

Карагандинский Государственный медицинский университет
Кафедра хирургической стоматологии

Тема: Дистрофические 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 дистрофические заболевания слюнных желез;
- уметь очерчивать круг заболеваний и знать принципы проведения дифференциального диагноза по данному заболеванию;
- предполагать и выявлять дистрофические 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

В настоящее время указанные изменения в слюнных железах объединяются термином «сиалоз». Не всегда представляется возможным установить, какой общий патологический процесс является причиной сиалоза. В таких случаях врач должен обратить внимание на возможную общую патологию, клинически не проявляющуюся. При специальном обследовании может выявиться общее заболевание. Такое состояние больного следует рассматривать как состояние предболезни. Иногда общая патология проявляется при диспансерном динамическом наблюдении за больным.

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

Известно, что слюнные железы тонко реагируют на многие изменения в организме как физиологического характера (беременность, роды, кормление ребенка, климакс), так и на патологические состояния организма (заболевание нервной, пищеварительной, эндокринной систем, крови, соединительной ткани — коллагеноз, авитаминоз и др.). Реактивно-дистрофические изменения в слюнных железах проявляются различными патологическими состояниями: нарушением выделительной и секреторной функции, гиперплазией железы — ее припуханием. Имеется группа реактивных заболеваний слюнных желез, симптомы которых всегда закономерно сочетаются с поражением ряда других органов. Эти заболевания описаны как синдромы: болезнь и синдром Микулича, болезнь и синдром Шегрена, синдром Хеерфордта. Недостаточность сведений об этиологии, патогенезе и клинике сиалозов не позволяет сгруппировать названные патологические процессы слюнных желез. Не все формы заболеваний можно классифицировать по этиологическому или патогенетическому признаку. В настоящее время в какой-то мере охарактеризованы следующие группы сиалозов: 1) нарушения выделительной и секреторной функции слюнных желез; 2) нарушения в слюнных железах при нейроэндокринных заболеваниях; 3) нарушения в слюнных железах при аутоиммунных ревматических заболеваниях (коллагенозы).

Классификация

I. Дистрофические:

а) сиалозы, сиаладенозы.

II. Воспалительные заболевания:

а) острый скалоаденит;

б) хронический скалоаденит;

в) калькулезный скалоаденит (сиалолитиаз, слюннокаменная болезнь).

III. Опухоли слюнных желез.

IV. Врожденные пороки развития слюнных желез.

V. Травма слюнных желез.

Материалы и методы исследования (клинический случай).

Больной Б., 36 лет поступил с жалобами на сухость полости рта, усиливающуюся во время еды. При длительном разговоре, жжения во рту, особенно при приеме острой и соленой пищи. Объективно при этом во рту обнаруживается небольшое количество слюны, слизистая оболочка умеренно увлажнена, имеет нормальную окраску. Из протоков слюнных желез при массировании выделяется прозрачный секрет умеренном количестве.

Больная Б.

не трудоустроена;

в анамнезе редкие простудные заболевания;

не курит;

наследственность не отягощена.

Больная Б.

- * Общий вид: астенического типа телосложения, цвет лица бледно-розовый.
- * Костно-мышечная система — развита соответственно возрасту.
- * При осмотре: полости рта слизистая оболочка нормальной розовой окраски, суховата.
- * Отмечается периодически появляющееся ощущение сухости слизистой оболочки полости рта.
- * Уменьшение количества слюны в полости рта отмечается в поздней стадии.
- * Течение болезни может осложниться воспалительным процессом, появляются признаки сиалоаденита.
- * Отмечается: повышение температуры тела, до 37,5-38С.

Больная Б.

При внешнем осмотре: Асимметрия лица за счет припухание крупных и мелких слюнных желез, а также слезных желез. Припухшие железы плотны, безболезненны, кожа, покрывающая их, в цвете не изменена.

В преддверии полости рта: Объективно при этом во рту обнаруживается небольшое количество слюны, слизистая оболочка умеренно увлажнена, имеет нормальную окраску. Из протоков слюнных желез при массировании выделяется прозрачный секрет в умеренном количестве.

Проблемы = симптомы:

Больная Б.

Гипосаливация - пониженная секреция слюны.

Сухость во рту, болезненные ощущения, особенно при разговоре, во время еды. слизистая нормального цвета, увлажнена слабо, свободной слюны мало, слюна пенится. Из протоков при массаже железы - несколько капель прозрачной слюны.

Гиперсаливация - повышенное выделение слюны.

Обильное слюноотделение, подтекание слюны, заеды в углах рта, нарушение глотания.

???

