

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті



Кафедра: Хирургиялық стоматология

СӨЖ

Презентация

**Тақырыбы: СІЛЕКЕЙ БЕЗДЕРІНІҢ ҚАБЫНУ ЖӘНЕ
ДИСТРОФИЯЛЫҚ АУРУЛАРЫ. СІЛЕКЕЙ БЕЗДЕРІНІҢ
ҚАТЕРЛІ ЖӘНЕ ҚАТЕРСІЗ ІСІКТЕРІ.**

Тексерген: Утепов Д.К

Орындаған: Балқан А.С

Факультет: Стоматология

Курс: V

Тобы: 12-001-01 топ

Алматы 2016

Жоспар:

- Жедел ағымды эпидемиялық паротиттер.
- Жедел ағымды эпидемиялық емес паротит
- Созылмалы паренхиматозды паротит
- Төменгі жақасты сілекей бездерінің жедел қабынуы
- ГУЖЕРО-ШЕГРЕН СИНДРОМЫ
- Микулич дерті
- Сілекей-тас дерті (Сиалолитиазис)

- Аденома
- Плеоморфты аденома
- Мономорфты аденома
- Ранула
- Сілекей без кистасы
- Тіл асты сілекей без киста
- Жақ асты сілекей без кистасы
- Құлақ маңы сілекей безі
- Диагностика
- Емі
- Сілекей бездерінің қатерлі ісіктері

- Сілекей бездері жақ-бет аймағының анатомиялық функциональды құрамды бөлігі және ауыз қуысының қосымша бөлігі болып табылады.
- Ірі, жұп сілекей бездеріне құлақ маңы, жақ асты, тіл асты, ал майда және тақ бездерге ауыз қуысының шырышты қабығының бездері жатады.

