ФГБОУ ВПО «Рязанский государственный университет»

Медицинский институт

Кафедра стоматологии

Реферат

по дисциплине «Стоматология»

На тему «Изучение разных видов сиаладенитов»

Выполнил:

Курбатова А.П.

Рязань 2014 г.

Содержание

Введение

Глава 1. Эпидемический паротит

.1 Этиология и патогенез

.2 Клиническая картина

.3 Лечение

Глава 2. Гриппозный сиаладенит

.1 Этиология и патогенез

.2 Клиническая картина

.4 Лечение

Глава 3. Постинфекционный и послеоперационный сиаладениты (остры бактериальный сиаладенит)

.1 Этиология и патогенез

.2 Клиническая картина

.3 Лечение

Глава 4. Контактный сиаладенит

.1 Этиология и патогенез

.2 Клиническая картина

.3 Лечение

Глава 5. Сиаладенит, вызванный внедрением инородных тел в выводные протоки желез

.1 Этиология и патогенез

.2 Клиническая картина

.3 Лечение

Заключение

Список использованных источников информации

Введение

Слюнные железы представляют собой особую группу секреторных органов. Они выполняют многообразные функции: секреторную, рекреторную, экскреторную, инкреторную и оказывают большое влияние на состояние организма, в частности на пищеварительную систему, органы полости рта.

Актуальность темы реферата обосновывается тем, что в клинической практике нередко наблюдаются дистрофические процессы слюнных желез, так называемые сиалозы, или сиаладенозы, и воспалительные заболевания - острый и хронический сиаладениты. Среди последних выделяют калькулезный сиаладенит - сиалолитиализ. Опухоли слюных желез занимают особое место среди всех онкологических заболеваний. Несколько реже встречаются больные с врожденными пороками развития и травмой слюнных желез.

Целью реферата является изучение разных видов сиаладенитов.

Задачи реферата:

) Разобраться, что представляют из себя сиаладениты;

) Рассмотреть этиологию и патогенез, клиническую картину, лечение сиаладенитов.

слюнной железа сиаладенит бактериальный

Глава 1. Эпидемический паротит (свинка, заушница)

Эпидемический паротит - это острое инфекционное вирусное заболевание, характеризующееся воспалением околоушных слюнных желез. Обычно поражаются околоушные, поднижнечелюстные и подъязычные слюнные железы, в основном болеют дети, но иногда и взрослые, чаще женщины.

.1 Этиология и патогенез

Возбудитель болезни - фильтрующийся вирус. Заражение происходит путем непосредственной передачи его от больного здоровому капельно-воздушным путем, но возможна также передача при пользовании предметами, с которыми соприкасались больные.

Макроскопически при вирусном воспалении слюнная железа не имеет нормального дольчатого строения. При микроскопическом исследовании воспаленной железы наблюдаются значительная гиперемия и воспалительный отек ее стромы и окружающей клетчатки. В отдельных случаях отмечается лейкоцитарная инфильтрация стромы, главным образом вокруг слюнных протоков и кровеносных сосудов. В протоках железы обнаруживается большое количество слущивающихся эпителиальных клеток. В эпителии железы обычно выявляется лишь незначительная степень изменений в виде набухания и зернистого помутнения, реже отмечается некроз.

.2 Клиническая картина

Инкубационный период эпидемического паротита составляет в среднем 2-3 нед. В зависимости от тяжести заболевания могут быть выделены три формы клинического течения: легкая, средняя, тяжелая.

При легкой форме паротита клинические признаки выражены слабо, температура тела не повышается. Припухание около ушных желез почти безболезненно, из их протоков в умеренном количестве выделяется прозрачная слюна. Нередко поражается лишь одна околоушная железа. Припухлость и боль исчезают на протяжении недели.

