



Кафедра: Стоматология детского
возраста

На тему: Воспалительные и опухолевые
процессы слюнных желез у детей.

СРС

Проверила: Король Л.У.
Выполнила субординатор: Есеркепова
М.Е
Курс: 5
Группа: СТ 11-009-1

План :



1. Введение



2. Воспалительные заболевания слюнных желез.



3. Опухоли слюнных желез



4. Заключение



5. Список литературы

Введение

На 6-й неделе
внутриутробн
ого развития
уже находят
зачатки
больших
слюнных
желез.

И уже в 15 лет
слюнные
железы по
размерам и
функциям не
отличаются от
таковых
взрослых.

На 22-й
неделе
выявляют
проходимость
слюнных
протоков

После 1 года
оно
усиливается

У ребенка до 1
года развитие
происходит
умеренно



22 неделя беременности



Слюнные железы делятся

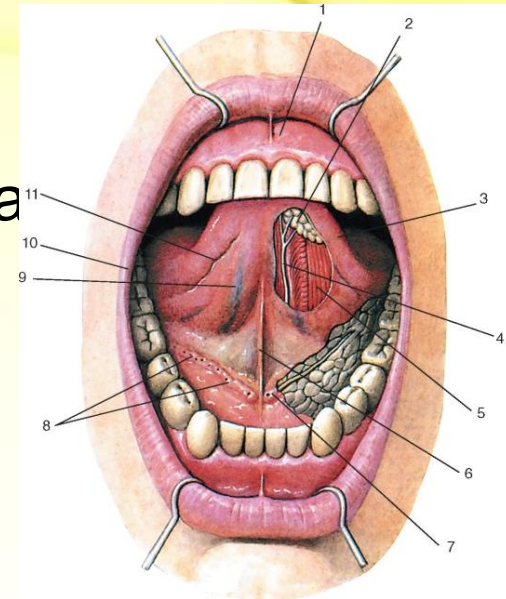
крупные парные

- околоушная,
- поднижнечелюстная
- подъязычная.



мелкие непарные

- губные,
- щечные,
- язычные,
- небные
- дна полости рта





Классификаци я

1. По этиологии
 - бактериальные; - вирусные; - микогенные
2. По характеру воспаления:
 - острые (эпидемический и неэпидемический);
 - хронические неспецифические (паренхиматозный, интерстициальный и сиалодохит);
 - хронические специфические (актиномикоз, сифилис, туберкулез); - калькулезный сиаладенит.
3. По тяжести: - легкая, средней тяжести, тяжелая;
4. По стадии: - ремиссия; - обострение

Острый эпидемический паротит

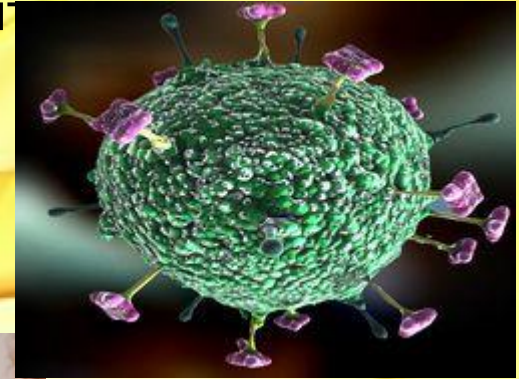
Этиология: Возбудителем является фильтрующийся вирус из группы РНК-геномных вирусов, род Paramyxoviridae.

Болеют чаще дети от 7 до 10 лет.

Инкубационный период колеблется от 2-х до 3-х недель.

В зависимости от тяжести заболевания выделяют легкую, среднюю и тяжелую степень.

При легкой форме клинические проявления болезни незначительны: **припухание слюнных желез** умеренное, **чаще одностороннее** и почти **безболезненное**. При массаже железы из протока удается получить небольшое





- Для заболевания **средней тяжести** характерно наличие короткого продромального периода (2-3 дня), во время которого у ребенка появляется **недомогание**, головная боль, **озноб**, болезненность в области шеи, суставов и мышц конечностей. Ухудшается **аппетит**, повышается **температура тела**, возникает сухость в полости рта, припухают околоушные железы. **Саливация понижена**.
- При **тяжелой форме** выражены продромальные явления. **Припухлость железы** усиливается. Увеличенная и болезненная околоушная железа оттесняет кнаружи мочку уха, сдавливает и иногда **суживает наружный слуховой проход**. Часто **развивается катаральный стоматит**, наблюдается гиперемия слизистой оболочки зева.