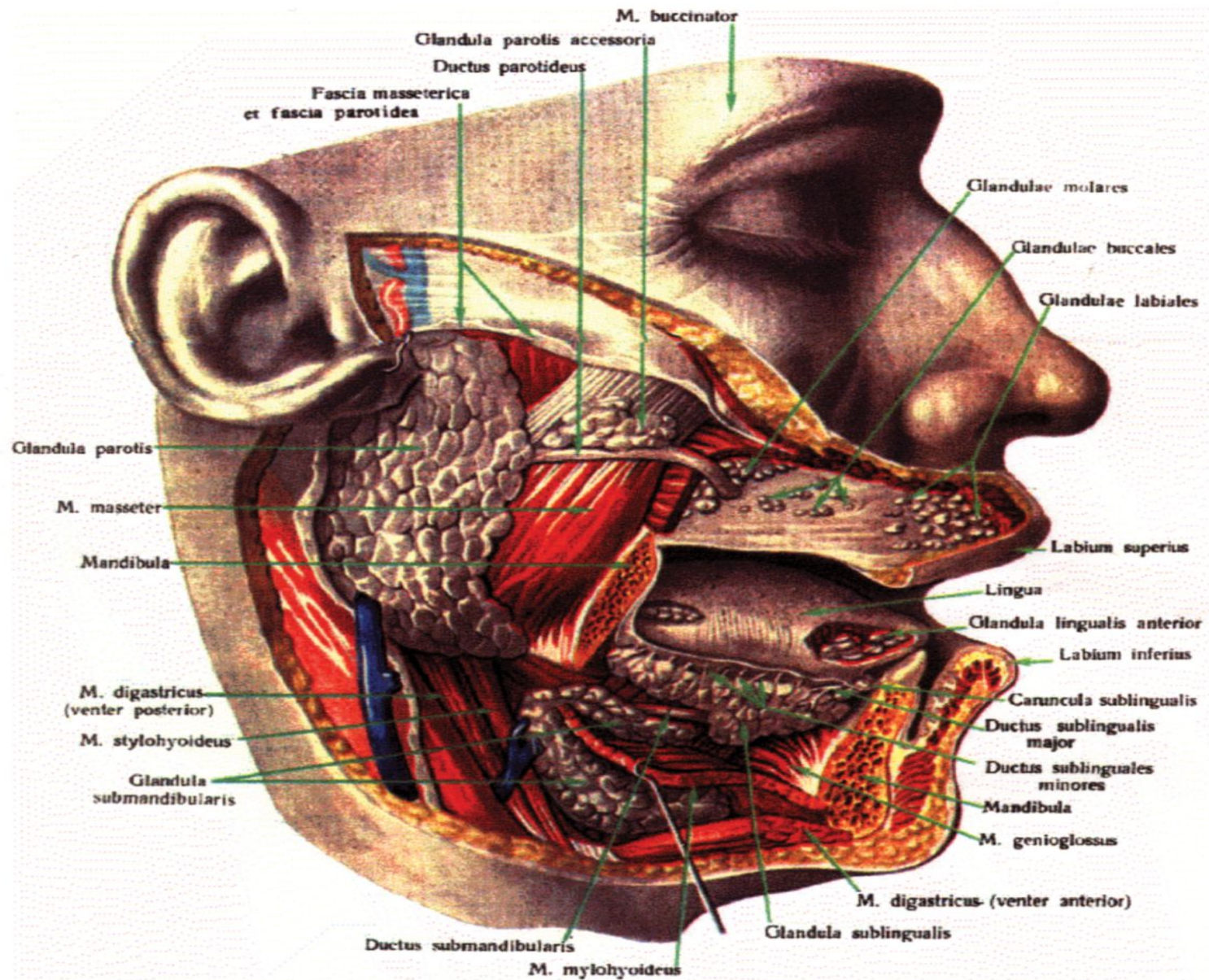


Рис.1 Анатомия слюнных желёз

Жедел ағымды эпидемиялық паротиттер.

- ◎ Бұл вирусты контагиозды дерт. Қоздырғышы-1934 жылы Джонсон мен Пудпасчер ашқан сүзілетін вирус. Көктем, қыс айларында жиі кездеседі. Продромалды кезеңі 3 апта.
- ◎ Инкубациялық кезең өтісімен, құлақ маңындағы 1 не 2 безі, төменгі жақ асты бездері не барлық бездері де ауруға шалдығуы мүмкін.
- ◎ Сілекей бездерінің ұлғаюымен беттің әлпеті осы дертке тән өзгереді, осыған байланысты бұл “свинка” деген атқа болған.

Клиникалық белгілері

- Жұтынғанда ауру сезімі
- Ауру сезімі құлақ маңына таралуы
- Басты қимылдатқанда ауру сезімі
- Дірілдің және безгектің болуы
- Бездер ұлғайған, ауыздың ашылуы қиындайды
- Ауыз қуысының шырышты қабаты күңіреттенген

- Сілекей бөлінуі нашарлайды
- Сілекей безінің оның шығару түтігінің ашылған орны қызарып, ісінген.
- Науқастың жалпы жағдайы нашар
- Дене қызуы 39-40 С
- Буындардың, аяқ бұлшықеттерінің, жүрек аймағының ауруы
- Брадикардия
- Қан қысымының төмендеуі мүмкін.

Эпидемиялық сиалодениттерде үш нүктеде ауру сезімінің болуы тән:

- 1.құлақ сырғалығы жанында,
- 2. емізікше өсіндісінің аймағында
- 3.төменгі жақ өсіндісінің жарты ай ойығы аймақтарында

Асқынуы

- Бездің іріңдеп еруі
- Жыланкөз пайда болуы мүмкін
- Қабыну процесі ортаңғы құлаққа, көру мүшелеріне өтуі мүмкін.
- Балаларда орхит
- Әйелдер мен қыздарда мастит
- Жедел панкреатит
- Нефрит
- Менингит т.б.

Ажырату диагнозы

- Р.Л.Герценбергтің жалған паротиті
- Паренхиматозды паротит
- Микулич дерті;

ЕМІ

- Симптоматикалық
- Жалпы әлдендіретін
- Антибиотиктер
- Сілекей безін реттеуші дәрі-дәрмектер
- Термопсис
- А және С тобындағы витаминдер
- Сұйықтықты көп мөлшерде қабылдау
- Ауыз қуысын сауықтыру
- Без аймағына жылы компрестер қолдану
- Без іріндеген жағдайда хирургиялық ем

Жедел ағымды эпидемиялық емес паротит

- Жергілікті себебі: бөгде заттың енуі, сілекей тастарының пайда болуы, афтозды және жаралы стоматиттер бездің жарақат алуы, қабыну процестерінің көрші аймақтардан өтуі;
- Жалпы себептері: инфекциялық дерттер, іш қуысына жасаған операциялар, сусыздануға алып келетін дерттер.

Клиникалық көріністері

- 3 түрі бар: серозды, ірінді, гангренозды.

