

**МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СЛИННИХ
ЗАЛОЗ. СІАПАДЕНІТИ, СІАЛОДОХІТИ,
СІАЛОЗИ, СИСТЕМНІ ЗАХВОРЮВАННЯ
З УРАЖЕННЯМ СЛИННИХ ЗАЛОЗ.**

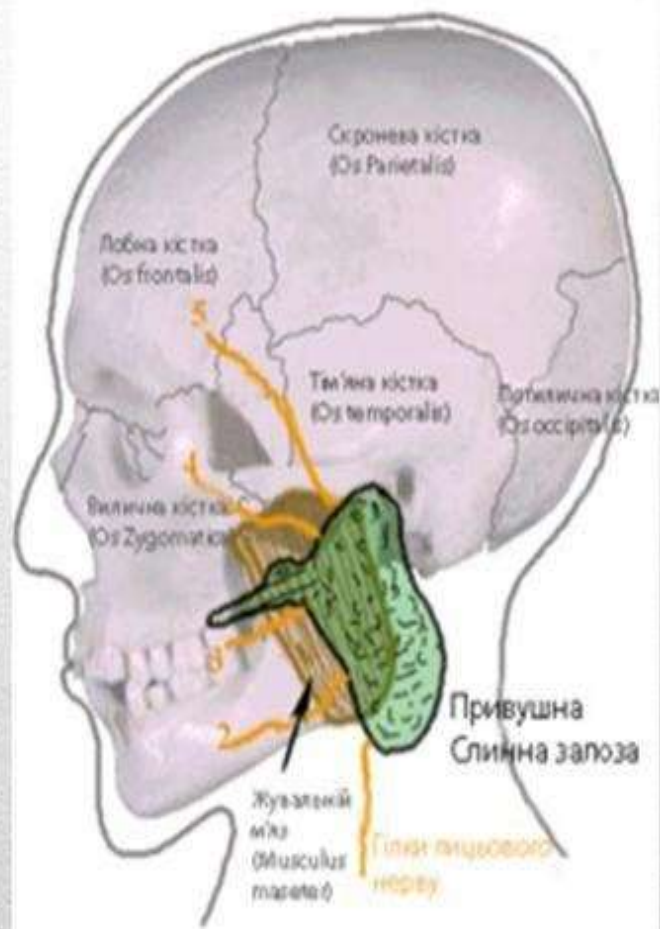
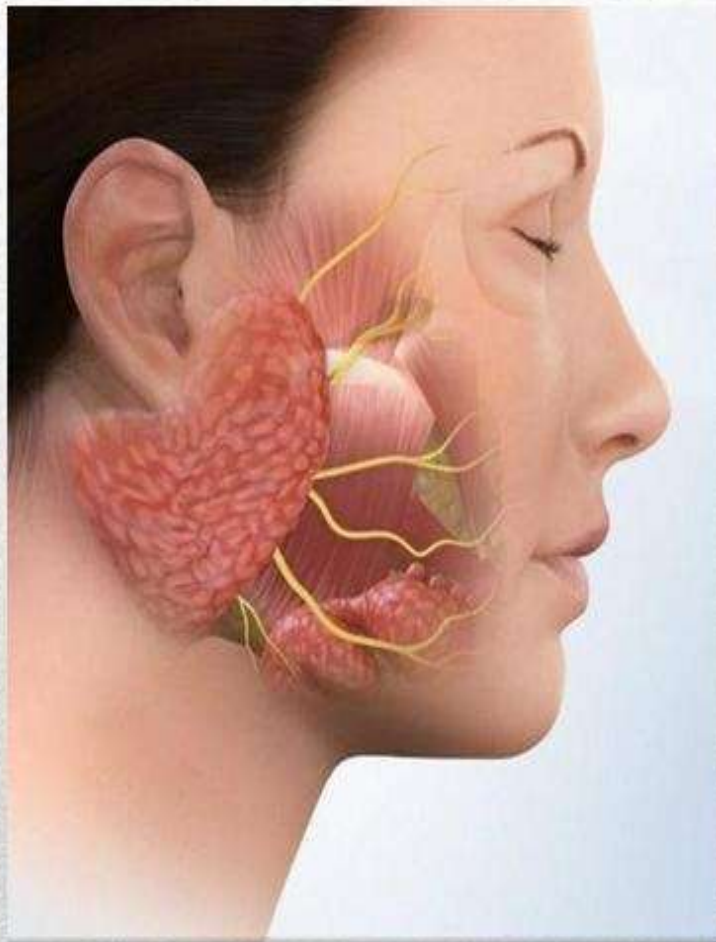
**ЕТІОЛОГІЯ, ПАТОГЕНЕЗ,
КЛАСИФІКАЦІЯ, КЛІНІКА,
ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ,
ПРОФІЛАКТИКА ЗАГОСТРЕНЬ.**