Диагностика. Лечение

- **Диагностируется** эпидемический паротит на основании анамнеза, клинических признаков, биохимических данных (уровень диастазы крови повышается до 800-1000 ед.).
- **Лечение** эпидемического паротита симптоматическое. Больного укладывают в постель на 7-10 дней. Пища должна способствовать улучшению секреции (кислое питье, сухари и т.д.). Для предупреждения осложнений необходимо поддерживать 8 гигиену полости рта (полоскание антисептиками, ирригация). Назначают тепловые процедуры: согревающие сухие компрессы, соллюкс, УВЧ, УФО. После купирования острой воспалительной реакции рекомендуется массаж желез, слюнногонная диета, обильное питье.



К острым неэпидемическим сиаладенитам относится острый паротит новорожденных, который возникает чаще всего у детей

недоношенных

- **Этиология** заболевания не выяснена.
- **Клиника:** Железа уплотнена, болезненна при пальпации. Устье выводного протока расширено. Через 2-3 дня наступает гнойное или гнойно-некротическое расплавление железы, при пальпации определяется флюктуация. Из протоков слюнной железы появляются гнойные выделения.
- **Лечение:** в первые дни заболевания слюнных желез проводят интенсивное консервативное лечение (дезинтоксикационную, симптоматическую и антибиотикотерапию). Мазевые и спиртово-масляные компрессы на область железы. При гнойном расплавлении железы и абсцедировании показано хирургическое вскрытие очага.



Гриппозный сиаладенит

- **Гриппозный сиаладенит** развивается во время эпидемии гриппа на фоне общих симптомов гриппа или сразу после их ликвидации.
- **Клиническая картина:** нарушение самочувствия, субфебрильная температура тела, припухлость в области слюнных желез, появление множественных мелких выбуханий на слизистой оболочке губ, щек, носа (слизистая оболочка становится бугристой). При нарастании воспаления наблюдается увеличение припухлостей, сухость в полости рта, болезненность при повороте головы, движениях языка, глотании. Симптомы острого воспаления ликвидируются за несколько дней.
- **Лечение** симптоматическое: покой, рациональная диета, дисенсибилизирующая терапия. При инфицировании железы - инстилляция антисептиками (2% раствор гидрокарбонатом натрия, антибиотики широкого спектра действия и др.).



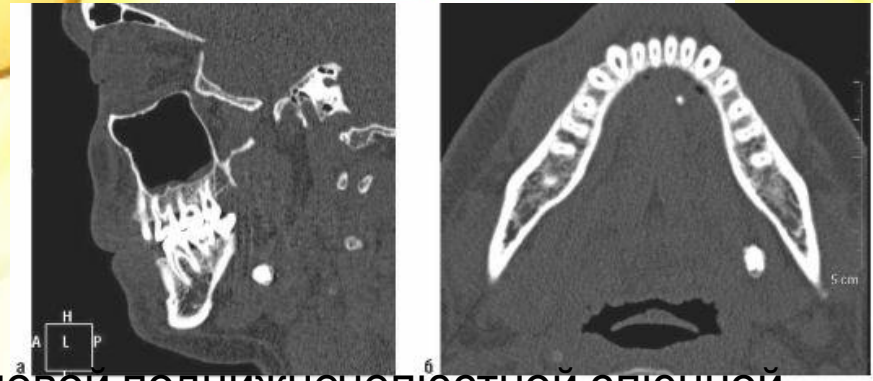
Хронический паренхиматозный паротит

- **Хронический паренхиматозный паротит** (хронический паренхиматозный сиаладенит, хронический сиалодохит, хронический неспецифический рецидивирующий паротит и др.). Многообразие названий зависит от типа поражения ткани железы, периодичности обострений, степени выраженности воспалительного процесса. Чаще всего является исходом **острого сиаладенита**. Хронические паротиты чаще всего развиваются в околоушных слюнных железах, обычно поражается железа с одной стороны (но иногда наблюдается и симметричное поражение).