СЕРОЗДЫ ТҮРІ

- Беттің ассиметриясы
- Дене температурасы
- Құлақ алды маңында қатты ауру сезімі және тамақтанар алдында үдей түсуі
- Ауыздың ашылуы шектелмеген
- Шығару түтігінің ашылған орны қызарған, ісінген
- Құлақ маңы сілекей безінен кейде күңгірт-шырышты сұйық бөлінеді

Содан кейін процестің кері дамуы басталады, без маңындағы инфильтрат ісігі қайтып көлемі кішірейеді, ауру сезімі төмендейді, сілекей мөлшері қалыптағыдай болады.

Іріңді түрі

- Құлақ маңы сілекей безі аймағында инфильтраттың көлемі ұлғайған, қатпарға жиналмайды
- Тері қабаты қызарған
- Жұмсақ тіндерде ісіну
- Ауыздың ашылуы шектелген
- Шығару түтігінен көп мөлшерде ірің

Кері дамуы 12-15 күннен кейін басталады.

Гангренозды түрі

Тіндердің көлемді некрозы.

Науқаста ауыр септикалық жағдай.

Бет веналарының тромбозы мен
флебиттер дамиды, ми синустарына
өтуі мүмкін.

Ажырату диагнозы

- ◎ Ұрт, самай аймағындағы, шайнау еті астының кеңістігіндегі флегмона.
- ◎ Жедел эпидемиялық паротит.

ЕМІ

Сілекей бөлінуін жоғарлататын диета,
Физиотерапиялық ем,
Протеолитикалық ферменттер,
Антибиотиктер,
А.В. Вишневский бойынша блокада жасау,
Жалпы әлдендіру,
Симптоматикалық ем.

Созылмалы паренхиматозды паротит

- Без ұлғайған, бұдырлы ауру сезімі болады. Массаж жасағанда шығару түтігінен ірің немесе фиброзды ұйынды бөлініп шығады. Қабыну процесі кезінде без паренхимасы фиброзды тінге ауыса бастайды.
- **Ажырату диагнозы.** құлақмаңы безінің қатерлі ісігі, Микулич дертнен, сілекей-тас дерті, ретенциалы кисталар
- **Емі.** Консервативті ем, антибиотиктер немесе хирургиялық ем









Төменгі жақасты сілекей бездерінің жедел қабынуы

- ◎ **Клиникалық көрінісі.** Төменгі жақасты үшбұрышының артқы бөлігінде тығыз ауыратын инфильтрат. Шығару түтігінің ашылу орны ісінген, қызарған. Без тығыз, қозғалмалы ауырады.
- ◎ **Диагнозы.** Дерттің жедел басталуы, гипосаливация, сілекей без көлемінің ұлғаюы, шығару түтігінен іріңді жалқықтың бөлінуі
- ◎ **ЕМІ.** Без аймағына компресс жасау, сілекей бөлуін жоғарлататын тағамдар
- ◎ Поливитаминдер
- ◎ Антибиотиктер мен сульфаниламидтер

Микулич ауруы мен синдромы

- Микулич ауруы барлық сілекей бездері мен жас бөлетін симметриялық ұлғаюы, тері қабатының түсі өзгеріссіз, бездердің беті бұдыр, ауру сезімі жоқ. Жас бездерінің ұлғаюынан жоғары қабақ төмен түскен, ауыз қуысының құрғақтығы, сөйлей алмайды. Аурудың себебінің болжамы — нейротрофикалық, эндокриндік және де аутоиммундық бұзылыстар.
- **Клиникасы.** Аурудың өзіне тән клиникалық белгілері болады. Сілекей бездерінің пішінінің ұлғаюы, тығыз, ауырмайды, үстіндегі тері қабатының түсі өзгермеген. Көбінесе, патологиялық процесс бір жағындағы құлақ маңы сілекей безінде (дамиды) ұлғаяды. 2-3 жыл өткен соң басқа бездердің ұлғаюы мүмкін.
- Аурудың субъективті белгілерінің бірі, кеш кезеңінде ауыз қуысында сілекей мөлшерінің азаюы, кейде ксеротомияның барлық белгілері байқалады. Аурудың ағымы қабыну процессімен асқынуы мүмкін (сиалоаденитпен). Микулич ауруының диагнозы, сілекей бездері мен жас бөлетін симметриялық ұлғаюы негізінде қойылады.
- **ЕМІ.** Лимфаденоздың шектелген түрінде сәулелі терапия, мышьяк препараттарын және бензол мен уретан препараттарын қолдануға болады.