ЛЕКТОР – КАТЕРИНА РЕЗВІНА

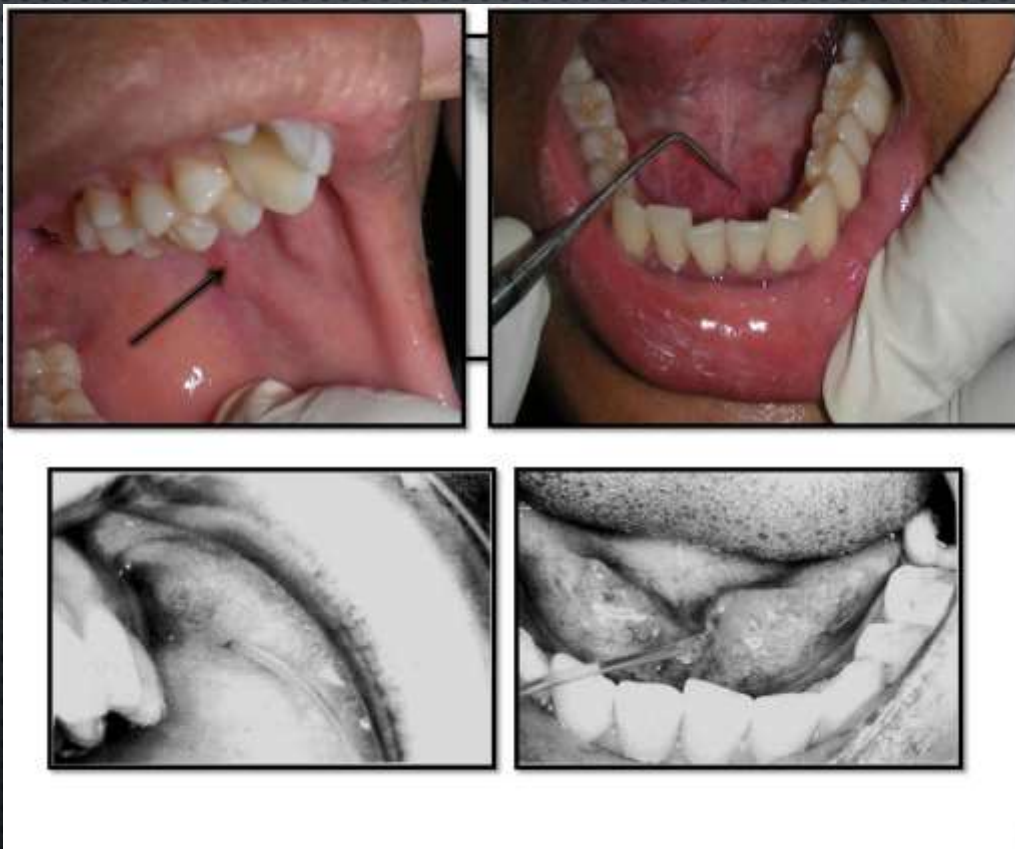
ТЕЛ.380669766176

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

- 1. АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ.
- 2. МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СЛИННИХ ЗАЛОЗ:
 - А. ВЛАСНІ МЕТОДИ.
 - Б. СПЕЦІАЛЬНІ МЕТОДИ.
- 3. СІАЛОАДЕНІТИ. КЛАСИФІКАЦІЯ, КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА. ЛІКУВАННЯ.
- 4. СІАЛОЗИ.



