

Дистрофические заболевания слюнных желез.

Выполнила: студентка 12 группы
5 курса стоматологического
факультета
Никитенко Татьяна Сергеевна

План

An anatomical illustration of the human head in profile, focusing on the parotid gland and its associated structures. The parotid gland is shown in a reddish-pink color, with its ducts and nerves highlighted in yellow. The illustration is semi-transparent, allowing the underlying facial features to be visible.

Сиалоз (этиология, клинические проявления, объективный осмотр, диагностика, сиалогграфия, лечение)

Болезнь Микулича
Синдром Шегрена

Сиалоз



Термин "сиалоз" был введен S. Rauch в 1956 г. Под этим термином объединяются дистрофические заболевания слюнных желез, которые вызваны общими нарушениями в организме и приводящие к патологическим изменениям секреции. Воспалительные изменения в железах рассматриваются как вторичные, которые возникают в результате проникновения инфекции в железу дуктогенным путем (вследствие снижения слюноотделения).

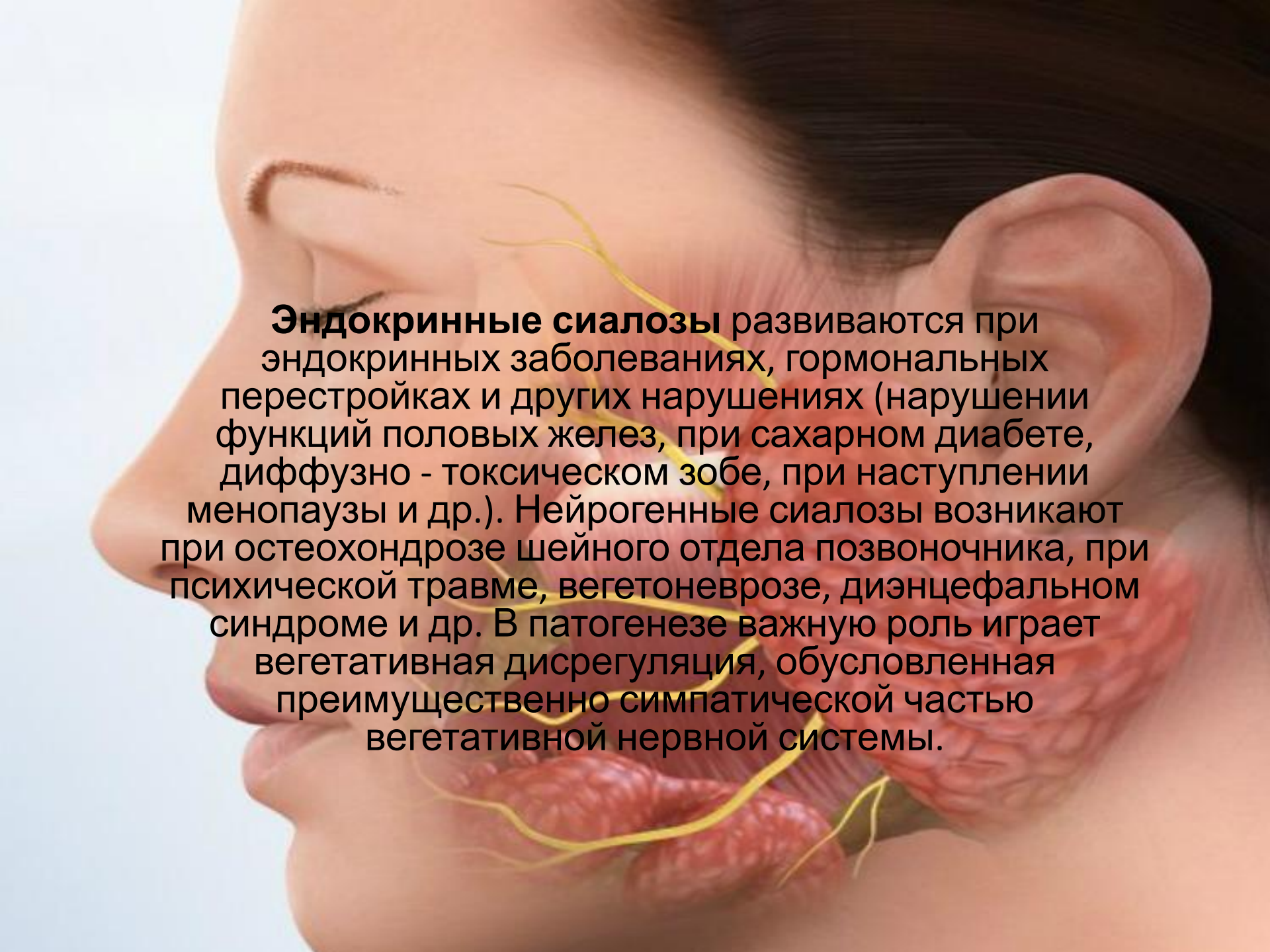
Этиология



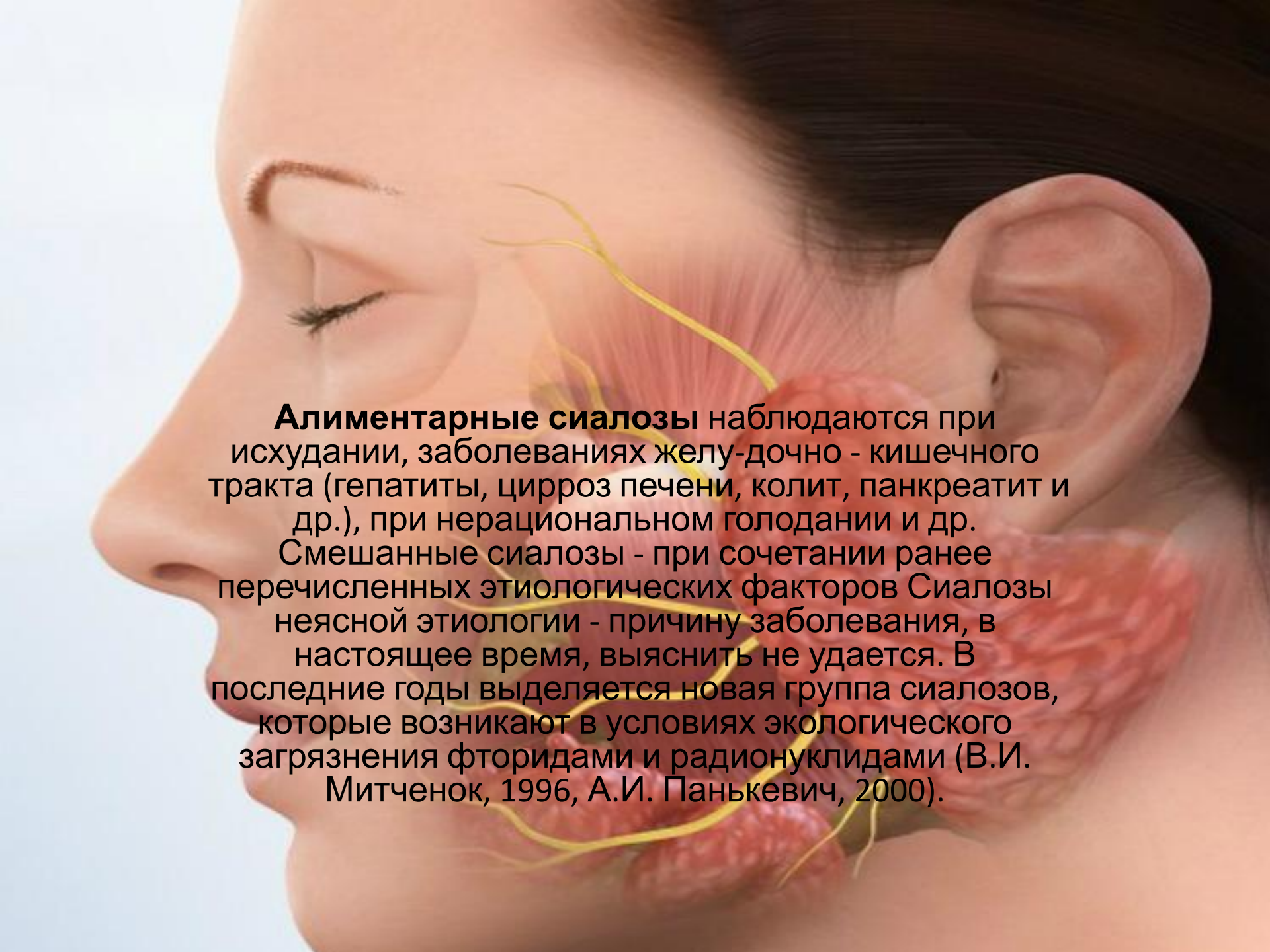
В зависимости от причин, которые вызывают дистрофические изменения в больших слюнных железах сialозы подразделялись многими учеными на отдельные группы

Классификация А.М. Солнцева и соавт. (1991):

- эндокринные;
- нейрогенные;
- связанные с нарушением питания (алиментарные);
- смешанные;
- неясной этиологии.



Эндокринные сиалозы развиваются при эндокринных заболеваниях, гормональных перестройках и других нарушениях (нарушении функций половых желез, при сахарном диабете, диффузно - токсическом зобе, при наступлении менопаузы и др.). Нейрогенные сиалозы возникают при остеохондрозе шейного отдела позвоночника, при психической травме, вегетоневрозе, диэнцефальном синдроме и др. В патогенезе важную роль играет вегетативная дисрегуляция, обусловленная преимущественно симпатической частью вегетативной нервной системы.



