

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра-клиника хирургической стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии

Реферат:

«Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез»

Выполнил ординатор

кафедры-клиники хирургической стоматологии и ЧЛХ

по специальности «стоматология хирургическая»

Умраев Тимур Ахмаевич

рецензент д.м.н., проф. Маругина Татьяна Леонидовна

Красноярск 2023

Оглавление

1. Актуальность темы.....	3
2. Методы обследования.....	5
3. Болезнь Микулича.....	7
4. Синдром Шегрена.....	10
5. Ксеростомия.....	12
6. ОБЩИЙ ВЫВОД.....	17
7. Список литературы.....	19

Актуальность

Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез (сиалозы), к которым относят болезнь Микулича и синдром Шегрена, встречаются чаще среди людей пожилого и старческого возраста. Особенностью клинического течения данной патологии является медленное прогрессирование дистрофического процесса в паренхиме слюнных желез, который иногда сопровождается воспалительным компонентом. Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез плохо поддаются лечению и очень мучительны для больных из-за постоянной сухости в полости рта (синдром «сухого рта»), возникающей вследствие гипосаливации. Известно, что слюнные железы тонко реагируют на многие изменения в организме физиологического характера (беременность, роды, кормление ребенка, климакс) и на различные патологические состояния (болезни нервной, пищеварительной, эндокринной систем, крови, соединительной ткани — коллагеноз, авитаминоз и др.). Предполагают, что патологические процессы в слюнных железах и сочетающиеся с ними заболевания организма имеют одни и те же генетически обусловленные причины.

Реактивно-дистрофические изменения в слюнных железах проявляются их увеличением и нарушением выделительной и секреторной функций.

Не всегда можно установить, какой общий патологический процесс является причиной сиалоза. В таких случаях изменение в слюнных железах должно

быть поводом для обследования больного с целью выявления общего заболевания. Иногда такое заболевание, явившееся причиной сиалоза, не могут обнаружить и при специальном обследовании. Это состояние больного следует рассматривать как состояние предболезни. Симптомы общего заболевания могут проявляться при динамическом наблюдении за больным.

Имеется группа дистрофических заболеваний слюнных желез, симптомы которых всегда сочетаются с поражением других органов. К ним относят нарушения функции слюнных желез (гипер- и гипосаливация), болезнь и синдром Микулича болезнь и синдром Шегрена.

Методы обследования

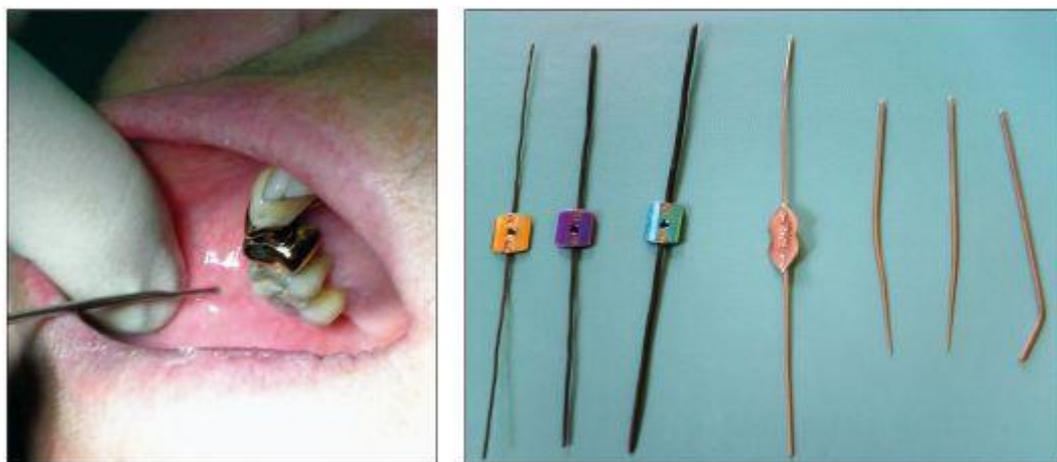
При осмотре и пальпации оценивают размеры, консистенцию, поверхность (ровная, бугристая), подвижность, болезненность слюнных желез, цвет кожных покровов над ними. Оценивают цвет и влажность слизистой оболочки полости рта, устья выводных протоков, количество, цвет, консистенцию выделяемого секрета, наличие свободной слюны, проводят бимануальную пальпацию слюнных желез и протоков.