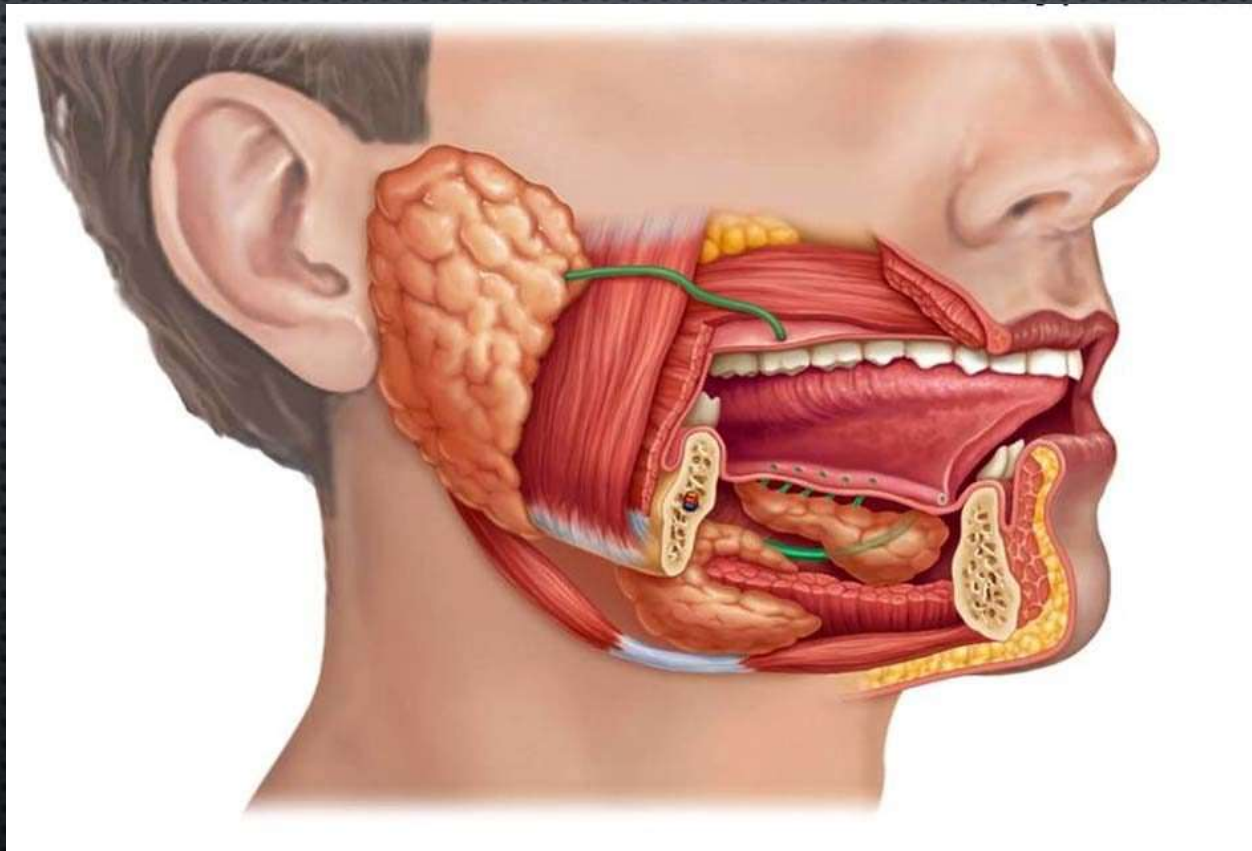
ВЕЛИКІ СЛИННІ ЗАЛОЗИ



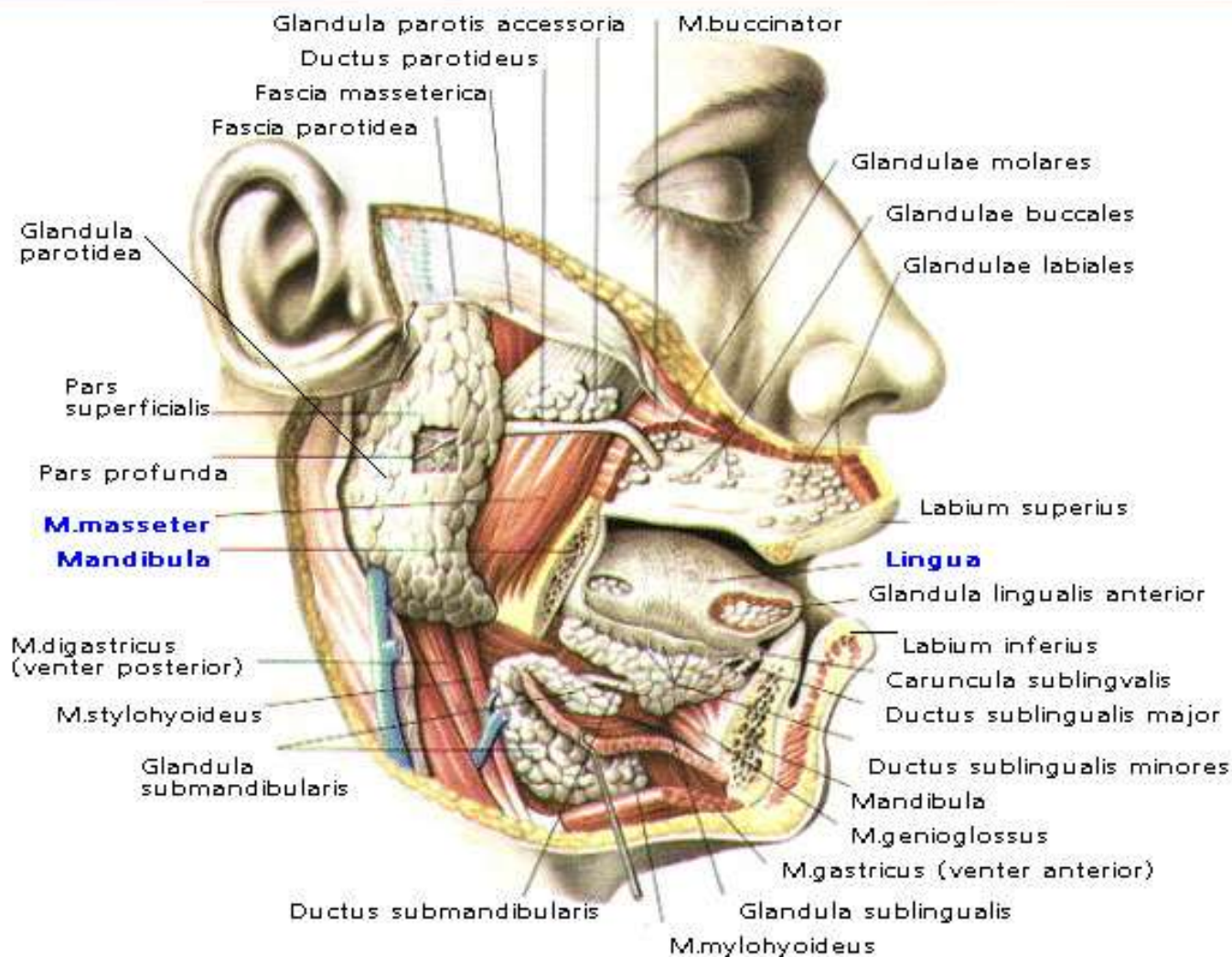
РОЗТАШУВАННЯ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