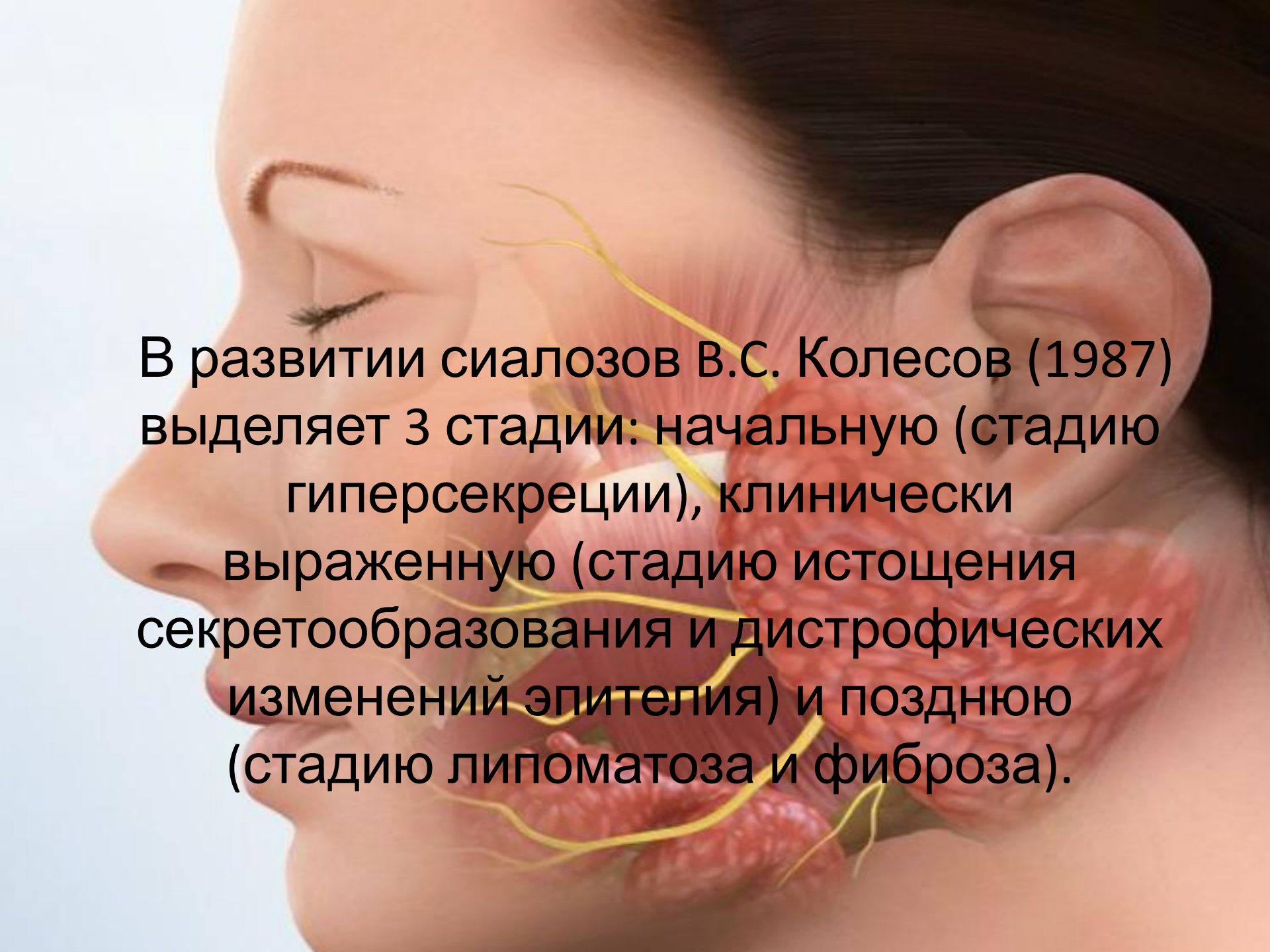
Алиментарные сиалозы наблюдаются при исхудании, заболеваниях желу-дочно - кишечного тракта (гепатиты, цирроз печени, колит, панкреатит и др.), при нерациональном голодании и др.

Смешанные сиалозы - при сочетании ранее перечисленных этиологических факторов Сиалозы неясной этиологии - причину заболевания, в настоящее время, выяснить не удастся. В последние годы выделяется новая группа сиалозов, которые возникают в условиях экологического загрязнения фторидами и радионуклидами (В.И. Митченок, 1996, А.И. Панькевич, 2000).