Для постановки окончательного диагноза необходимо провести дополнительное обследование.



Зондирование проводят специальными слюнными зондами. Этот метод позволяет определить направление протока,

наличие сужения, конкремента в слюнном протоке. Зондами необходимо работать аккуратно, не прикладывая больших усилий, так как стенка протока тонкая, не имеет мышечного слоя и может быть легко перфорирована.



Рентгенологические методы обследования

Сиалогграфия позволяет получить уникальную информацию об их структурной организации, увидеть нарушения в их строении и, как следствие, улучшить точность диагностики таких заболеваний как - сиалоадениты и сиалодохиты, болезни Шегрена, болезни Микулича, а также позволяет обнаружить новообразования железы. Суть исследования в том, что в выводные протоки околоушных либо поднижнечелюстных слюнных желез вводится контрастное вещество с последующим рентгенологическим

исследованием. Полученное изображение называется – сиалограммой.

Пантомосиалография - это метод одновременного рентгеноконтрастного исследования двух и более больших слюнных желез с последующей панорамной томографией. Получаемое на одном снимке изображение всех контрастированных слюнных желез дает возможность провести сравнительный анализ парных слюнных желез.

Радиологические методы обследования

Радиосиалографическое исследование заключается в регистрации и записи в форме кривых интенсивности радиоактивного излучения одновременно над слюнными железами и сердцем. Больному натошак внутривенно вводят 100-110 мБк стерильного натрия пертехнетата [^{99m}Tc]. Регистрацию излучения ведут в течение 60 мин. Через 30 мин после начала исследования в рот пациента вводят стимулятор слюноотделения (5 г сахара).

Болезнь Микулича

Болезнь и синдром Микулича. Болезнь Микулича — это сочетанное увеличение слезных и всех слюнных желез. Если ее наблюдают при лейкозе, лимфогранулематозе, туберкулезе, сифилисе, эндокринных нарушениях, то это синдром Микулича.

Этиология и патогенез неизвестны. В настоящее время наиболее вероятной причиной заболевания считают нейротрофические, эндокринные и

аутоиммунные расстройства. Увеличение желез обусловлено массивной мелкоклеточной инфильтрацией разрастающейся интерстициальной соединительной ткани.

Клиническая картина. Заболевание характеризуется припуханием желез. Они плотные, безболезненные, цвет кожи, покрывающей их, не изменен. Локализация припухлости специфична для каждой слюнной железы: околоушной, поднижнечелюстной, подъязычной и малых слюнных желез слизистой оболочки рта.

Уменьшение количества слюны в полости рта иногда фиксируют лишь в поздней стадии заболевания. При этом течение его может осложниться воспалительным процессом: сиалоз переходит в сиаладенит, который по клиническому течению имеет много общего с поздней стадией хронического интерстициального сиаладенита. На сиалограмме можно лишь увидеть увеличение железы, в структуре протоков и тени паренхимы каких-либо отклонений от нормального строения нет. По мере нарастания процесса возможна нечеткость тени паренхимы; протоки очень узкие, имеют ровные контуры. Эти признаки прогрессируют, и может наступить период, когда тень паренхимы железы по периферии не будет определяться.

При генерализованном поражении лимфоидного аппарата синдром Микулича является опухолевым перерождением лимфоретикулярной системы.



Болезнь Микулича. Увеличение слезных, околоушных и поднижнечелюстных слюнных желез.