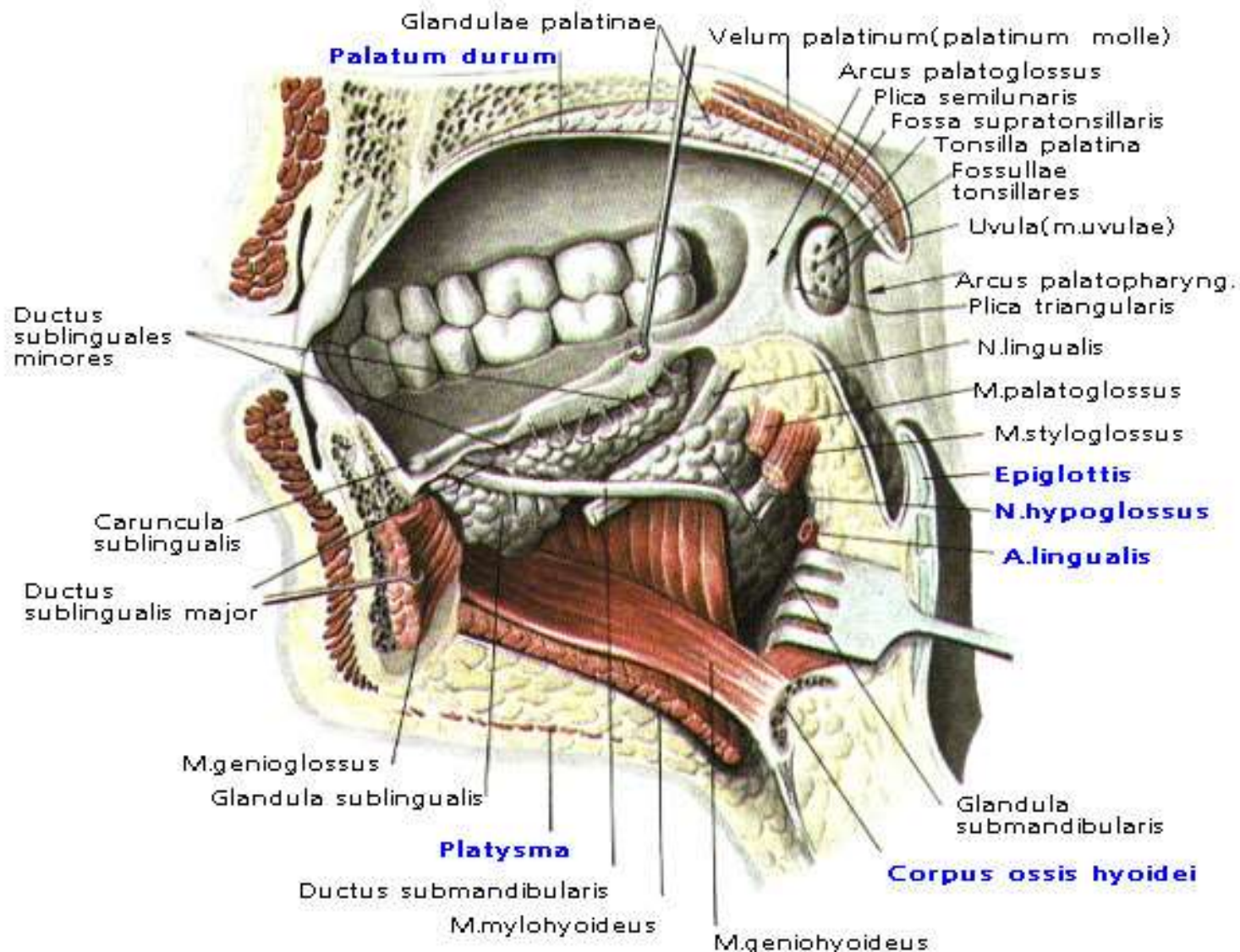


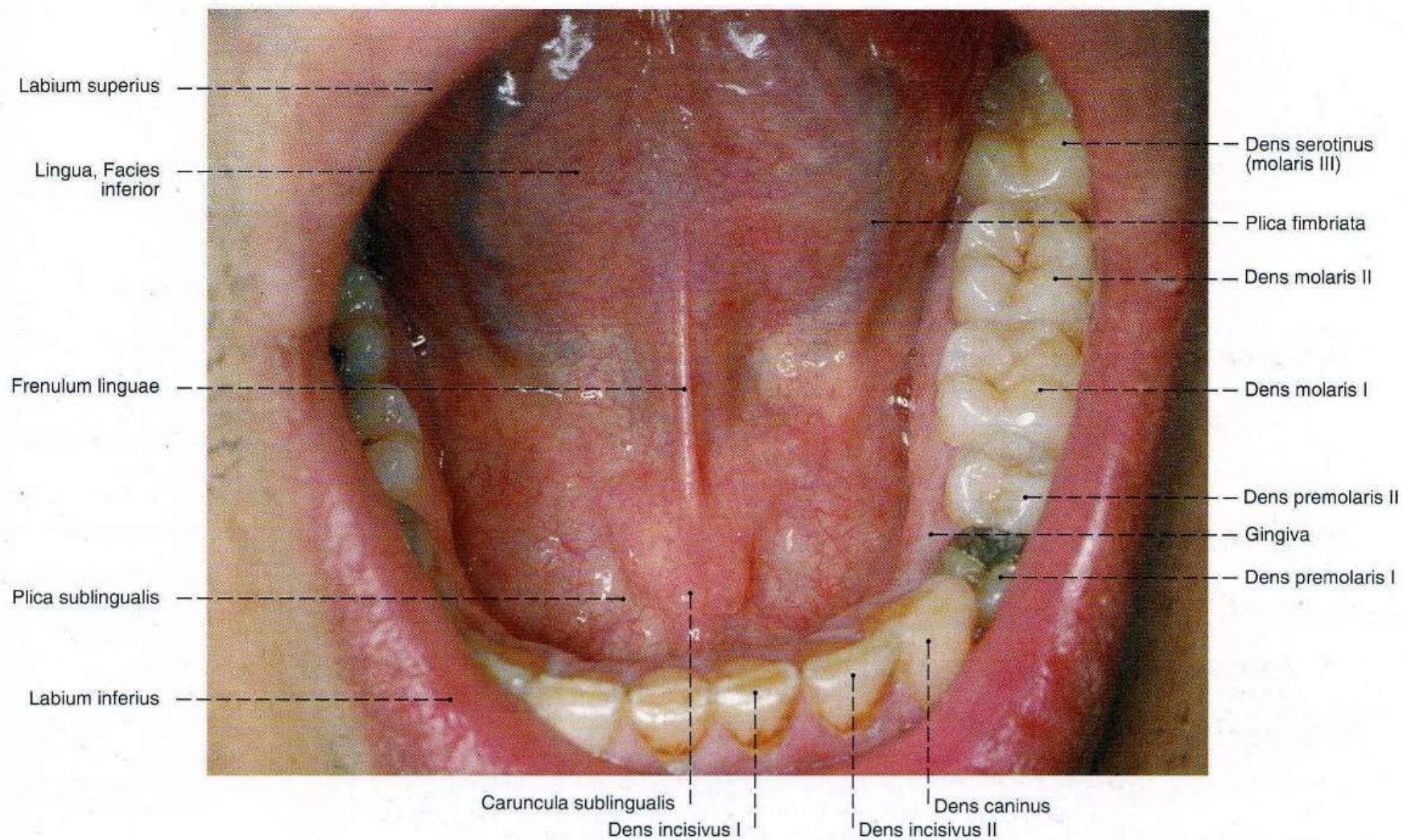
РОЗТАШУВАННЯ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