При средней степени тяжести заболевания после короткого (в течение 2-3 дней) продромального периода, проявляющегося недомоганием, плохим аппетитом, познабливанием, головной болью, болезненностью в области шеи, суставов и мышц конечностей, иногда небольшим повышением температуры тела и сухостью в полости рта, возникает болезненное припухание околоушной железы. В большинстве случаев через 1-2 дня припухает также другая околоушная железа. Отмечается дальнейшее повышение температуры тела, обычно в пределах 37,5-38 °С. Припухлость быстро увеличивается. При этом почти всегда одна сторона бывает изменена больше другой. У некоторых больных наблюдается гиперемия слизистой оболочки рта и устья около ушного протока. Саливация обычно понижена. Через 3-4 дня воспалительные явления начинают стихать.

При тяжелой форме вначале после выраженных продромальных явлений припухает околоушная железа, часто обе. Очень скоро наступает коллатеральное воспаление в окружности. При этом припухлость, локализовавшаяся вначале по наружной поверхности ветви нижней челюсти, распространяется вверх до уровня глазниц, кзади доходит до сосцевидных отростков и спускается ниже углов челюсти, иногда до ключиц. Кожа над припухлостью имеет нормальную окраску, но напряжена. При вовлечении в процесс поднижнечелюстных и подъязычных желез припухлость распространяется на шею. Увеличившаяся в размерах, болезненная при пальпации околоушная железа оттесняет кнаружи мочку уха, сдавливает и иногда значительно суживает наружный слуховой проход. Иногда отмечается затрудненное открывание рта. Часто развивается катаральный стоматит, наблюдается покраснение слизистой оболочки зева, области устья околоушного протока. Проток пальпируется в виде тяжа. Наблюдается резкое уменьшение или даже прекращение слюноотделения из припухшей железы. В редких случаях, особенно в начальном периоде заболевания, саливация бывает повышена. При гнойно-некротическом процессе из протока выделяется гной. Температура тела может достигать 39-40 °С. На 5-6-й день температура тела постепенно падает, после чего коллатеральный отек и воспалительный процесс в области железы подвергаются обратному развитию. Но может наступить абсцедирование.

При осложненной форме эпидемического паротита наблюдается поражение нервной системы - менингит, энцефалит, иногда с параличом черепных и спинномозговых нервов, изменениями зрительного, глазодвигательного, отводящего, лицевого и преддверно-улиткового нервов, а также психическим расстройством. Нередким осложнением является орхит. При эпидемическом паротите могут наблюдаться мастит, панкреатит, нефрит.

Эпидемический паротит диагностируется при первичном поражении слюнной железы, а не при осложнении какого-либо другого инфекционного заболевания. При эпидемическом паротите в крови обычно нормальное количество лейкоцитов или лейкопения, умеренный моноцитоз и лимфоцитоз, СОЭ в пределах нормы. Наблюдается изменение содержания сахара и количества диастазы в крови и моче. Диагноз подтверждается выделением вируса эпидемического паротита, реакцией связывания комплемента, реакцией торможения гемагглютинации, кожной аллергической реакцией и др. Помогает установлению диагноза эпидемиологический анамнез.

.3 Лечение

Терапия эпидемического паротита в основном симптоматическая и заключается в уходе за больным и предупреждении осложнений. Необходим постельный режим на период повышенной температуры, т. е. на протяжении 7-10 дней, особенно для взрослых. Назначают на область околоушных (при показаниях и поднижнечелюстных) желез согревающие компрессы, различные мазевые повязки, физиотерапевтические процедуры: светотеплолечение с помощью соллюкс-лампы, УВЧ, ультрафиолетовое облучение. Необходимо обеспечить регулярный уход за полостью рта (полоскания, ирригация). Отмечено, что применение интерферона в виде орошения полости рта 5-6 раз в день значительно улучшает состояние больного, особенно в случаях раннего применения его - на 1-2-й день. При значительном снижении функции слюнных желез в их протоки вводят по 0,5 мл раствора антибиотиков (по 50000-100 000 ЕД пенициллина и стрептомицина в 1 мл 0,5% раствора новокаина), а также проводят новокаиновую блокаду с пенициллином или стрептомицином. При прогрессировании гнойного воспалительного процесса и обнаружении очагов размягчения необходимо оперативное вмешательство в условиях стационара.