Клинические проявления

Характеризуются рецидивирующим увеличением чаще околоушных, реже других больших слюнных желез. Припухлость появляется чаще без видимых причин. Больные обычно это связывают с переохлаждением, перегреванием, приемом пищи, простудными заболеваниями и другими факторами. Припухлость удерживается от нескольких дней до нескольких недель, а затем самостоятельно медленно размеры железы нормализуются.

Частота рецидивов может быть различной (от одного раза в неделю до одного раза в полугодие). Размеры увеличенных слюнных желез варьируют: от малозаметной до резко выраженной припухлости.



В развитии сиалозов В.С. Колесов (1987) выделяет 3 стадии: начальную (стадию гиперсекреции), клинически выраженную (стадию истощения секретообразования и дистрофических изменений эпителия) и позднюю (стадию липоматоза и фиброза).

Объективный осмотр

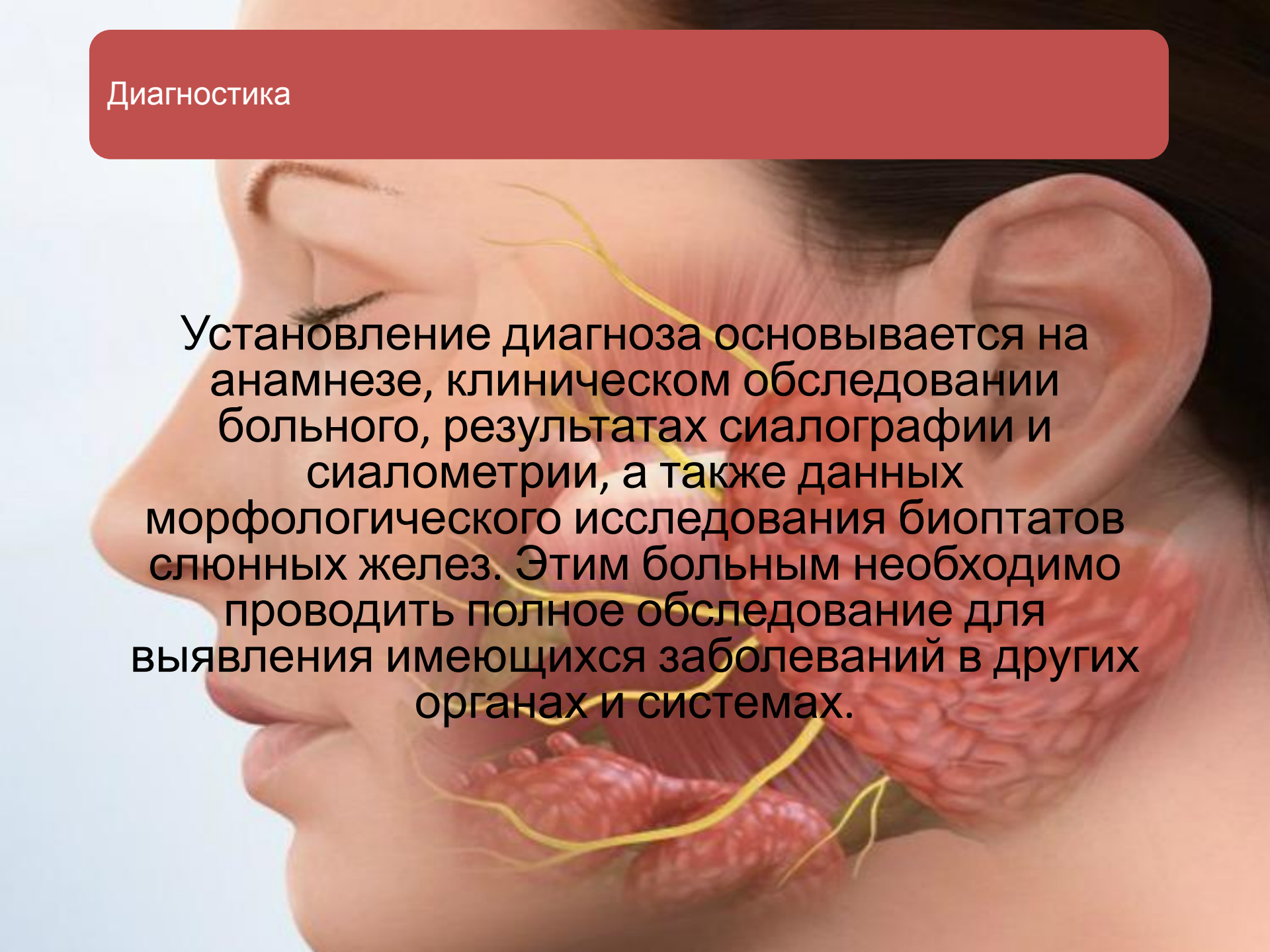
Асимметрия лица за счет одностороннего увеличения околоушной железы или наблюдается двустороннее увеличение околоушных желез. Припухлость обычно безболезненная или малоболезненная.