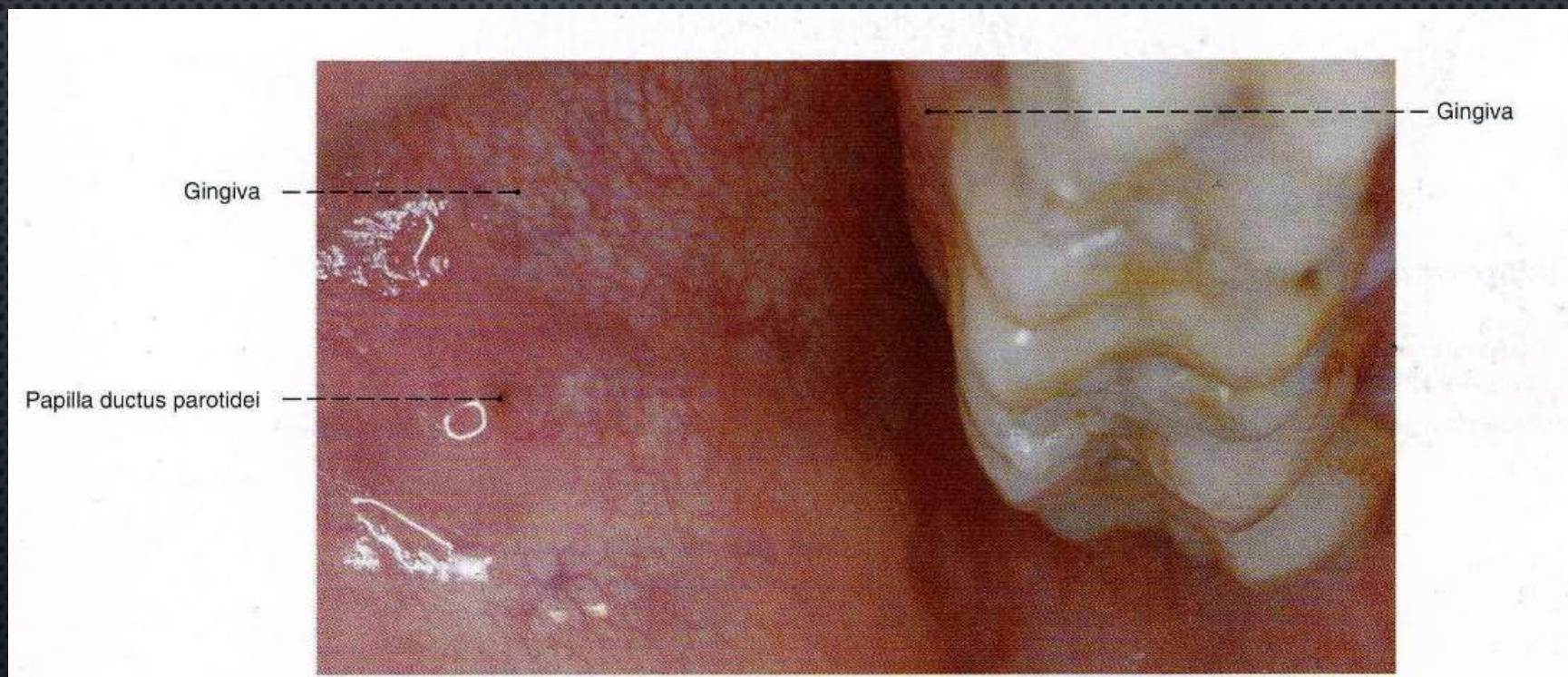


Розташування слинних залоз









МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

- **ЗАГАЛЬНІ** (ті, що застосовують при обстеженні всіх хворих).
- **Власні** (ті, що використовують при обстеженні хворих з певною патологією: шлунка, легень, слинних залоз та т.ін).
- **Спеціальні** (вимагають спеціальних лікарських навичок та спеціальної апаратури, дозволяють отримати додаткові дані для підтвердження чи заперечення захворювання).

ЗАГАЛЬНІ МЕТОДИ:

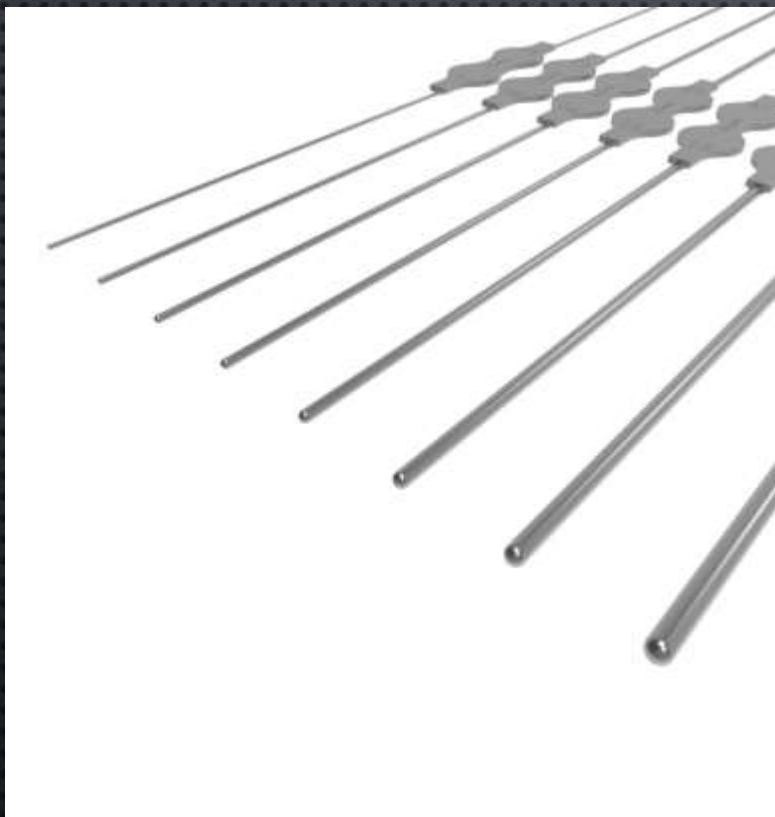
- ОПИТУВАННЯ;
- ОГЛЯД;
- ПАЛЬПАЦІЯ;
- ДОСЛІДЖЕННЯ КРОВІ, СЕЧІ;
- РЕНТГЕНОСКОПІЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ
ТА Т. ІН.