ГУЖЕРО-ШЕГРЕН СИНДРОМЫ

- Синонимдары – ксеродерматоз, Предтеченский – Гужеро – шегрен синдромы, құрғақ синдром, Съегрен синдромы. Шегрен (синдромы) ауруы - аурудың этиологиясы белгісіз, жас бөлетін, тер, май, шырыш және т.б. бездердің сыртқы секрециясы жеткіліксіз белгілермен сипатталады.
- 1925 жылы құрғақ синдромды Гужеро (Н. Gougerot) жарыққа шығарды, мұнда ол ауыз қуысының шырышты қабаты мен басқа шырышты қабаттың құрғауына көңіл бөлді. 1933 жылы Шегрен (Н. Sjogren) құрғақ кератоконъюнктивитпен 19 нұқастың симптомокомплексін көрсетті. 40 жастан асқан әйел адамдар жиі ауырады.
- **Этиологиясы** белгісіз, гормональды бұзылыстар, А және В витаминдердің жетіспеушілігі.
- **Клиникасы.** Ксеротомия, ксерофтальмия, кератоконъюнктивит, ринофарингит, ларинготрахеит, полиартриттер, шаштардың түсуі, тырнақтырдың сынғыштығы.
- **ЕМІ.** Симптоматикалық, қабыну процестері қайталана берсе сілекей безін алып тастау.
-

Сілекей-тас дерті (Сиалолитиазис)

В.В. Подвысоцкий 1899 жылы тастың пайда болуының 4 жағдайын көрсеткен:

- 1. сілекей бөлінуінің іркілісі
- 2. концентрациясының өсуі
- 3. құрамында бөгде заттың пайда болуы
- 4. сілекей құрамының өзгеруі.

Клиникалық көрінісі

- Бездің көлемі ұлғайған
- Сілекей бөлінуі бұзылған
- Ауру сезімі құлақ, мойын, тілге таралады.
- Без қатты, бұдырлы болады
- Тастар жиі жақ-тіл сайының дистальды бөлігінде орналасады
- Түтіктің шыға берісі ісініп, қызырған, аузы үңірейіп ашылған.

МЫНАДАЙ БЕЛГІЛЕРМЕН АНЫҚТАЙМЫЗ

1. сілекейлі шаншу;
2. тамақтанумен байланысты ауру сезімі;
3. бездегі қабыну процесі;
4. тамақтанумен байланысты без көлемінің өзгеруі;
5. рентгенограммада сілекей тасы көлеңкесінің анықталуы.

АСҚЫНУЫ

- Бездің және шығару түтігін қоршаған жұмсақ тіндердегі қабыну процестері
- Флегмона мен абсцестер
- ЕМІ
- Хирургиялық. 3 жолы бар.
- 1. безді таспен бірге алу
- 2. тасты безден ауыз қуысы ішінен алу.
- 3. тасты безден ауыз қуысы сыртынан алу

Сілекей безінің қатерсіз ісіктері

Классификация

1. Гистогенез:

- Эпителиальді;
- Эпителиальді емес.

Эпителиальді ісік органоспецификалық және 98 % сілекей безінде п.б.

Эпителиальді емес ісік 1,5 % сілекей безінде п.б. , дәнекер тін элементтерінен строма безі, қан тамыр, нерв.

Эпителиальді ісік 2 группа бар:

- қатерсіз — аденома;
- қатерлі — карцинома.

Орналасуы

- **Тіл асты:**
- **Құлақ маңы:**
- **Жақ асты:**

Аденома

- Аз кездеседі. Көбіне құлақ маңында кездеседі және мономорфты эпителиальді тіннен тұрады.
- Ауырады, тегіс, жұмсақ түйінді ісік (упруго-эластическую консистенция). Баяу өседі, дәнекер тіннен капсула бөліп тұрады.
- Гистология фибро-бұлшықетті стромадан тұрады, стома ішінде атрофияланған тін, кей жерлері бұзылған, полигональді орналасқан, тартылған үңгір тәрізді, кіші дәнді массадан тұрады.

- **Плеоморфты аденома** - эпителиалді ісік сілекей безінде ең көп кездеседі,. 90% құлақ маңы сілекей безінде көп кездеседі. Көбіне 40 жастан асқан адамдарда кездеседі. Қыздарда 2 есе көп кездеседі. Баяу өседі(10-15 жыл). Ісік түйіні дөңгелек және сопақ формада, кейде бүдірлі, тығыз эластикалық консистенция, көлемі 5-6 см. Жұқа капсула болады. Кескенде кілегейлі,кішкентай кисталармен.
- Гистологиясы әртүрлі, содықтан плеоморфты аденома деп аталады. Веретено тәрізді формадағы миоэпителия жасушалары болады ашық цитоплазмамен. Гиалинозды строма кездесу мүмкін.



a)



б)