При возникновении осложнений общего характера лечение следует проводить в контакте с общими специалистами.

Профилактические мероприятия включают проведение влажной дезинфекции помещения и вещей больного, кипячение столовой посуды, проветривание помещения.

С целью предупреждения распространения эпидемического паротита применяют активную иммунизацию детей, посещающих детские дошкольные учреждения, живой противопаротитной вакциной.

Обязательна изоляция больных эпидемическим паротитом на период 9 дней от начала заболевания.

Эпидемический паротит у большинства больных заканчивается выздоровлением. Однако наблюдались летальные исходы при развитии гнойно-некротического процесса в железе, поражении нервной системы.

Глава 2. Гриппозный сиаладенит

Гриппозный сиаладенит - такое поражение слюнных желез челюстно-лицевой области, сопутствующим фактором развития которого является гриппозная инфекция.

2.1 Этиология и патогенез

Данный вид сиаладенита обуславливается проникновением вируса гриппа в слюнные железы. У большинства больных, сиаладенит, при гриппозной инфекции возникает в околоушной железе, реже - в поднижнечелюстной, подъязычной и малых слюнных железах. Часто поражаются обе парные слюнные железы, иногда наблюдается одновременное поражение околоушных и поднижнечелюстных желез.

.2 Клиническая картина

Острый гриппозный сиаладенит чаще начинается в одной железе, но очень быстро в процесс вовлекается парная железа. Воспалительные явления нарастают быстро, на протяжении одного-двух дней наступает гнойное расплавление железы, затем последовательно могут некротизироваться одна за другой большие и малые слюнные железы.

При поражении околоушных желез характерным субъективным признаком является болезненность при открывании рта и повороте головы в сторону. Отек распространяется на щечную, поднижнечелюстную, позадичелюстную области и верхний отдел шеи. При пальпации болезненный плотный инфильтрат определяется в пределах анатомических границ околоушной железы, поверхность инфильтрата гладкая. При гнойном расплавлении околоушной железы инфильтрат распространяется на окружающие железу ткани и определяется в соседних областях.

При локализации процесса в поднижнечелюстной железе больных беспокоит боль при глотании; припухлость занимает поднижнечелюстную и подъязычную области, распространяется на подбородочную область и верхний отдел шеи. Наиболее отчетливо локализация процесса в поднижнечелюстной железе определяется при бимануальной пальпации в дистальном отделе челюстно-язычного желобка и поднижнечелюстного треугольника. В этой области определяется плотная, подвижная, болезненная, с гладкой поверхностью поднижнечелюстная железа.

Больные острым сиаладенитом подъязычных желез жалуются на боль при движении языком, увеличение подъязычных складок. При осмотре слизистая оболочка над железой становится сероватого цвета, быстро разрушается, отторгаются гной и некротизированная ткань железы.

Малые слюнные железы вовлекаются в воспалительный процесс чаще при множественном поражении больших слюнных желез.

.3 Лечение

В ранний период заболевания применяют интерферон в виде орошения полости рта 4-5 раз в день. При симптомах вторичного инфицирования в протоки слюнных желез вводят антибиотики. При наличии воспалительного инфильтрата хорошие результаты дает новокаиновая блокада железы, при гнойно-некротическом процессе - ранний разрез капсулы железы, что ограничивает размеры ее некроза. Следует проводить комплекс мероприятий по уходу, питанию, режиму, симптоматическую терапию по поводу гриппозной инфекции.

Исход, как правило, благоприятный.

Осложнения возникают в связи с рубцовой деформацией протоков, их заращением. Возможно уменьшение секреции при некрозе части железы или прекращение саливации при некрозе всей железы.

Глава 3. Постинфекционный и послеоперационный сиаладениты (острый бактериальный сиаладенит)

Острый бактериальный сиаладенит - такое поражение слюнных желез челюстно-лицевой области, сопутствующим фактором развития которого является бактериальная инфекция (Приложение 5).

