

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:
«КЛАССИФИКАЦИЯ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНЕЙ
СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ»

Выполнил: ординатор
кафедры-клиники хирургической стоматологии и ЧЛХ
по специальности «челюстно-лицевая хирургия»
Кан Иван Владимирович
Рецензент: д.м.н., проф. Левенец Анатолий Александрович

Красноярск, 2019

Содержание

1.	Общие сведения о строении и функции слюнных желез	3
2.	Классификация заболеваний слюнных желез	4
3.	Методы обследования слюнных желез	6
4.	Список литературы	10

Общие сведения о строении и функции слюнных желез

Слюнные железы осуществляют экскреторную и инкреторную функцию и участвуют в гомеостазе организма, влияя на пищеварительную и половую системы, органы полости рта и др.

Всего у человека имеется три пары больших слюнных желез и много малых. К большим относят околоушную (gl. parotis), поднижнечелюстную (gl. submandibularis) и подъязычную (gl. sublingualis) железы. Они выделяют секрет, составляющий за сутки до 1,5 л, называемый слюной. Слюна увлажняет пищу и формирует пищевой комок. Она содержит ферменты (амилаза, липаза, ДНКаза и др.). Эти ферменты расщепляют углеводы, белки, жиры и нуклеиновые кислоты. Слюна имеет защитно-трофическую функцию, смывает остатки пищи, формирует барьер из муцина и антител, поддерживает pH ротовой полости, защищает эмаль зубов, обеспечивает иммунитет полости рта и др.

Слюнные железы также синтезируют гормоны и гормоноподобные вещества, такие как: фактор роста нервов, паротин, инсулиноподобный белок, эпидермальный фактор роста и др.

К малым слюнным железам относят губные, щечные, язычные, нёбные и резцовые, которые располагаются в соответствующих участках подслизистого слоя. На долю их секрета приходится 31% всей суточной слюны.

Классификация заболеваний слюнных желез

По МКБ-10 болезни слюнных желез отнесены к классу K11 и включают следующие болезни:

K11.0 Атрофия слюнной железы.

K11.1 Гипертрофия слюнной железы.

K11.2 Сиаладенит [исключены: эпидемический паротит (B26) и увеопаротидная лихорадка Хирфорда (D86.8)].

K11.3 Абсцесс слюнной железы.

K11.4 Свищ слюнной железы [исключен: врожденный свищ слюнной железы (Q38.4)].

K11.5 Сиалолитиаз (камни слюнной железы или протока).

K11.6 Мукоцеле слюнной железы:

- слизистая киста с экссудатом;
- ретенционная киста;
- ранула.

K11.7 Нарушения секреции слюнных желез [исключена: сухость полости рта (R68.2)]:

- гипоптиализм;
- птиализм;
- ксеростомия.

K11.8 Другие болезни слюнных желез [исключен синдром сухости - болезнь Шегрена (M35.0)]:

- Доброкачественное лимфоэпителиальное поражение слюнной железы.
- Болезнь Микулича.
- Некротизирующая сиалометаплазия.
- Сиалэктазия.
- Стеноз или сужение слюнного протока.

K11.9 Болезнь слюнной железы неуточненная:

- Сиаладенопатия.

В РФ классификация слюнных желез по МКБ-10 используется в основном в официальных отчетах. В клинической практике она на территории РФ не используется в связи с ее недостаточной адаптированностью к клинической практике. Например, атрофия и гипертрофия слюнных желез, а также различные варианты нарушения их секреции не являются болезнями, но есть симптомы, которые отмечаются при разных заболеваниях слюнных желез. Исключенные из МКБ-10 такие заболевания слюнных желез, как лихорадка Хирфорда, синдром Шегрена, синдром Кюттнера и др., требуют обязательного проведения диспансерного наблюдения и лечения со стороны стоматолога-хирурга, хотя данные заболевания и имеют некоторые признаки, не связанные со слюнными железами.