**Сурет. Плеоморфты аденома
орта жас.**



a)



б)

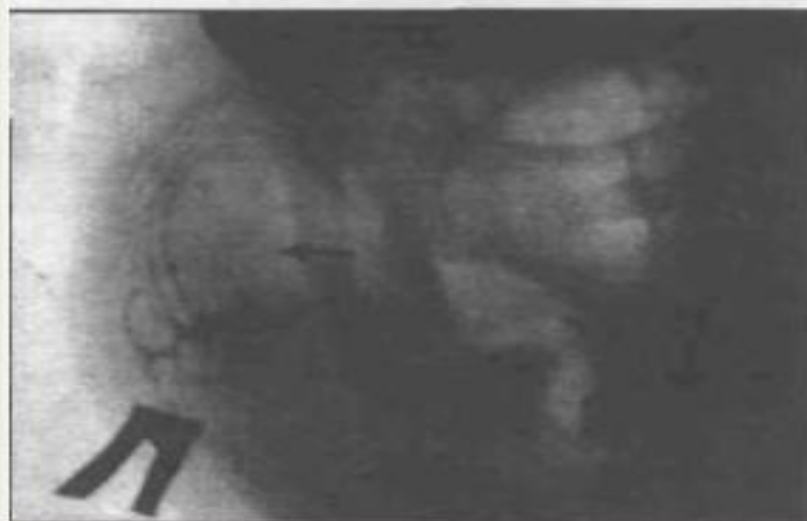
**Сурет. Плеоморфты аденома
қарт жас**



а)