.1 Этиология и патогенез

Острый сиаладенит у этой группы больных наблюдается чаще в области околоушных слюнных желез. Значительно реже вовлекаются в воспалительный процесс поднижнечелюстные, подъязычные и малые слюнные железы. Острый сиаладенит (чаще паротит) может развиться при любом тяжелом заболевании, наиболее часто он возникает при тифах. Существуют стоматогенный, гематогенный и лимфогенный пути распространения инфекции. В протоках железы обычно обнаруживается смешанная микрофлора: стафилококки, пневмококки, стрептококки, кишечная палочка и др.

Инфекция чаще проникает через устье выводного протока железы. Явления гипосаливации рефлекторного характера, наблюдающиеся при этих заболеваниях и в послеоперационном периоде при хирургических вмешательствах на брюшной полости, способствуют инфекционному воспалению. Острый сиаладенит отличается быстрым нарастанием воспалительных явлений, особенно при гангренозном паротите. На протяжении 1-2 дней может произойти некроз железы. Некротизированные участки железы постепенно отторгаются и длительно выходят через расплавленные кожные покровы. Иногда наступает омертвение почти всей железы. В тех случаях, когда этот процесс возникает на фоне общих дистрофических заболеваний, воспалительные изменения могут нарастать медленно и вяло. При благоприятном течении серозного и гнойного паротитов высокой температурной реакции может не быть.

Иногда постинфекционный и послеоперационный паротиты бывают двусторонними. В этих случаях процесс раньше начинается в одной железе, а затем (через 2-3 дня) поражается и вторая железа. Степень и характер воспалительных изменений справа и слева могут быть различными, иногда в процесс вовлекаются и поднижнечелюстные железы.

.2 Клиническая картина

Острый паротит, развивающийся на фоне общих заболеваний, иногда осложняется распространением гнойного процесса на мягкие ткани. При этом в области уплотнения железы появляется значительный отек, боль усиливается, становится пульсирующей. Покрывающая железу кожа краснеет, постепенно спаивается с инфильтратом, и может наступить самопроизвольное вскрытие гнойника. После выделения гноя воспаление начинает стихать. Иногда гнойник вскрывается в протоки железы, и гной выделяется через устье околоушного протока.

Рассасывание воспалительного инфильтрата идет очень медленно, плотный узел в области железы может оставаться на протяжении нескольких недель. При этом из протока выделяется макроскопически не измененная слюна. Цитологически можно обнаружить признаки острого воспаления.

При тяжелом течении лимфогенного паротита после первых проявлений болезни в виде ограниченного уплотнения в околоушной слюнной железе воспалительные явления начинают быстро нарастать. Часто наступает абсцедирование в железе или развивается флегмона.

3.3 Лечение

При серозном воспалении назначают сульфаниламидные (сульфален, сульфадиметоксин в первый день 2,0 г (по 0,5 г 4 табл.), со второго дня по 1 табл. 2 раза в день - в течение 5 дней), антигистаминные препараты (супрастин, димедрол 2 раза в день по 0,5 г), витамины (поливитамины, масляный раствор витамина А по 6-8 капель 3 раза в день), компрессы с камфарным маслом на ночь, с 30 %-ным димексидом на 20-30 мин 1 раз в день в течение 5-10 дней, физиотерапевтические процедуры (УВЧ, низкоинтенсивное излучение гелий-неонового лазера, ультрафиолетовое излучение). Назначают слюногонную диету, препараты, стимулирующие слюноотделение: 1% раствор пилокарпина гидрохлорида по 6-8 капель 3 раза в день перед едой; 0,5% раствор галантамина по 1,0 мл подкожно, ежедневно, до нормализации процесса; лечебный массаж железы.