Кожа в цвете не изменена. В складку кожа берется легко (при небольшой припухлости) и с трудом (при заключительном ее увеличении). Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта обычно менее увлажнена и может быть гиперемированной, т.к.

большинство больных обращаются к врачу в стадии истощения секретообразования (клинически выраженной стадии сиалоза). Устье выводного протока не изменено. При массировании железы у большинства обследуемых из протока выделяется прозрачная слюна, реже - вязкая слюна с прожилками слизи или хлопьями фибрина, а в некоторых случаях - мутная слюна. Слюноотделение из пораженной железы (или двух желез) снижено.

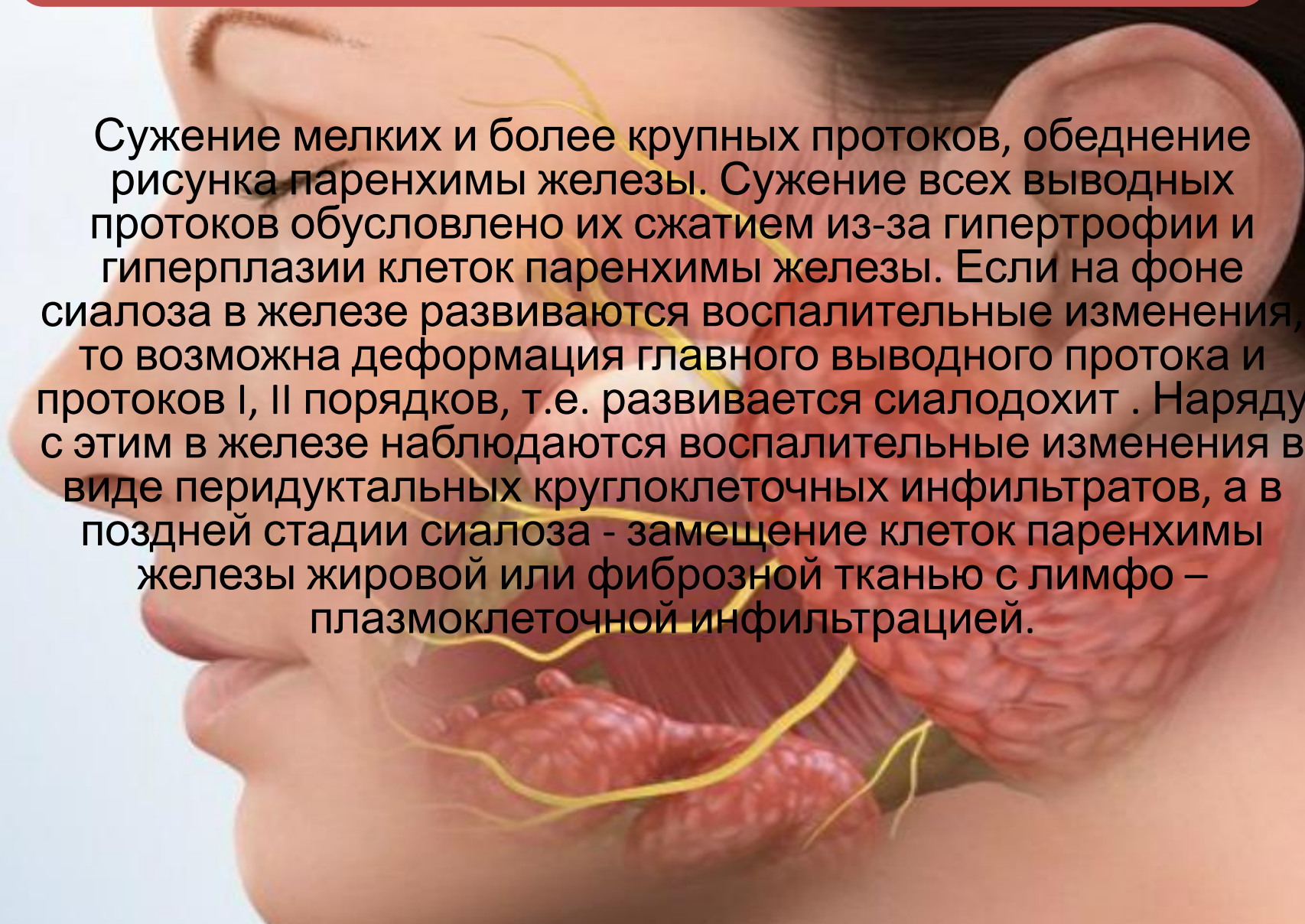
Диагностика


Установление диагноза основывается на анамнезе, клиническом обследовании больного, результатах сиалографии и сиалометрии, а также данных морфологического исследования биоптатов слюнных желез. Этим больным необходимо проводить полное обследование для выявления имеющихся заболеваний в других органах и системах.