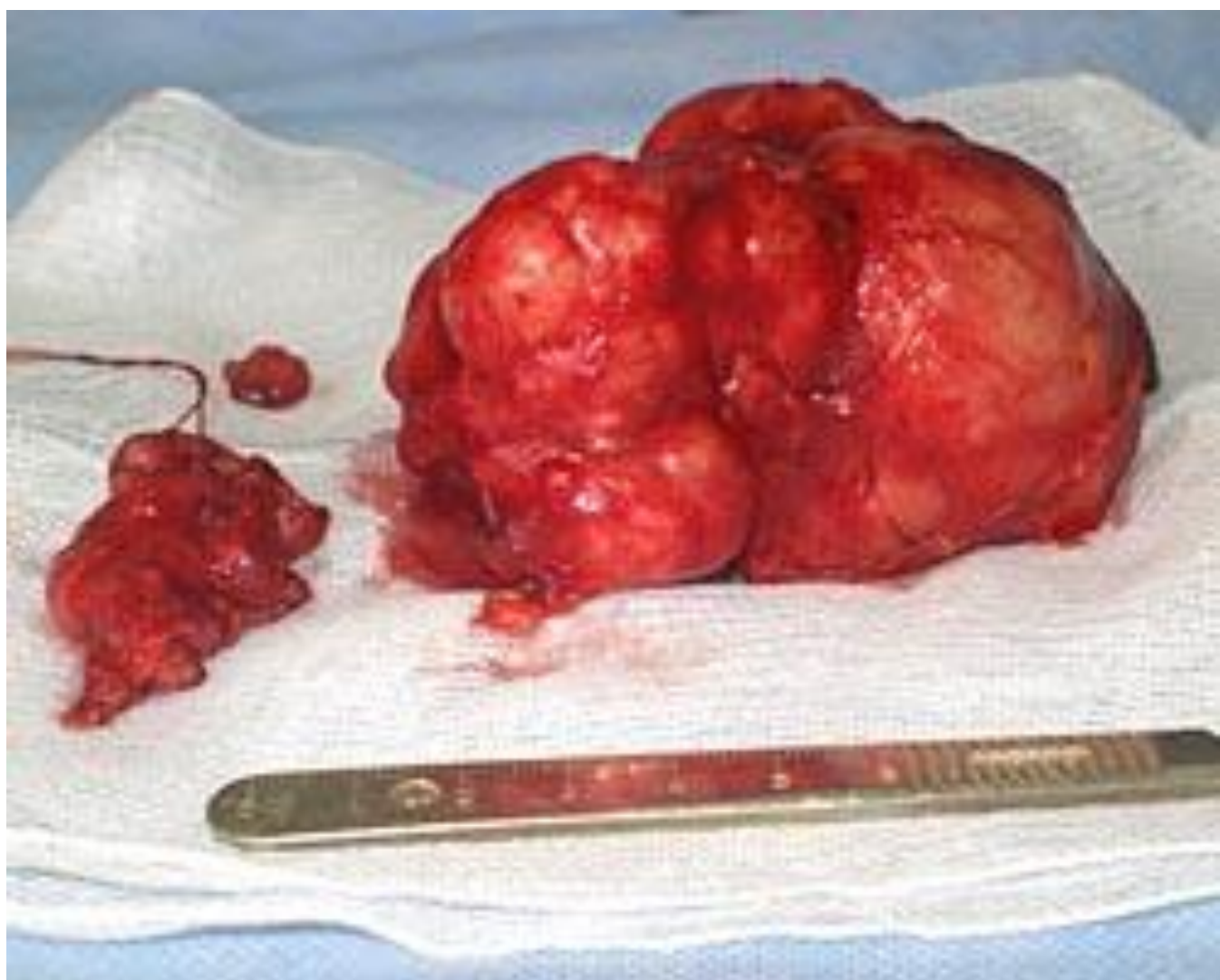


б)



в)

Рис. 26.1.7. Локализация плеоморфной аденомы в поверхностной (а) и глубокой (б, в) долях околоушной железы. Сиалогаммы. Прямая проекция. Опухоль указана стрелкой.



- **Мономорты аденома** - сілекей безінде жиі кездеспейтін қатерсіз ісік (1-3%). құлақ маңы сілекей безінде көп кездеседі. Баяу өседі, дөңгелек пішінді инкапсулденген түйін, диаметр 1-2 см, жұмсақ немесе тығыз консистенциялы, ақшыл-күлгін немесе кейде қоңыр түсті.
- Гистология трабекулярлы құрлысты, базальді клеткалы және ашық жасуша типі, стромасы дұрыс дамымаған.



Ранула — тіл асты безінің ретенционды киста, кіші сілекей бездердің бітелуінен п.б ісік тәрәзді түйіндер 0,5 см-ден көп болады, көкшіл түсті, жұмсақ эластикалы консистенция; түссіз кілегейлі сұйықтықтан тұрады. Үлкен көлемді өседі, ас қабылдау қиындайды.

Құрамы : 95 % су, қалғаны ақуыз муцин тәрізді

Хир ем — рануланы толық тіл асты безімен алып тастау .





- **Сілекей без кистасы**— қуыстық түзілім, сілекей бездің түтік облитерациялан п. б.
- Сілекей без кистасы жұмсақ ауру сезімсіз, баяу өседі, флюктуация, жұту сөйлеу қиындау.
- Диагностикасы, сілекей без УЗИ, сиалография, пункция және биопсии кистозды түзілімді, цитологиялық , биохимиялық пунктата алу.
- Емі хирургиялық (цистостомия, цистэктомия, экстирпация)
- Көп жағдайда кіші сілекей бездерде(56%), тіл асты(35%), құлақ маңы (5%) жақ асты— (4%).
- **Классификация**
- Пайда болу орнына байланысты:
 - 1. Кіші сілекей бездер кистасы(щечных, губных, небных, язычных, молярных).
 - 2. Үлкен сілекей бездер кистасы(тіл асты (ранула), құлақ маңы, жақ асты)
- Құрлысына байланысты ретенциялы шынайы(истинной), посттравмалы, жалған(ложной).
- Кіші сілекей бездер кистасын гемангиома, фибромадан ажырата білу керек.

- **Тіл асты сілекей без кистасы** (ранула, «лягушачья опухоль») орналасуы ауыз қуыс түбі. Көбіне тері астынан көрініп тұрады, дөңгелек не сопақ пішінді, көрінісі құм сағат тәрізді. Тіл асты сілекей без үлкейеді ауру сезім, сөйлеу жұтыну қиындайды, тіл асты үзеңгізі орын ауыстырады. Тіл асты сілекей безі бітелу себебінен түтікте жабысқақ қоймалжың жиналады.
- Салыстырмалы диагностика дермоидты киста, липома.



Жақ асты сілекей без кистасы

- Дөңгелек, жұмсақ еластикалы, флюктуация, ауыз түбі ісу. Үлкейгенде бет деформациясы болады.
- Салыстырмалы диагностика мойын киста, дермоидты киста, жұмсақ тін ісіктері (гемангиома, липома, лимфангиома), лимфаденит.