- **Хронический интерстициальный сиаладенит**
- Характеризуется разрастанием междольковой соединительной ткани без поражения железистой. По сравнению с хроническим паренхиматозным паротитом встречается значительно реже. Процесс чаще двусторонний, локализующийся главным образом в околоушных слюнных железах.

Слюнно-каменная болезнь у детей

- **Слюнно-каменная болезнь (калькулезный сиаладенит).** Наиболее распространенная патология среди заболеваний слюнных желез. Причинами развития являются нарушения водно-солевого обмена, авитаминозы, изменения физико-химических свойств секрета слюнной железы. Необходимым условием для образования камня является наличие инородного ядра (слюнный тромб, инородные тела в протоке железы и т.д.). **Слюнные камни** чаще всего образуются в подъязычных слюнных железах. Когда камень достигает больших размеров, он полностью закупоривает проток железы, что проявляется сильными болями и формированием гнойного очага. Лечение – местное (массаж протока железы, тепловые компрессы и т.д.) или хирургическое (**удаление камней**).



Слюннокаменная болезнь левой поднижнечелюстной слюнной железы. Мультиспиральная компьютерная томограмма ребенка 16 лет

Опухоли слюнных желез



- **Новообразования слюнных желез встречаются в 1-2% наблюдений по отношению к общему количеству опухолей, возникающих у человека. Чаще опухоли слюнных желез бывают доброкачественными (около 60%). Злокачественные новообразования наблюдаются в 10-46% случаев.**

Классификация

- **Международная гистологическая классификация ВОЗ № 7 с учетом клинико-морфологических показателей опухоли слюнных желез распределяет так:**
- **Доброкачественные опухоли:**
 - эпителиальные: полиморфная аденома, мономорфные аденомы (аденолимфома, оксифильная аденома и др.);
 - неэпителиальные: гемангиома, фиброма, невринома и др.;
- **Местнодеструкрующие опухоли (промежуточная группа):**
 - ацинозноклеточная опухоль.
- **Злокачественные опухоли:**
 - эпителиальные: аденокарцинома, эпидермоидная карцинома, недифференцированная карцинома, аденокистозная карцинома, мукоэпидермоидная опухоль;
 - злокачественные опухоли, развившиеся в полиморфной аденоме;
 - неэпителиальные опухоли (саркома);
 - вторичные (метастатические) опухоли.

• Аденолимфома

- Встречается в 1,7% наблюдений. Характеризуется медленным ростом. Безболезненна. Консистенция мягко-эластическая, поверхность гладкая, границы опухоли ровные, четкие. Опухоль имеет капсулу. Опухолевый узел состоит из эпителиальных железистоподобных структур со скоплениями лимфоидной ткани. Характерной особенностью таких опухолей является расположение их в толще железы, как правило, околоушной, под мочкой уха.



Удаление
аденолимфомы
околоушной
слюнной железы с
сохранением ветвей
лицевого нерва



- **Полиморфная аденома**

- Встречается в 60,3% наблюдений. В подавляющем числе случаев поражаются околоушные, поднижнечелюстные слюнные железы. Растут медленно, безболезненно. Могут достигать больших размеров. Несмотря на это пареза лицевого нерва не бывает. Консистенция опухоли плотная, поверхность бугристая. При поверхностном расположении опухоли под кожей подвижно

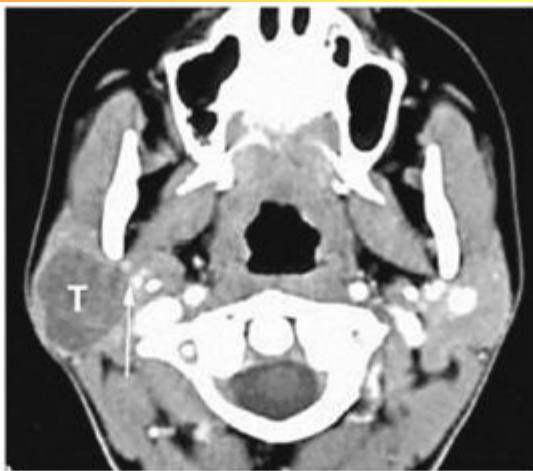


Промежуточные опухоли

- **Ацинозно-клеточная опухоль**
- Хорошо отграничена от окружающих тканей, но нередко проявляются признаки инфильтративного роста. Опухоли состоят из базофильных клеток, сходных с серозными клетками ацинусов нормальной слюнной железы.