An anatomical illustration of the human head and neck, focusing on the salivary glands and associated nerves. The illustration shows the parotid, submandibular, and sublingual glands, along with the parotid duct and the sublingual gland. The nerves are highlighted in yellow, showing their distribution from the parotid gland to the submandibular and sublingual glands. The background is a soft, light blue gradient.

Сиалография околоушных слюнных желез

Сужение мелких и более крупных протоков, обеднение рисунка паренхимы железы. Сужение всех выводных протоков обусловлено их сжатием из-за гипертрофии и гиперплазии клеток паренхимы железы. Если на фоне сиалоза в железе развиваются воспалительные изменения, то возможна деформация главного выводного протока и протоков I, II порядков, т.е. развивается сиалодохит. Наряду с этим в железе наблюдаются воспалительные изменения в виде перидуктальных круглоклеточных инфильтратов, а в поздней стадии сиалоза - замещение клеток паренхимы железы жировой или фиброзной тканью с лимфо – плазмноклеточной инфильтрацией.



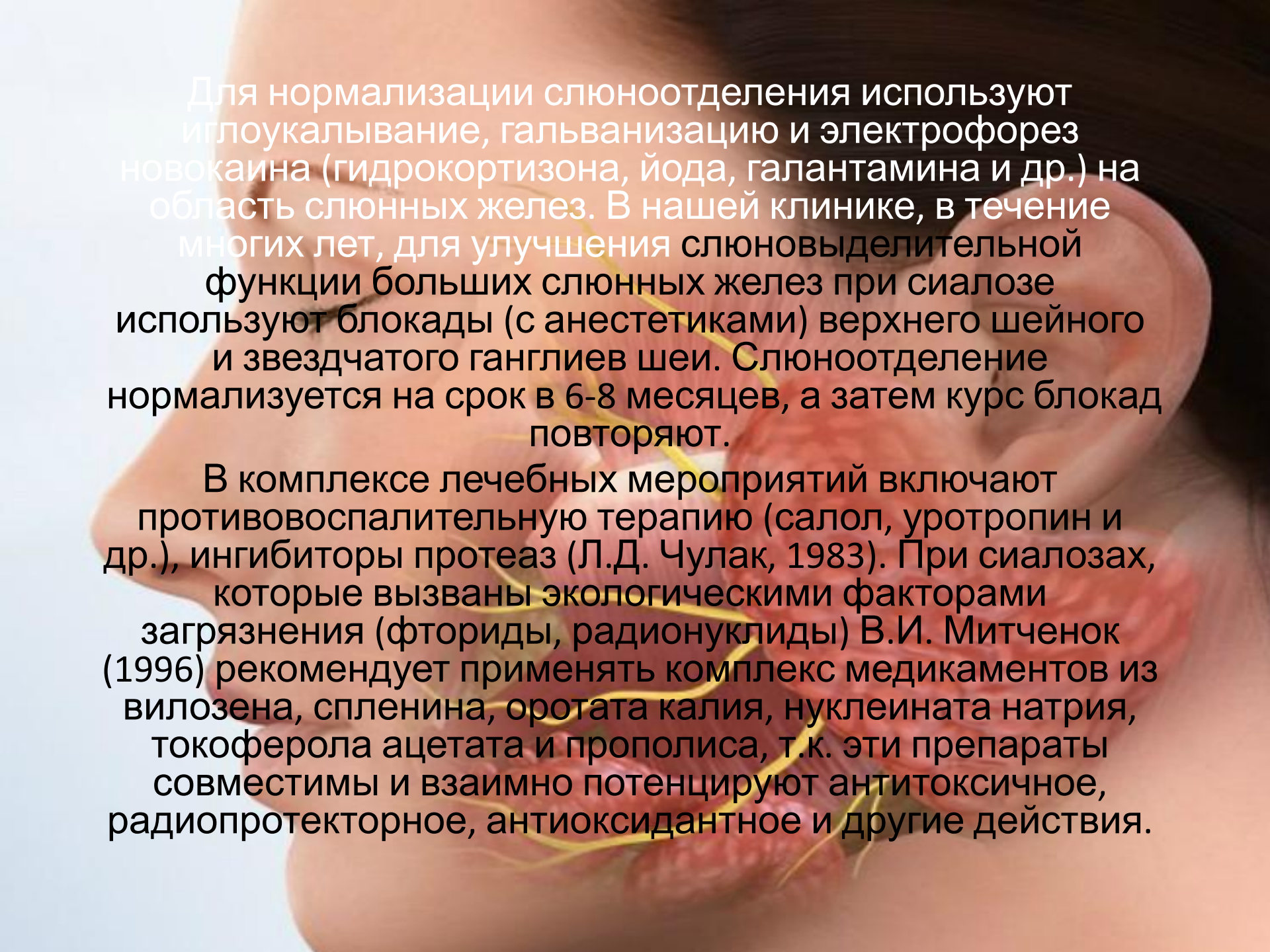


Лабораторные анализы крови и мочи без особых изменений. При обострении воспалительных явлений наблюдается нейтрофилез, ускорение СОЭ и др.