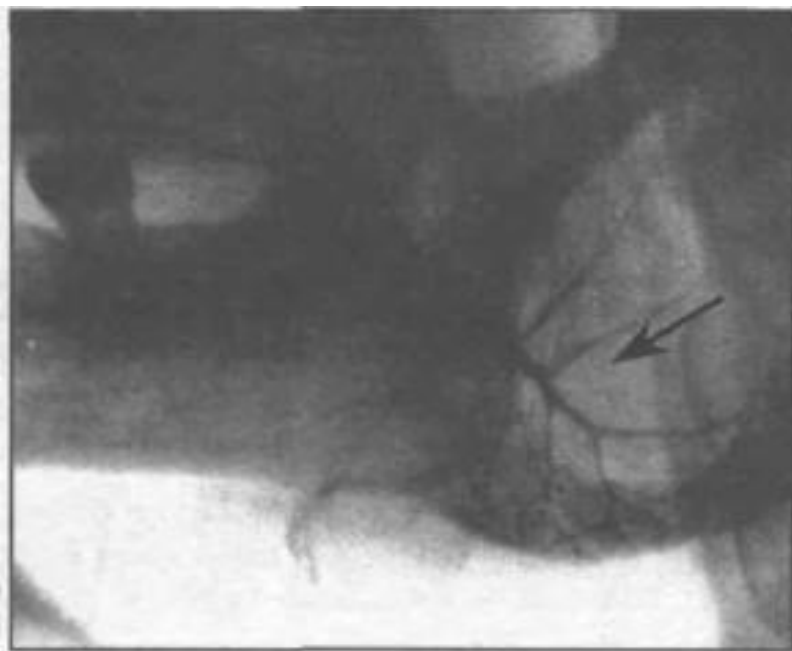
Құлақ маңы сілекей безі кистасы

- Дөңгелек, жұмсақ эластикалы немесе қатты, көбіне бір жақты, бет асимметриясы. Тері түсі өзгермеген, ауру сезім флюктуация жоқ.
- Асқынуы абсцесс.
- Салыстырмалы диагностика созылмалы лимфаденит, сілекей без ісіктері.

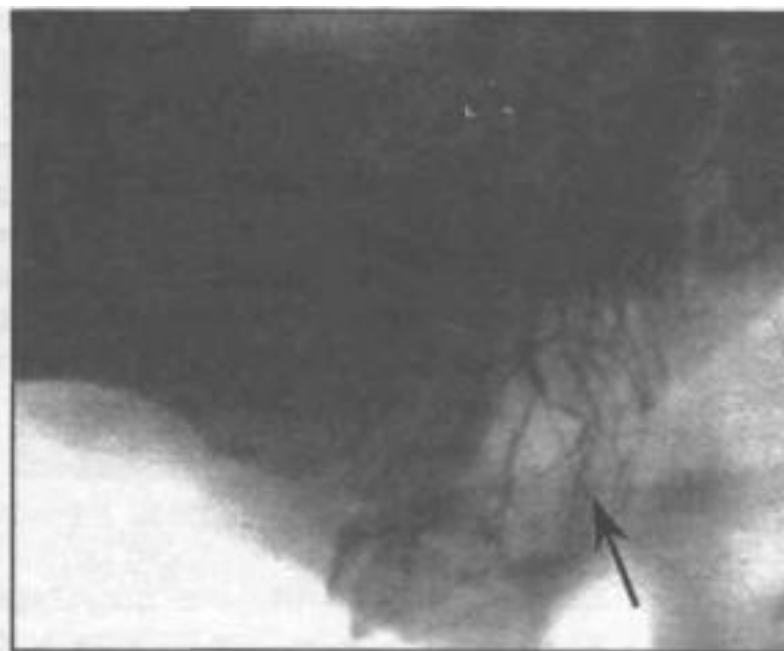


Салыстырмалы диагностика

- Клиникалық көрініс, инструментальді және лабораториялы тексеру. Қосымша УЗИ,МРТ,КТ, сиалография, пункция және биопсии кистозды түзілімді, цитологиялық , биохимиялық пунктата алу.



а)



б)

Рис. 26.1.6 (а,б,в,г). Сиалограммы околоушной железы больных с плеоморфными аденомами. Боковая проекция.