Злокачественные опухоли

- Среди злокачественных новообразований слюнных желез в детском возрасте наиболее часто встречается **мукоэпидермоидный рак**. Опухоль чаще поражает детей **старше 10 лет**, в мировой литературе описаны лишь единичные наблюдения у детей младшего детского возраста. Как правило, опухоль развивается в **околоушной слюнной железе (90% случаев)**, поражение подчелюстной железы наблюдается **у 7,7% детей**. Из малых слюнных желез поражаются железы мягкого неба. Источником происхождения опухоли является эпителий междольковых и крупных выводных протоков, которые не содержат миоэпителиальных клеток. Микроскопически мукоэпидермоидный рак характеризуется наличием **эпидермоидных и слизиобразующих клеток**



- КТ больного мукоэпидермоидным раком слюнной железы

Диагностика опухолей слюнных желез:

- **Цитологическое исследование пунктатов и мазков-отпечатков:**
- **Цитологическое исследование** проводится с соблюдением всех правил асептики и антисептики с помощью сухого шприца с хорошо подогнанным поршнем (для получения герметичности) и иглы с диаметром просвета 1-1,5 мм. Предварительно выполняется инфильтрационная анестезия новокаином (1,0 мл 2% р-ра). Иглу продвигают в толщу новообразования в нескольких направлениях и на разную глубину. При этом поршень шприца оттягивают на себя, что способствует всасыванию жидкого содержимого или обрывков ткани опухоли. Содержимое шприца наносят на предметное стекло и осторожно распределяют по его поверхности. Высушив мазки на воздухе, их маркируют и отправляют в цитологическую лабораторию, где их окрашивают по Паппенгейму или Романовскому и изучают морфологию клеток препарата.
- **Биопсия и гистологическое исследование материала:**
- Наиболее достоверный метод морфологической верификации новообразований. Операция выполняется под местным обезболиванием с соблюдением принципов абластики и антибластики. После обнажения новообразования скальпелем иссекают наиболее характерный участок опухоли размером не менее 1,0 см на периферии опухолевого узла с участком интактной ткани слюнной железы. Вывихивающими осторожными движениями фрагмент опухоли извлекают из раны и отправляют на гистологическое исследование. Кровотечение из опухолевой ткани останавливают с помощью метода диатермокоагуляции. Рану ушивают. Для выполнения биопсии опухоли слюнной железы больного необходимо госпитализировать. Операция требует от хирурга определенной подготовки.

- **Рентгенологическое исследование:**

- (рентгенография черепа, нижней челюсти, сиалоаденография).
- Вначале выполняется обычная рентгенография черепа или нижней челюсти в нескольких проекциях в зависимости от локализации опухоли для выявления возможной деструкции костной ткани. Это позволит определить распространенность опухолевого процесса.
- **Сиалоаденография.** Показана при поражении больших слюнных желез. Эта процедура выполняется только после обычной рентгенографии без контраста, иначе последний затрудняет чтение рентгенограмм.
- Для контрастной сиалоаденографии обычно применяется йодолипол (йодированное масло)