В связи с изложенным выше в РФ большинство врачей используют классификацию заболеваний и повреждений слюнных желез, предложенную профессорами И.Ф. Ромачевой и В.В. Афанасьевым. Эта классификация включает:

1. Пороки развития слюнных желез:
пороки развития протоков (эктазия, сужение или стеноз); дистопия (гетеротопия) слюнных желез; аплазия слюнных желез.
2. Повреждения слюнных желез:
слюнной свищ; травматическое сужение (стриктура) слюнного протока; заращение слюнного протока; травматическая киста слюнной железы («слюнная опухоль»).
3. Сиаладенозы (реактивно-дистрофические изменения слюнных желез):
развивающиеся на фоне эндокринных заболеваний: сахарный диабет, нарушения функции щитовидной железы и др.; выявляемые у больных с психосоматическими заболеваниями; связанные с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (гастрит, гепатит, язвенная болезнь желудка и др.); связанные с заболеваниями мочеполовой сферы (различные нарушения менструального цикла, вплоть до аменореи, хронический простатит,

поликистоз яичников, терминальная стадия хронической почечной недостаточности и др.); диагностируемые у пациентов с заболеваниями крови (лейкоз, лимфогранулематоз и др.); аллергические; аутоиммунные; синдромы (Шегрена, Микулича, Кютгнера, Хирфорда, АОП, метаболический и др.).

4. Сиаладениты:

острые:

- вирусные (эпидемический паротит, вирус гриппа, цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барр, аденовирус, вирус герпеса и др.); бактериальные (на фоне пневмонии, тифа, дизентерии, кори и др.); послеоперационные;

хронические:

- интерстициальный; паренхиматозный; протоковый (сиалодохит);

лимфогенные:

- лимфаденит околоушной железы (ложный паротит Герценберга); лимфогенный паротит; травматические;

специфические:

- актиномикоз; туберкулез; сифилис.

5. Слюннокаменная болезнь:

околоушной железы; поднижнечелюстной железы; малой слюнной железы.

6. Кисты слюнных желез:

больших слюнных желез; малых слюнных желез (ретенционные); ранула.

7. Опухоли слюнных желез:

доброкачественные; злокачественные.

Методы обследования слюнных желез

Для диагностики заболеваний слюнных желез используют общие, частные и специальные методы обследования. Общие методы включают опрос, осмотр, пальпацию, исследование крови, мочи, рентгенографию и др. При опросе следует выяснить наличие сухости рта, боли или припухания слюнных желез, связанных с приемом пищи или переохлаждением, время появления новообразования и скорость его роста. Осмотр и пальпация

позволяют определить состояние кожи и наличие припухлости в области железы, ее консистенцию, состояние слизистой оболочки губ, преддверия и полости рта, устьев выводных протоков, характер и количество выделяющегося секрета.

Частные методы включают зондирование слюнных протоков, его проводят для установления их сужения или заращения, а также наличия конкремента. Для зондирования применяют специальные слюнные зонды с затупленным концом. Лучевые методы: рентгенография области слюнных желез используется для выявления слюнного камня, инородного тела в протоках или наличия петрификатов. Для исследования околоушной железы снимки делают в передней прямой проекции черепа, а поднижнечелюстной железы – в боковой проекции и в проекции дна полости рта. Сиалография – рентгенография слюнных желез с их искусственным контрастированием. Она позволяет судить о состоянии протоков и паренхимы железы. В качестве контрастного вещества, вводимого в железу, используют масляные или водорастворимые препараты. Сиалометрия применяется для исследования функции слюнных желез. Для этого используют капсулы Лешли-Ющенко-Красногорского или специальные канюли Т.Б. Андреевой. Слюну собирают на протяжении 20 мин и определяют ее количество. В норме оно составляет 1,0-2,0 мл секрета из околоушной и 1-4 мл из поднижнечелюстной железы.

Сиалометрию малых слюнных желез исследуют, подсчитывая их количество на нижней губе. В норме функционируют 18-21 малая слюнная железа.

Качественный анализ секрета (цвет, прозрачность, наличие видимых включений) определяют визуально. Для определения pH слюны используют pH-метр.

Вязкость слюны определяют по методу В.В. Афанасьева: разрыв капли слюны при раздвигании бранш зубоврачебного пинцета на 0,5 см является нормой вязкости, до 1 см – вязкость I степени, свыше 1 см – вязкость II степени.

Электролиты слюны (Na, K, Ca) определяют на спектрофотометре.

Специальные методы используют для уточнения формы и стадии заболевания. Так, компьютерная сиалотомография позволяет получить анатомо-топографическое изображение слюнных желез в виде срезов, на которых можно выявить слюнные камни, опухоли и опухолеподобные образования. Радиосиалография или сиалосцинтиграфия (радиоизотопная сиалометрия) позволяют оценить секреторную активность слюнных желез.

Сиалосонография (УЗИ слюнных желез) дает представление о макроструктуре слюнной железы. По эхограмме можно судить о величине, форме и соотношении слоев ткани железы с различной плотностью, выявлять склеротические изменения, слюнные камни и границы новообразований.