Емі

- Хирургиялық тіл асты цистостомия, цистэктомия цистосиалоаденэктомия.
- Жақ асты сілекей безбен бірге.
- Құлақ мағы кистаны алу (жартылай, субтотальді және тотальді паротидэктомия) бет нервісін қалтыра отырып, кіру жолы ауыз ішілік немесе сыртқы

Сілекей бездерінің қатерлі
ісіктері

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

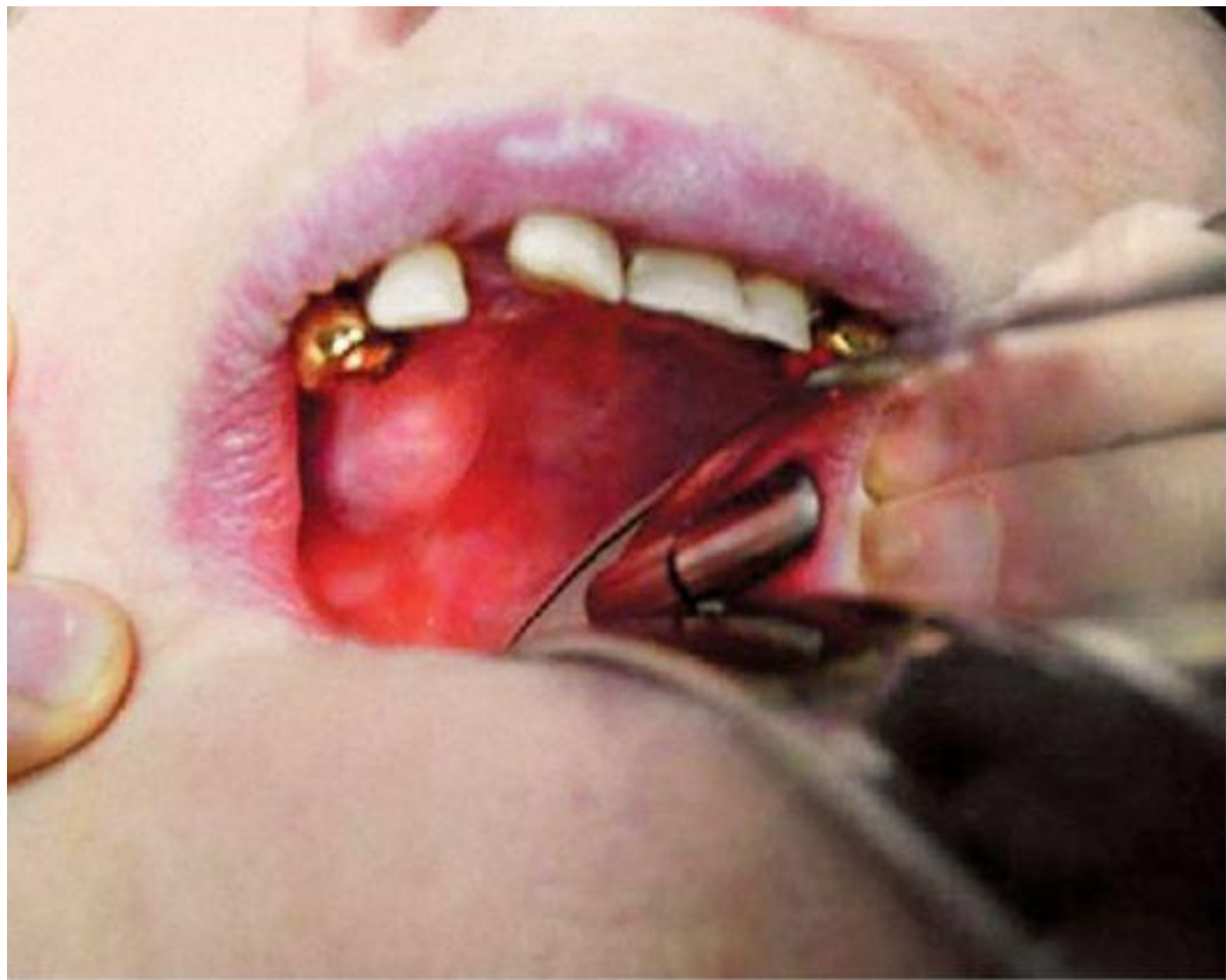
10% жағдайда кездеседі, көбіне 40-60 жастағы әйелдерде кездеседі, құлақ маңы сілекей безі зақымдалады. Көп жағдайда қатерсіз өтеді.

- Қатерлі түрінде ауыру сезімі бар, шекарасы анық емес түйін, 25% жағдайда метастаз береді. Жаңа түзілім жараланып, ірін 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 рак, аденокарцинома и дифференциацияланбаған рак болады. 21% жағдайда қатерсіз ісіктердің малигнизациясы нәтижесінде пайда болады. 40 жастан жоғары әйел адамдарда, 2/3 карциномалар үлкен сілекей бездерінде дамиды.
- Ісік тығыз, ауыру сезімінсіз 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.



Рот 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, хондр осаркома, гемангиоперицитома, веретеножасушалы саркома.
- Хондро-, рабдо- и веретенотық 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, синалоаденография)
- 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 !!!