ВЛАСНІ МЕТОДИ

- ЗОНДУВАННЯ



ЗОНДИ ДЛЯ БУЖУВАННЯ СЗ BOWMAN

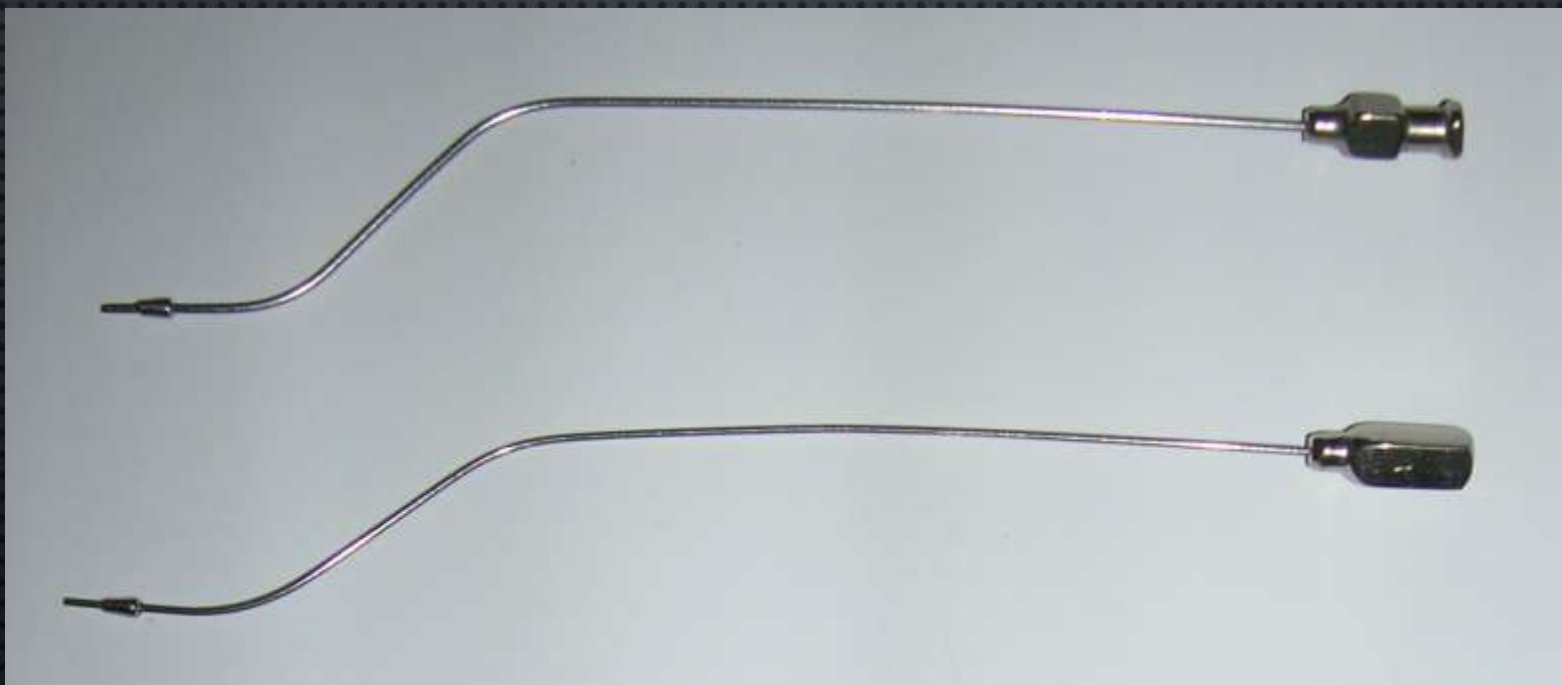


ВЛАСНІ МЕТОДИ

- Рентгенографія:
 - *привушна залоза:*
 - бокова та пряма проекції – для дослідження залози;
 - внутріротова – для виявлення каменя в протоці.
 - *піднижньощелепна залоза:*
 - бокова та пряма проекції – для дослідження залози;
 - внутріротова у прикус дна порожнини рота – для виявлення каменя в протоці.

