шығару түтіктерінде;
- 2). Құлақмаңы безінің шығару түтігінде;
- 3). Тіласты безінің шығару түтігінде; а) бездің қабынуынсыз; б) бездің созылмалы ауруы кезінде; в) бездің созылмалы қабынуының өршуі кезінде.
- **II. Тастардың бөтен жерде орналасуы:**
- 1). Төменгі жақасты;
- 2). Құлақмаңы;
- 3). Тіласты. а) бездің қабынуынсыз; б) бездің созылмалы қабынуы кезінде; в) бездің созылмалы қабынуының өршуі кезінде.
- **III. Сілекей-тас ауруынан дамыған бездің созылмалы қабынуы:**
- 1). Төменгі жақасты;
- 2). Құлақмаңы;
- 3). Тіласты бездерінде: а) тастың өздігінен түсуінен кейін; б) тастың хирургиялық жолмен алынуынан кейін дамыған.

- **Клиникалық көріністері.** Аурудың клиникасы оның мерзімінің ұзақтығына, тастың көлемі мен орналасқан орнына, бездің жарақаттану дәрежесіне, организмнің қорғану қабілетіне (иммундық) байланысты.
- Аурудың клиникасында жасырын кезеңі болған жағдайда науқастардың шағымы болмайды. Тас - рентгенологиялық тексеру кезінде кездейсоқ анықталуы мүмкін. Бездің шығару түтігі тығындалған жағдайында ауыру сезімі пайда болады, көлемі ұлғайып, сілекейдің бөлінуі бұзылады, жалпы жағдайы өзгереді. Әсіресе екіншілік инфекцияның қосылуы және бездің ірінді қабынуы кезінде қатты айқындалады.
- Әдетте, тамақтанған кезде сілекей безі үлкейіп, кернегендей ауыру сезімі пайда болады, оны «сілекейлі шаншу» деп атайды.
- Түтіктің тығындалуы кезінде бездің ұлғаюы өте тез жүреді. Осы кезде болатын ауыру сезімі құлақ, мойын аймақтарында және тілге таралады. Ауыру сезімінің қатты болуы науқасқа тамақтануды тоқтатуға мәжбүр етеді. Біраз уақыттан соң бездің көлемі кішіреюі мүмкін.

- **Емі.** Негізінен хирургиялық. Емнің мақсаты — тасты түтіктен немесе безден алу. **Тас төменгі жақасты безінде кездескенде хирургиялық әдістердің үш жолы бар:** 1) Безді таспен бірге алу; 2) Тасты безден ауыз қуысы ішінен алу; 3) Тасты безден ауыз қуысы сыртынан алу.
- Тас шығару түтігі бойында орналасқан жағдайда оны ауыз қуысы ішінен тілік жасай отырып алады. Жергілікті жансыздандыру арқылы түтікті (тастың орналасқан жерінің арт жағынан оның ота кезінде орнынан жылжымауы үшін) тігеді. Содан кейін түтікке енгізілген сүңгі-зонд арқылы, тастың үстінен тілік жасап, оны хирургиялық қасықпен немесе пинцетпен алады. Жараға тігіс салынбайды. Науқасқа пилокарпин, жеңіл диета, құрғақ жылы, ауыру сезімін басатын дәрі-дәрмектер тағайындалады.
- Бездің созылмалы қабынуы жиі өршігенде, тас бездің ішінде орналасқанда оның қызметі толық бұзылғанда кесіп алып тасталады-экстирпация көрсетілген.
- **Ота әдісі:** жансыздандырып, төменгі жақасты үшбұрышынан ұзындығы 8-10 см-дей тілік жасалынады. Тері, мойынның беткей бұлшықеті, бездің жапқыш шандыры тілінеді. Безді доғал жолмен іреп, бет артериясын байлайды. Бездің түтігі бөлініп кесіледі де 24 сағаттан соң алынады.

Қорытынды

- Қазіргі таңда сілекей бездерінің қабыну ауруларын емдеу медицинаның өзекті мәселелерінің бірі болып отыр. Ірі, жұп сілекей бездерге құлақмаңы, жақасты және тіласты, ал майда және тақ бездерге ауыз қуысының шырышты қабығының бездері жатады. Сілекей бездерінің қабыну ауруларын емдегенше, оның алдын алған дұрыс.

Назарларыңызға рахмет