Особое значение приобретает метод при оценке результатов лечения в динамическом аспекте. Термосиалография (тепловидение) позволяет наблюдать в динамике изменение температуры в области слюнных желез.

Острые и хронические сиаладениты, а также злокачественные опухоли слюнных желез сопровождаются повышением температуры кожи над железами, что используется при проведении диагностики.

Цитологическое исследование капли слюны проводят на предметном стекле после окрашивания по Романовскому-Гимзе. В норме в секрете слюнных желез обнаруживают единичные клетки плоского и цилиндрического эпителия выводных протоков, единичные лейкоциты и лимфоциты.

Диагностическая пункция относится к морфологическим методам исследования. Ее производят инъекционной иглой. Окраску мазков производят азур Н-эозином по Романовскому. В пунктате интактных слюнных желез встречаются в небольшом количестве клетки эпителия, соединительная ткань. Биопсию малой слюнной железы используют для диагностики заболеваний слюнных желез, связанных с болезнями соединительной ткани. При анализе морфологической картины учитывается степень интенсивности лимфоидной инфильтрации долек.

Аплазия слюнных желез обычно бывает частичной. При полной аплазии отмечается появление ранней абсолютной ксеростомии, приводящей к разрушению всех зубов. В лечении используют протезирование с покрытием каждого зуба коронкой и заместительную терапию препаратами искусственной слюны.

Дистопия (гетерогения) – атипичное расположение слюнных желез. В литературе описана гетеротопия слюнной железы в верхние отделы шеи, спинку языка, в толщу нижней челюсти, головной мозг, в область бифуркации сонной артерии, половые органы и прямую кишку. Дистопированные доли могут вызывать образование слюнных свищей, перерождаться в опухоли. Особым случаем дистопии части слюнной железы служит ее пенетрация в околоушные лимфатические узлы, что в последующем может вызывать развитие лимфогенного или ложного паротита Герценберга.

Пороки развития выводных протоков слюнных желез выявляются на сialogраммах в виде их значительного расширения (эктазии). Наиболее часто расширяются околоушной или поднижнечелюстной протоки, что приводит к развитию хронического сиаладенита или слюннокаменной болезни.

Нередко встречаются дивертикулы протока в виде ограниченного слепого выпячивания его стенки. Если таких дивертикулов очень много, то речь идет о хроническом паренхиматозном паротите или сиалодохите.

Лечение пороков развития слюнных желез консервативное. В случае неэффективности консервативной терапии показано оперативное вмешательство.

Список литературы

1. Абдусаламов, М.Р. Органосохраняющие методы лечения больных слюннокаменной болезнью / М.Р. Абдусаламов // Автореферат и диссертация доктора медицинских наук. Москва // 2006. – С. 296.
2. Афанасьев, В.В. Сиаладенит // Этиология слюннокаменной болезни. Стоматология / Афанасьев В.В., Никифоров В.С. // 1999. – №5. – С. 39–41.
3. Афанасьев, В.В. Атлас заболевания и повреждений слюнных желез / В.В. Афанасьев, М.Р. Абдусаламов // Москва, ВУНМЦ Росздрава – 2008. – С. 191.
4. Денисов, А.Б. Типовые формы патологии слюнных желез / А.Б. Денисов, В.К. Леонтьев, Ю.А. Петрович // Москва. – 1996. – С. 150.
5. О составе и структуре слюнных камней. Кораго А.А. Матина В.Н. Вероман, В.Ю [и др.] // Вестник стоматологии – 1993. – №4. – С7–12.
6. Неганова, О.А. Исследование больших слюнных желез человека с использованием компьютерной томографии. О.А. Неганова, Н.Е. Сабельников // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2016. – №2. С. 45–48.
7. Choi, J. Multiple sialoliths in sublingual gland: report of a case / J. Choi, I.K. Kim, N.S. Oh // Int. J. Oral. Maxillofac. Surgery Vol. 2002 – №31(5) – P. 562–563.
8. Endoscopic management of submandibular sialolithiasis / D.W. Chu, T.L. Chow, B.H. Lim [ad all] // Endosc. – Vol. 2003. – №17(6). – P. 876–879.
9. Extracorporeal shockwave lithotripsy in the management of salivary calculi / M.P. Escudier, J.E. Brown, N.E. Drage [ad all] // Surgery. – Vol. 2003. – №90(4) – P. 482–485.