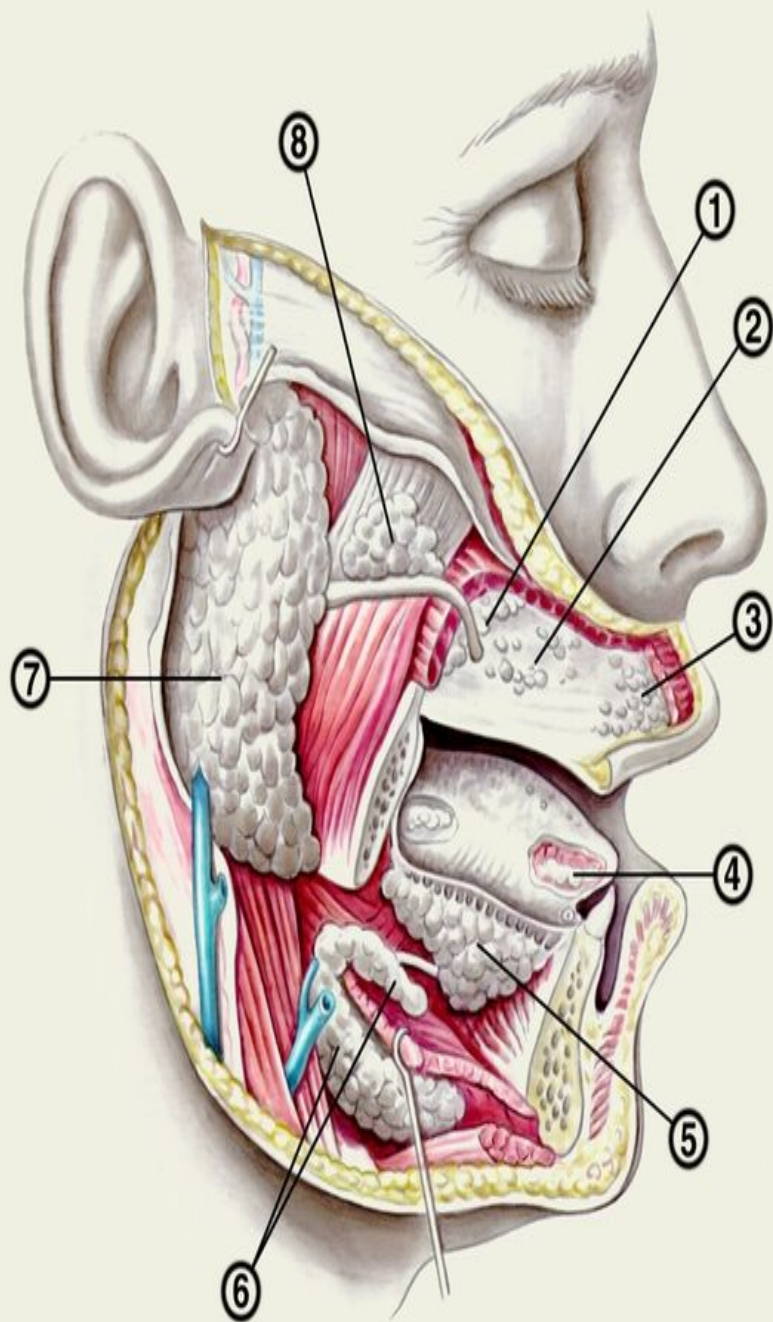
О чем можно думать

???

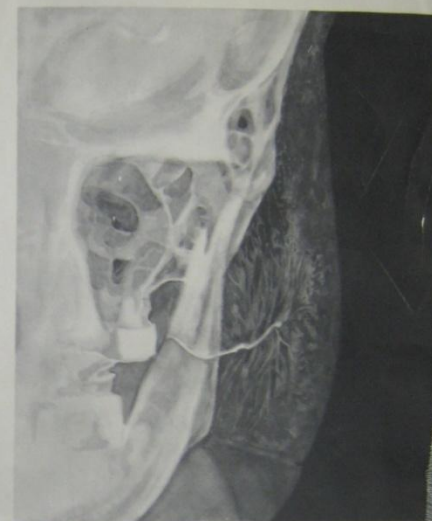
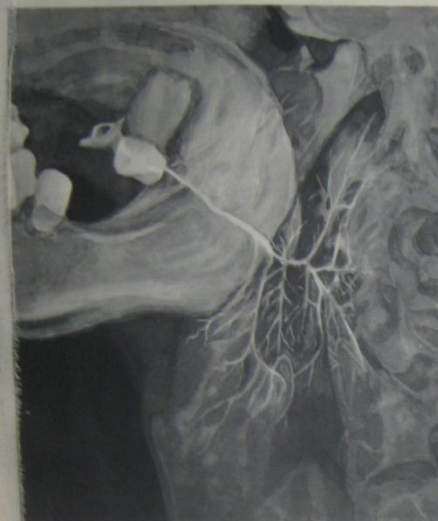
???