При гнойном воспалении добавляют промывание слюнных желез растворами антибиотиков, антисептиков, протеолитических ферментов. Антибиотики можно вводить лимфотропно (гентамицин сульфат 80 мг 1 раз в день подкожно) в основание козелка ушной раковины (Яременко Н.В., 2001), проводить блокаду по Вишневскому 0,25% раствора новокаина с пенициллином и стрептомицином, а также вводить их внутримышечно: пенициллин 1 000 000 ME х 6 раз в сутки, стрептомицин 1,0 г х 2 раза в сутки. При тяжелом течении можно назначать цифран для приема внутрь по 250 мг х 2 раза в сутки, или внутривенно медленно 200 мг х 2 раза в сутки; ингибиторы протеаз: внутривенно контрикал 20 000-50 000 АТрЕ в сутки, трасилол 25 000-100 000 КИЕ в сутки.

Местно: можно применять физиотерапию (электрофорез с йодистым калием, УВЧ), использовать местное применение полусинтетического гормона климара (наружно на кожу проекционно над инфильтратом наклеивают пластырь климара 0,39 на 7 дней), промывать слюнную через устье выводного протока антисептическими растворами, протеолитическими ферментами (химопсин, химотрипсин).

Если консервативное лечение оказывается недостаточно эффективным, а также при развитии абсцессов проводят хирургическое лечение: вскрытие гнойного очага внутриротовым или наружным доступом.

Глава 4. Контактный сиаладенит

.1 Этиология и патогенез

Это заболевание возникает при распространении воспалительного процесса при флегмонах околоушно-жевательной, поднижнечелюстной, подъязычной областей. После стихания воспалительного процесса в клетчаточном пространстве и вскрытия флегмоны развивается воспаление в слюнных железах, чаще одностороннее. У большинства больных контактный сиаладенит протекает в легкой форме, реже - среднетяжелой, выражается припуханием железы, снижением ее функции. Наличие сиаладенита подтверждается цитологическим исследованием секрета слюнной железы.

Целесообразно обращать внимание на функцию слюнной железы, расположенной в соседстве с флегмонозным процессом, что позволит своевременно расширить комплекс лечебных мероприятий и предупредить осложнение в виде контактного сиаладенита.

.2 Клиническая картина

У большинства больных контактный сиаладенит протекает в легкой форме, выражается в припухании железы и снижении ее функции. Наличие сиаладенита подтверждается при цитологическом исследовании секрета слюнной железы. После стихания воспалительных явлений в области флегмонозного очага воспаление в железе прекращается. Легкую форму контактного сиаладенита следует рассматривать как перифокальную реакцию в слюнной железе при гнойно-некротическом воспалительном процессе в клетчаточном пространстве прилежащих областей (флегмона).

Значительно реже встречается контактный сиаладенит средней тяжести. В области околоушной, поднижнечелюстной или подъязычной железы припухлость становится плотной и болезненной. Наибольшая плотность отмечается в подъязычных железах, но они остаются подвижными. Функция околоушной и поднижнечелюстной желез снижается, в секрете можно определить примесь гноя. После стихания воспаления в области флегмонозного очага указанные признаки воспаления слюнных желез сохраняются иногда 2-3 нед., а затем самопроизвольно исчезают.

.3 Лечение

Применение специального комплекса лечебных процедур, применяемых при остром бактериальном сиаладените, ускоряет процесс выздоровления.

Глава 5. Сиаладенит, вызванный внедрением инородных тел в выводные протоки желез

.1 Этиология и патогенез

В протоки могут попадать соломинки, травинки, осколки зубного камня, щетинки зубной щетки, рыбьи кости. Почти все пациенты запоминают момент попадания инородных тел. Клиническая картина соответствует таковой при слюнно-каменной болезни, и как правило, начинается с симптома ретенции слюны - «слюнной колики». В дальнейшем в стенке протока и тканях железы возникает воспалительная реакция. В случаях, когда инородное тело находится в протоке железы, воспалительный процесс длительное время периодически обостряется. Характерное отличие заболевания состоит в том, что гнойно-воспалительный процесс в железе часто сопровождается расплавлением ее капсулы с переходом на прилежащие ткани околоушной и поднижнечелюстной областей.

Иногда инородное тело может стать центром образования слюнного камня.