Лечение

Лечение больных сиалозом должно быть, в первую очередь, направлено на ликвидацию того заболевания, которое явилось причиной развития (этиотропное) дистрофических изменений в железе (гормональных, нейрогенных и т.д.). То есть, лечение больных сиалозом должно проводиться в содружестве с эндокринологом, невропатологом, гинекологом, терапевтом или другим специалистом.

Лечение стоматолога симптоматическое и заключается в том, чтобы повысить слюноотделительную функцию железы, т.е. направлено на борьбу с ксеростомией (сухостью во рту) и ее последствиями.

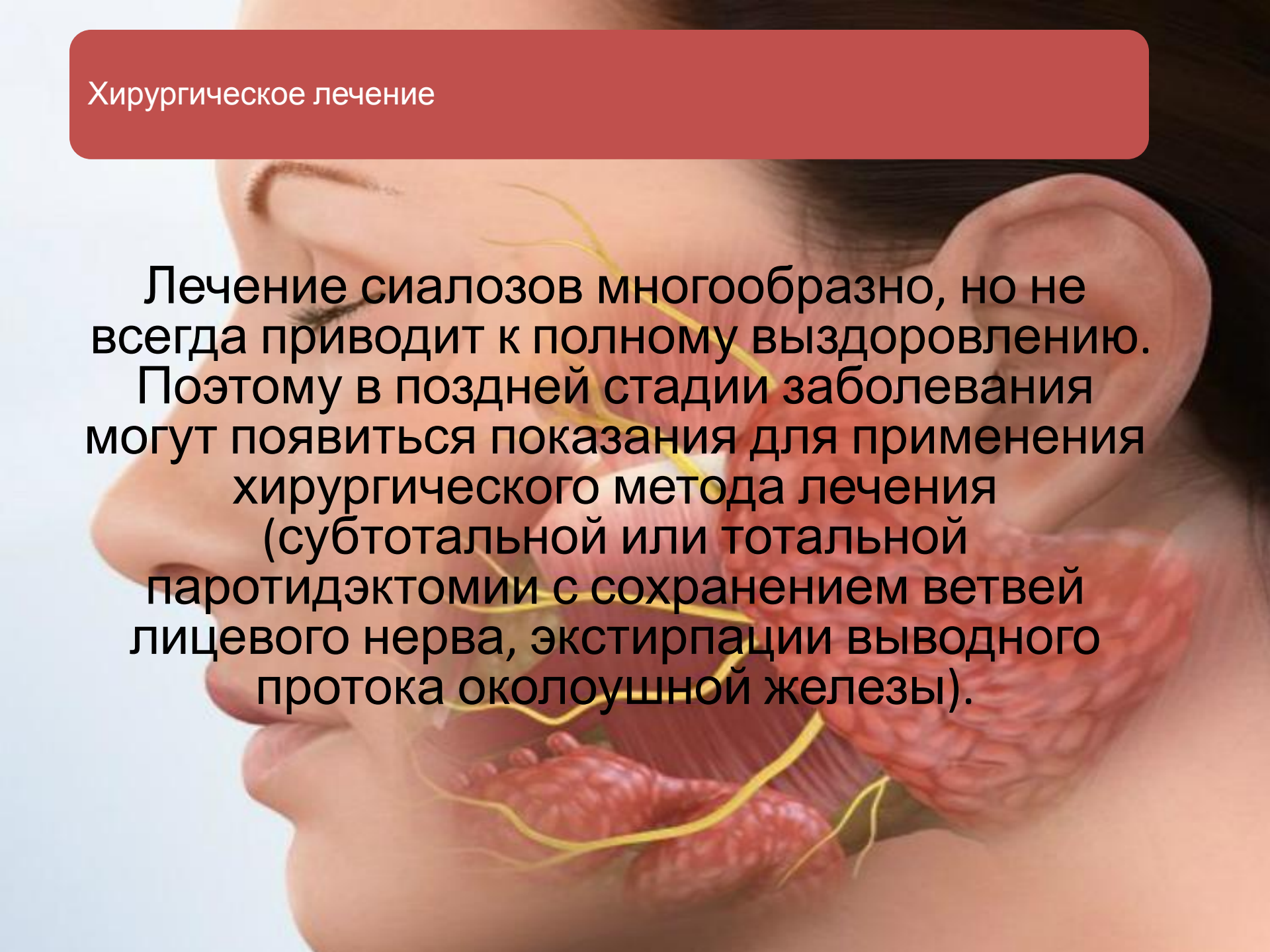
An anatomical illustration of the human head and neck, showing the salivary glands and associated nerves. The illustration is semi-transparent, allowing the text to be overlaid. The salivary glands, including the parotid, sublingual, and submandibular glands, are highlighted in a reddish-pink color. Yellow lines represent the salivary ducts and nerves. The background is a soft, light blue gradient.