Какая дополнительная информация Вам нужна

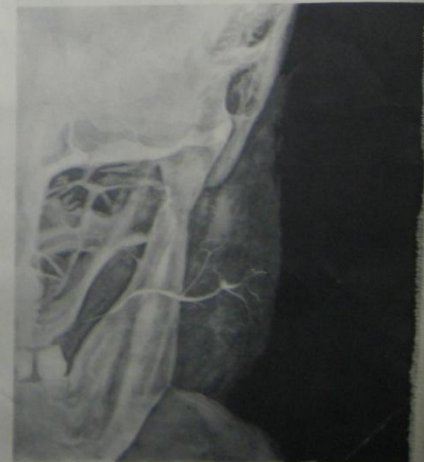
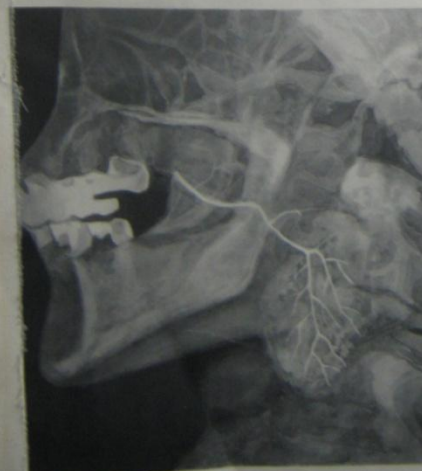
???



СИАЛОГРАММЫ ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ /НОРМА/



При введении небольших количеств 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



СЛЮННОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАММА И СИЛОГРАММА БОЛЬНОГО А



Определяется слабая тень камня околоушной железы



Определяется дефект заполнения выводного протока контрастной массой на месте расположения камня, протоки железы расширены и деформированы

ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАММА И СИЛОГРАММА БОЛЬНОГО Б



Видны два камня подчелюстной слюнной железы



Незначительное количество контрастной массы проникает в отдельные протоки железы; контуры железы не определяются

СИЛОГРАММА БОЛЬНОГО В



Контрастная масса вызывает значительно расширенный проток подчелюстной слюнной железы; в его переднем отделе располагается камень овальной конфигурации

Больная Б.

* Ан.крови: Нв 150 г/л; эр. – $4,2 \times 10^{12}$ /л; л – $9,4 \times 10^9$ /л. Э. 6%, п. 12%, н.78%, лимф. 22%, мон. 9%. СОЭ 60-70 мм/ч

* Ан мочи: без патологии

Больная Б.

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 сиахоз

Сиалоаденит

!!!

Симптомы острого сиалоза.

Характерно припухание крупных и мелких слюнных желез, а также слезных желез. Припухшие железы плотны, безболезненны, кожа, покрывающая их, в цвете не изменена. Уменьшение количества слюны в полости рта отмечается в поздней стадии. Течение болезни может осложниться воспалительным процессом, появляются признаки сиалоаденита.

При длительном разговоре, жжения во рту, особенно при приеме острой и соленой пищи. Объективно при этом во рту обнаруживается небольшое количество слюны, слизистая оболочка умеренно увлажнена, имеет нормальную окраску. Из протоков слюнных желез при массировании выделяется прозрачный секрет умеренном количестве.

Изменения при остром сиалозе.

Изменения в крови: увеличение СОЭ, иногда до 60—70 мм/ч, диспротеинемия с гипер-гаммаглобулинемией, сдвиги при печеночных осадочных пробах, иммунологические данные: повышение содержания иммуноглобулинов трех классов, характерно выявление антинуклеарных и ревматических факторов, повышение содержания серомукоидных белков в слюне.

!!!

Острый сиадоз

!!!

Информация к размышлению

- * Дистрофические заболевания слюнных желез 30%
- * 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).

* ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Острый сиалоз

Отмечается периодически появляющееся ощущение сухости слизистой оболочки полости рта.

Отмечается: повышение температуры тела, до 37,5-38С.

Припухшие железы плотны.

Из протоков при массаже железы - несколько капель прозрачной слюны.

Сиалoadенит

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.

Больная Б.

Клинический диагноз: Острый сиалез

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?

Лечение основного заболевания

- Для временного подавления саливации - рентгенотерапия.
- Стимулирование слюноотделения.

Чем лечить?

- Гигиенические и лечебные мероприятия, повышающие общую сопротивляемость организма, санация полости рта.
- В начальной стадии заболевания - гальванизация с калия йодидом в области слюнных желез (ежедневно, на курс 30 процедур). В клинически выраженной и поздней стадиях используют новокаиновые блокады (2 раза в неделю, на курс 10 процедур), а затем гальванизацию.
- Галантамин (ежедневно, подкожно в количестве 1 мл 0,5% раствора, на курс 30 инъекций). При показаниях курс можно повторить через 2—3 мес. Препарат можно вводить внутрь в виде 0,5% раствора по 1 мл натошак ежедневно в течение 30 дней.
- Раствор лизоцима для увлажнения слизистой оболочки полости рта, смазывание слизистой оболочки растительным маслом.

Заключение

Прогноз для жизни хороший. После проведенного лечения состояние больного улучшилось. Возможные осложнения острого лимфаденита, абсцесса, флегмоной.

Обратная связь

1. Принципы и основы дистрофических заболеваний слюнных желёз.
2. Дистрофические 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
3. www/Google/kz

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!