Лечение представляет большие трудности. Хорошие результаты дает рентгенотерапия, однако эффект от лечения нестойкий. При назначении галантамина и проведении новокаиновой блокады улучшается трофика тканей и стимулируется секреторная функция желез. При возникновении хронического воспаления в железах следует проводить противовоспалительное лечение: введение в протоки железы бактериофага, антибиотиков, наложение компресса с димексидом и др. В комплекс лечебных мероприятий необходимо включать препараты, повышающие неспецифическую резистентность организма, — витамины, нуклеинат натрия и др. Лечение больных с синдромом Микулича нужно проводить совместно с ревматологом и гематологом.

Болезнь и синдром Гужеро—Шегрена

Болезнь и синдром Гужеро—Шегрена характеризуются сочетанием признаков недостаточности желез внешней секреции: слезных, слюнных, потовых, сальных и др.

Этиология и патогенез болезни и синдрома Шегрена изучены мало. Считают, что в развитии патологического процесса играют роль инфекция, эндокринные расстройства, нарушения функций вегетативной нервной системы, иммунного статуса. Следует выделять синдром Шегрена, когда нарушения функции всех желез внешней секреции возникают при системной красной волчанке, системной склеродермии, ревматоидном полиартрите и других аутоиммунных заболеваниях, и болезнь Шегрена, при которой та же клиническая картина развивается на фоне аутоиммунных нарушений.

Морфологические изменения в слюнных железах зависят от глубины поражения тканей железы. В начальной стадии заболевания ацинусы переполнены гранулами секрета; лимфоидный инфильтрат интерстициальной ткани представлен небольшими скоплениями клеток или очаговой I перидуктальной инфильтрацией. В клинически выраженной стадии определяют очагово-диффузную лимфоплазмноклеточную инфильтрацию; концевые отделы желез дистрофичны; ацинусы вблизи

инфильтрата кистозно расширены, пролиферация эпителия и миоэпителия нередко закрывает просвет протоков. На фоне лимфоидной инфильтрации зачастую наблюдают нарушение целостности базальной мембраны. Клетки инфильтрата проникают в стенку протока с ее деструкцией. В поздней стадии заболевания определяется очагово-диффузная и диффузная лимфоплазмноклеточная инфильтрация, выражены процессы склероза, архитектоника долек сохраняется; на месте инфильтрата, заместившего паренхиму, образуются мио-эпителиальные островки. Нередко микроскопическую картину в этой стадии характеризуют как лимфоэпителиальное поражение железы.

Клиническая картина. Патологические проявления при болезни и синдроме Шегрена многообразны, что определяется сочетанием изменений слюнных желез с поражением других органов и тканей (пищеварение, глаза, эндокринные железы, суставы, соединительные ткани и пр.). Это многообразие также зависит от стадии процесса (начальной, клинически выраженной, поздней) и активности течения.

Больные жалуются на сухость полости рта, периодически появляющееся воспаление околоушных желез, общую слабость, быструю утомляемость. Иногда вначале отмечают сухость слизистой оболочки глаз, светобоязнь, чувство песка в глазах, затем увеличение околоушных желез и редко — поднижнечелюстных. При этом больной иногда говорит о том, что находится на учете у ревматолога по

поводу заболевания суставов, красной волчанки или склеродермии.

При обследовании околоушные железы в период ремиссии часто бывают увеличены, плотны, бугристы, безболезненны. Обычно поражаются обе парные железы. Иногда увеличены лимфатические узлы. Припухлость желез периодически уменьшается или увеличивается. Увеличение околоушных желез сопровождается ухудшением общего самочувствия. Обострение протекает тяжело, с высокой температурой тела, усиливают местное воздействие на слюнную железу и слизистую оболочку полости рта: димексид, новокаиновая блокада, физические методы и др.

Профилактика и прогноз. Профилактические мероприятия заключаются в соблюдении общей и личной гигиены. Диспансерное наблюдение и периодическое проведение комплекса лекарственной терапии обеспечивают благоприятное течение процесса, можно достичь длительной ремиссии заболевания, больные остаются трудоспособными.

Ксеростомия

Ксеростомия – это ощущение постоянной сухости во рту, вызванное недостаточно интенсивным слюноотделением. Сопровождается также ощущением жжения и сухости языка и горла, проблемами с разжевыванием и глотанием пищи, ощущением привкуса металла во рту и затруднениями с речью.