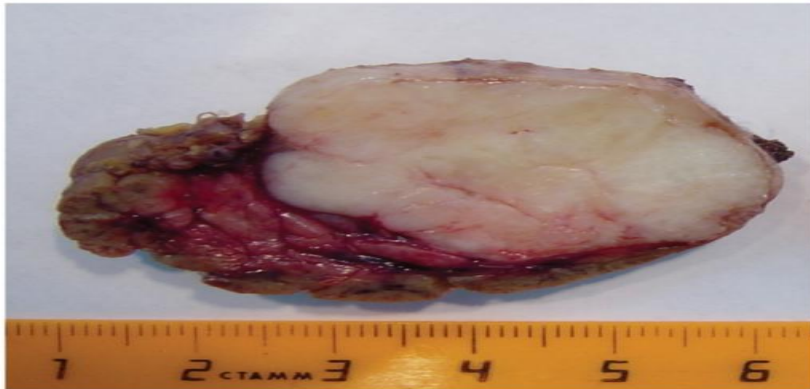
- **Радиоизотопное исследование:**

- Основано на разнице в степени накопления радионуклидов при воспалительных процессах, доброкачественных и злокачественных опухолях. В динамике злокачественные опухоли накапливают изотоп в отличие от доброкачественных и воспалительных процессов.
- Основным методом диагностики опухолей слюнных желез является морфологический (cito- и гистологический).

Лечение опухолей слюнных

желез:

- **Принципы лечения доброкачественных опухолей слюнных желез** заключаются в полном (вместе с капсулой) удалении опухолевого узла: капсулу железы рассекают и осторожно, чтобы не повредить капсулу опухоли, вылуцивают новообразование.
- При операциях на околоушной слюнной железе по поводу доброкачественных опухолей никогда не удаляют лицевой нерв. При доброкачественных опухолях подчелюстных слюнных желез выполняется экстирпация



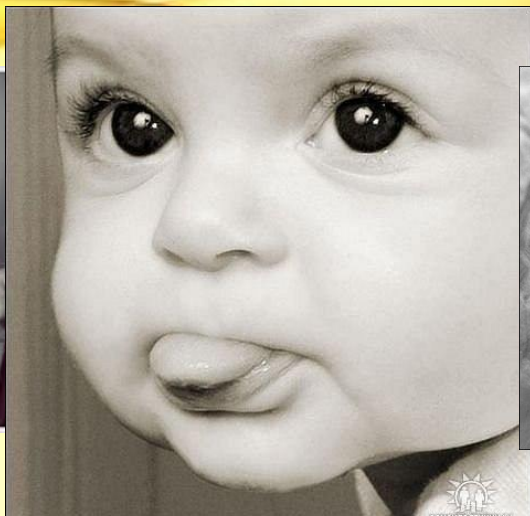
- **Принципы лечения злокачественных опухолей слюнных желез.**
- Выбор схемы лечения зависит от распространенности опухолевого процесса, морфологической разновидности опухоли, возраста больного, наличия сопутствующей патологии. В большинстве случаев (кроме радиорезистентных видов сарком) приходится применять комбинированное лечение. Наиболее часто используется схема: предоперационная телегамма-терапия в суммарной очаговой дозе 40-45 Гр + радикальное оперативное вмешательство. Некоторые авторы предлагают увеличивать дозу облучения до 50-60 Гр. Зоны регионарного лимфооттока облучаются, если есть подозрение на метастазы. Оперативное вмешательство выполняется через 3-4 недели после окончания курса лучевой терапии.



новый линейный ускоритель «Truebeam» открытии нового аппарата, которое состоялось 28 марта 2015 года

Заключение

Возможность излечения пациента, зависит от своевременного обращения пациента, а от нас врачей стоматологов зависит от правильной диагностики и своевременного лечения.



Список литературы:

- 1. Болотин М.В., Поляков В.Г., Шишков Р.В, Ермилова В.Д., Матвеева И.И. Два случая ацинозно-клеточного рака околоушной слюнной железы у детей. // Теоретический и научно-практический журнал доказательной медицины «Детская онкология». 2004. -№ 1. - С. 45-47.
- 2. Поляков В.Г. В книге «Детская онкология» Л.А. Дурнов, Г.В. Голдобенко Медицина 2002 с 271-280.
- А также ресурсы интернет
- 3. <http://www.dissercat.com/content/opukholi-slyunnykh-zhelez-u-detei-klinika-diaagnostika-lechenie#ixzz40UKhfcos>
- 4. <http://nebolet.com/bolezni/vospalenija-sljunnyh-zhelez.html>