.2 Клиника

После попадания инородного тела в проток железы больные обращаются к врачу в разные сроки, поэтому жалобы их не бывают одинаковы. В одних случаях их беспокоит периодически возникающее увеличение железы; иногда может развиться абсцесс или (редко) флегмона в окружности железы или ее протока. Почти во всех случаях больные хорошо запоминают ощущения, возникающие у них при попадании инородного тела в проток железы и предшествующие началу воспалительного процесса. В течение некоторого времени инородное тело, попавшее в проток железы, может вызывать лишь задержку выделения - ретенцию слюны и временное припухание околоушной или поднижнечелюстной железы. Такая железа безболезненна, имеет обычную консистенцию, может быть лишь немного увеличенной, затем возникает воспалительная реакция, соответствующая картине острого сиаладенита. Гнойно-воспалительный процесс в железе часто сопровождается расплавлением капсулы железы и переходом процесса на прилежащие ткани околоушной и поднижнечелюстной областей. При самопроизвольном вскрытии гнойника нередко выделяется инородное тело. В тех случаях, когда инородное тело находится в протоке железы длительное время и периодически возникает обострение воспалительного процесса, клиническая картина заболевания сходна со слюннокаменной болезнью. Иногда инородное тело может стать центром образования слюнного камня.

Диагноз подтверждается обнаружением инородного тела при сиалографии по дефекту заполнения протока или ретенции контрастного вещества.

Для уточнения диагноза необходимо УЗИ железы, при необходимости - сиалография.

.3 Лечение

Лечение состоит в хирургическом вмешательстве - удалении инородного тела из протока или при расположении инородного тела в одном из мелких протоков поднижнечелюстной железы, экстирпации слюнной железы.

Несмотря на то, что осложнения острого паротита встречаются в настоящее время довольно редко, само заболевание тяжело переносится больными. Это обстоятельство особенно неблагоприятно сказывается на общем состоянии новорожденных и ослабленных детей, больных в послеоперационном периоде, чаще после абдоминальных операций, которые особенно подвержены этому заболеванию при недостаточной активности в проведении профилактических мероприятий.

С целью профилактики острого паротита основным мероприятием является туалет полости рта. У новорожденных слизистую оболочку полости рта протирают ватным шариком, смоченным в 1% растворе питьевой соды или 0,1% раствора перманганата калия. Взрослым назначают регулярное полоскание 0,5-1% раствором натрия гидрокарбоната. С целью усиления саливации полость рта обрабатывают 0,5-1% раствором лимонной кислоты, слабым раствором разведенной соляной кислоты (1 чайную ложку на полстакана воды).

В диету включают продукты, повышающие слюноотделение.

Заключение

При написании данного реферата, мною рассмотрены несколько видов сиаладенитов. Изучены этиология и патогенез, клиническая картина, лечение каждого конкретного вида данного заболевания. Течение такой болезни может быть как в легкой форме, так и в очень тяжелой. Поэтому, необходима диагностика на ранних стадиях заболевания, чтобы своевременно приступить к правильному лечению. Так же, в реферате описаны и профилактические мероприятия. Наш долг, как врачей-стоматологов, так же заниматься санитарно-просветительной работой, то есть, проводить первичную профилактику среди населения. Ведь любое заболевание легче предотвратить, чем лечить его!

Список использованных источников информации

1. Хирургическая стоматология: учебник (ред. Афанасьев В.В.) - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 880 с.

## 2. Афанасьев В.В. - Слюнные железы. Болезни и травмы: руководство для врачей. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 296 с.

## . Афанасьев В.В., Останин A.A. - Военная стоматология и челюстно-лицевая хирургия. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 240 с.

## . Безруков, Григорьянц, Рабухина, Бадалян - Амбулаторная хирургическая стоматология. Современные методы (2-е изд.). Медицинское информационное агентство, 2005 г. - 112 с.

## . Бернадский Ю.И. - Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. - М.: Медицинская литература, 1999. - 456 с., 3-е изд.

## . Губайдуллина, Цегельник, Лузина, Чергештов - Практическое руководство по поликлиническому разделу хирургической стоматологии. - М: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. - 136 с.