Ксеростомия может быть либо симптомом основной тяжелой болезни (ВИЧ, сахарный диабет, болезнь

Паркинсона, онкологические заболевания), либо последствием пережитых хирургических манипуляций (например, удаления слюнных желез), медикаментозной терапии, лучевой терапии или химиотерапии.

Слюна является смазывающим веществом, облегчающим измельчение и переработку пищи, а также оказывает противовоспалительное воздействие, она реминерализует зубную эмаль и нейтрализует негативное воздействие кислот, содержащихся в пище, на поверхность зубов. Именно поэтому ксеростомия – серьезная проблема, требующая комплексного и незамедлительного лечения.

Причины возникновения ксеростомии

Наиболее частая причина возникновения этого симптома – последствия **лекарственной терапии**. Именно поэтому в группе риска прежде всего находятся люди пенсионного возраста: большое количество препаратов разных фармакологических групп, принимаемых одновременно, может приводить к обезвоживанию, сухости во рту и как следствие - к ксеростомии.

Нередки также случаи, когда ксеростомия является симптомом других заболеваний – например, железодефицитной анемии, сахарного диабета, гипертонической болезни. Повышен риск возникновения ксеростомии у больных **кистозным фиброзом**, носителей **ВИЧ-инфекции**, пациентов, страдающих **ревматоидным артритом**.

Отдельную группу риска можно выделить для **больных синдромом Штейна**. В таких случаях ксеростомия возникает на фоне аутоиммунных нарушений, вызывающих дисфорию слюнных желез. В результате отмечается их гипофункция и как следствие – сухость слизистой оболочки рта. В числе заболеваний, провоцирующих появление ксеростомии, следует отметить и паротит, наряду с другими вирусными инфекциями, затрагивающими слюнные железы, их систему кровоснабжения и иннервации.

Ксеростомию на короткий срок может вызывать и обычное **обезвоживание**. В том числе – обезвоживание на фоне диареи, лихорадки, пищевых отравлений, ожоговой болезни, существенной кровопотери. Ксеростомия также отмечается после прохождения лучевой терапии. В случае, когда слюнные железы были удалены хирургическим путем, возникновение ксеростомии неизбежно. В таком случае единственным выходом для пациента остается применение специальных увлажняющих средств для полости рта.

Временная ксеростомия может развиваться и не на фоне патологических процессов, протекающих в организме. Например, в числе причин может быть нарушение носового дыхания, вызванное искривлением носовой перегородки или полипами в носу. У пациентов пожилого возраста ксеростомия

может быть вызвана как старческой атрофией слюнных желез, так и тем, что с возрастом мышцы челюсти слабеют, и пациент спит с приоткрытым ртом. Риск развития ксеростомии повышается также у больных, страдающих сиалоаденитом, болезнью Микулича, а также у склонных чрезмерно полоскать ротовую полость агрессивными концентрированными растворами с дезинфицирующим действием.

Ксеростомия: клинические проявления

Так как ксеростомия характеризуется прежде всего снижением выработки слюны, к числу клинических проявлений данного заболевания относятся различные негативные последствия сухости во рту для организма. Так, например, при отсутствии достаточного количества слюны в ротовой полости развиваются нагноения, повышается риск развития грибковых инфекций, изменяется восприятие вкуса пищи. Выделяют несколько стадий данного заболевания:

- На **начальных стадиях** ксеростомию достаточно непросто обнаружить: подчелюстная и околоушная слюнные железы все еще выделяют достаточно слюны, и некоторый дискомфорт наблюдается только после продолжительного разговора.
- В дальнейшем слюна начинает вырабатываться меньше, и наступает т.н. **стадия частичной декомпенсации**. На этой стадии прием пищи затрудняется настолько, что без воды становится практически невозможным.
- **Третья стадия** – стадия практически полного угнетения функции слюнных желез. Болезненными

становятся приемы пищи, разговоры, часто появляется стоматит, глоссит и другие поражения слизистой оболочки полости рта: эрозии, язвы, шелушение и растрескивание губ, язвочки в уголках рта.