Для нормализации слюноотделения используют иглокалывание, гальванизацию и электрофорез новокаина (гидрокортизона, йода, галантамина и др.) на область слюнных желез. В нашей клинике, в течение многих лет, для улучшения слюновыделительной функции больших слюнных желез при сиалозе используют блокады (с анестетиками) верхнего шейного и звездчатого ганглиев шеи. Слюноотделение нормализуется на срок в 6-8 месяцев, а затем курс блокад повторяют.

В комплексе лечебных мероприятий включают противовоспалительную терапию (салол, уротропин и др.), ингибиторы протеаз (Л.Д. Чулак, 1983). При сиалозах, которые вызваны экологическими факторами загрязнения (фториды, радионуклиды) В.И. Митченков (1996) рекомендует применять комплекс медикаментов из вилозена, спленина, оротата калия, нуклеината натрия, токоферола ацетата и прополиса, т.к. эти препараты совместимы и взаимно потенцируют антитоксичное, радиопротекторное, антиоксидантное и другие действия.

Хирургическое лечение

Лечение сиалозов многообразно, но не всегда приводит к полному выздоровлению. Поэтому в поздней стадии заболевания могут появиться показания для применения хирургического метода лечения (субтотальной или тотальной паротидэктомии с сохранением ветвей лицевого нерва, экстирпации выводного протока околоушной железы).

An anatomical illustration of the human head and neck, showing the parotid gland, facial nerve, and submandibular gland. The parotid gland is highlighted in red, and the facial nerve is shown in yellow. The submandibular gland is also visible in red. The illustration is overlaid on a photograph of a person's face.

Болезнь (синдром) Микулича

Болезнь Микулича - сочетанное увеличение слезных и всех слюнных желез.

Синдром Микулича - сочетанное увеличение слезных и всех слюнных желез при лейкозе, лимфогранулематозе, туберкулезе, сифилисе, эндокринных нарушениях.

Причина – нейротрофические, эндокринные и аутоиммунные нарушения.

Болезнь (синдром) Микулича

Клиническая картина.

- 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.

Болезнь (синдром) Микулича

Лечение.

- При синдроме Микулича – лечение совместно с гематологом, ревматологом, окулистом, онкологом.

- Применяется рентгенотерапия.

- При наличии воспалительных явлений – лечение сиалоаденита.

Синдром Шегрена.

An anatomical illustration of a human head in profile, focusing on the parotid gland and salivary ducts. The parotid gland is shown in a reddish-pink color, and the salivary ducts are highlighted in yellow. The background is a soft, light blue gradient.

Синдром Шегрена - признаки нарушения функции всех желез внешней секреции возникают при системной красной волчанке, системной склеродермии, ревматоидном полиартрите и других аутоиммунных заболеваниях.

Болезнь Шегрена - при клинической картине поражения внешнесекреторных желез, характерной для сухого синдрома, наличии иммунологических нарушений, выявляемых по данным иммунограммы, у больных отсутствуют признаки аутоиммунных заболеваний.

Синдром Шегрена.

Клиника

- Жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, сухость полости рта, периодически развивающееся воспаление околоушных желез.
- Сухость глаз, светобоязнь, чувство песка в глазах, увеличение околоушных и редко поднижнечелюстных желез.
- Больные могут находиться на учете у ревматолога по поводу заболевания суставов, системной красной волчанки или склеродермии.
- У некоторых больных выявлены жалобы, характерные для паренхиматозного паротита и лишь спустя несколько лет выявлялась болезнь Шегрена.
- 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.

Синдром Шегрена.

- Лечение болезни и синдрома Шегрена должно проводиться в ревматологической клинике.
- Базисную терапию, показанную при аутоиммунном процессе, ревматологи назначают в зависимости от его активности.
- Проведение симптоматической, а иногда и патогенетической терапии специалистами различного профиля: офтальмологами, стоматологами, невропатологами, гинекологами, эндокринологами.
- Воздействие на слюнную железу: димексид, новокаиновые блокады, физиолечение.

Спасибо за внимание!