Помимо основных проявлений наблюдаются также заеды, частые ангины, жалобы на першение в горле, развитие хронического периодонтита. Язык становится ярко-красным, а у пациентов, носящих съемные протезы, появляются проблемы с их эксплуатацией.

Лечение ксеростомии

Первым и одним из наиболее важных этапов лечения ксеростомии является диагностика. Доктор проводит опрос пациента с целью выяснения, какие именно препараты он принимает на постоянной основе, какого рода стоматологические манипуляции с ним производились и так далее. Для диагностики ксеростомии проводят сиалографию и ультразвуковое исследование слюнных желез.

Симптоматическое лечение ксеростомии – это легкий путь к облегчению состояния пациента, однако эта мера является временной. Именно поэтому так важно установить происхождение болезни. Если в случае возникновения ксеростомии после приема лекарственных препаратов помочь пациенту довольно легко, то у перенесших лучевую терапию шансы на выздоровление немного ниже. (Лучевая терапия может влиять на работоспособность слюнных желез).

В ходе лечения особую роль играет патогенетическая терапия, направленная на борьбу с причинами

возникновения ксеростомии. Для лечения применяется новокаиновое воздействие на околоушную и подчелюстную слюнные железы. А также следующие процедуры: электрофорез, гальванотерапия и вибромассаж.

Для облегчения состояния рекомендуют увеличить потребление чистой негазированной воды. Также подойдут леденцы (желательно натуральные и с заменителем сахара), жевательная резинка.

Избегайте сухой и солёной пищи, алкоголя – в том числе спиртосодержащих растворов для полоскания рта. Показан отказ от курения и выбор зубной щетки с более мягкой щетиной.

Процесс исцеления зависит от целого ряда факторов, однако в большинстве случаев (исключая случаи атрофии слюнных желез) при выполнении всех рекомендаций врача прогноз благоприятный.

Общий вывод

В задачу врача-стоматолога или челюстно-лицевого хирурга входит проведение лечебно-профилактических мероприятий по санации полости рта, а также улучшению процессов слюноотделения. В специальной литературе отсутствуют сведения о возможности применения упражнений лечебной физической культуры (ЛФК) и лечебного массажа при лечении реактивно-дистрофических заболеваний слюнных

желез у людей старших возрастных групп. Прикладное значение ЛФК у пожилых и старых людей при рассматриваемой патологии слюнных желез повышается в связи с наличием у них большого количества сопутствующих заболеваний, являющихся абсолютным противопоказанием к использованию физиотерапевтического лечения, а также многокомпонентной фармакотерапии

Литература

Хирургическая стоматология. Воспалительные и дистрофические заболевания слюнных желез

Издательство

Литтерра

Год выпуска

2020

Тип обложки

Твердый переплет

Автор на обложке

Под ред. А.М. Панина

1. Клиновская А.С., Смысленова М.В., Гургенадзе А.П., Абраамян К.Д., Базикян О.А. Комплексный подход в дифференциальной диагностике хронического неспецифического паренхиматозного паротита у детей. Стоматология. 2021;100(3):82–89.

<https://doi.org/10.17116/stomat202110003182>

Робустова, Т. Г. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области / Т. Г.

Робустова // Хирургическая стоматология : учебник / Т. Г. Робустова, В. В. Афанасьев, Э. А. Базикян [и др.] ; под ред. Т. Г. Робустовой. -

3-е изд., перераб. и доп. - М., 2003. - С. 147-264.

2. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи : руководство для врачей / Н. Н. Бажанов, М. А. Губин, Е. А. Зорян [и др.] ; под ред. А. Г. Шаргородского. - М., 2002. - С. 448-469.

3. Ярыгина, Е. Н. Применение непрямого электрохимического окисления крови в комплексном лечении атипично текущих флегмон челюстно-лицевой области : автореф. дис. канд. мед. наук / Ярыгина Е. Н. - Волгоград, 2005. - 20 с