ВЛАСНІ МЕТОДИ

- ДОСЛІДЖЕННЯ СЕКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ (**СІАЛОМЕТРІЯ**):
ПРОВОДИТЬСЯ НАТЩЕСЕРЦЕ ПІСЛЯ ПРИЙОМУ ВСЕРЕДИНУ
ПАЦІЄНТОМ 8 КРАПЕЛЬ ПІЛОКАРПІНУ ГІДРОХЛОРИДУ.
ТРИВАЛІСТЬ ЗАБОРУ 20 ХВ.



СІАЛОМЕТРІЯ

КІЛЬКІСТЬ СЛИНИ У ЗДОРОВИХ:

1,1-2,5 (1-3 мл.) – ПРИВУШНА СЛИННА
ЗАЛОЗА;

1-3 (1-4 мл.) – ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНА
СЛИННА ЗАЛОЗА.

*СЕКРЕЦІЮ МАЛИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ
ОЦІНЮЮТЬ ЗА ДОПОМОГОЮ СМУЖОК
ФІЛЬТРУВАЛЬНОГО ПАПЕРУ, КОТРІ ЗВАЖУЮТЬ
ПІСЛЯ ДО ТА ПІСЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.*

ВЛАСНІ МЕТОДИ

- **ЯКІСНИЙ АНАЛІЗ СЕКРЕТУ:**

КОЛІР, ПРОЗОРИСТЬ, НАЯВНІСТЬ ВКЛЮЧЕНЬ ПЕРЕВІРЯЮТЬ ВІЗУАЛЬНО.

РН слини **ПВЗ – 5,6-7,6;**

ПНЩСЗ – 6,9-7,8.

В'язкість **ПВЗ – 0,75-1,2 од;**

ПНЩСЗ – 1,4-1,9 од.

Вміст білка **ПВЗ – 3,3-26,4 г/л;**

ПНЩСЗ – 0,66-33,3 г/л.

Вміст натрію **ПВЗ – 2,47-26,19 ммоль/л;**

ПНЩСЗ – 20,22-23,55 ммоль/л.

Вміст калію **ПВЗ – 20,22-23,55 ммоль/л;**

ПНЩСЗ – 12,0-15,1 ммоль/л.

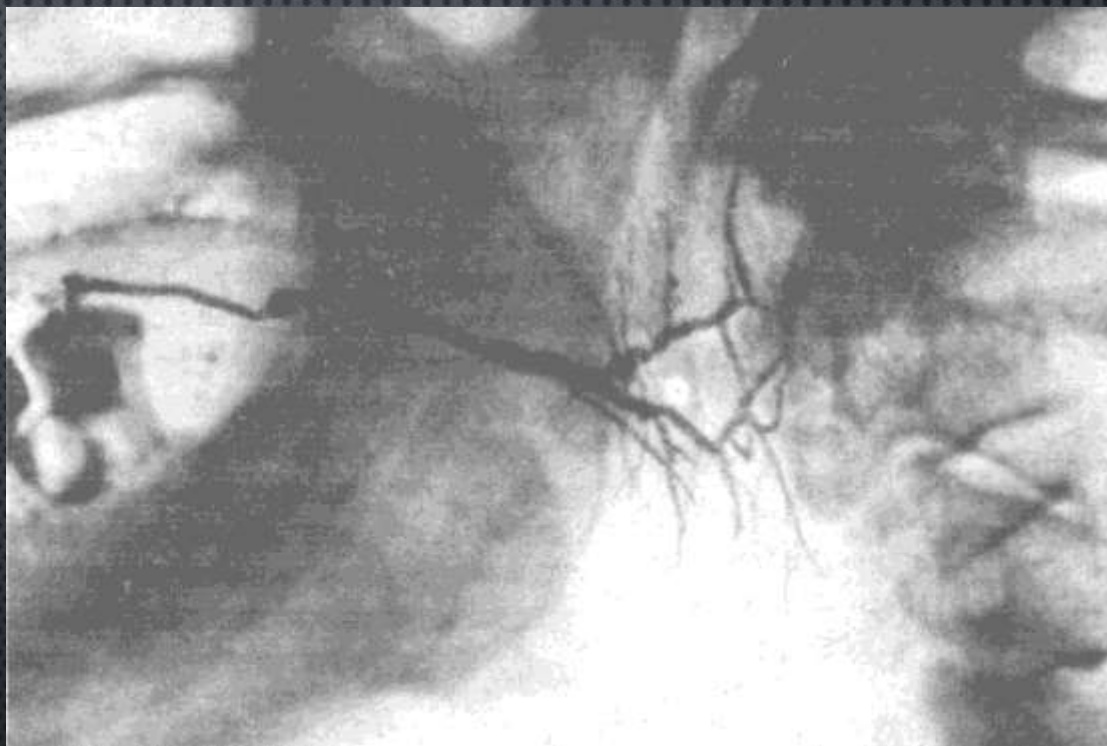
ВЛАСНІ МЕТОДИ

- ЦИТОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МАЗКІВ:
В НОРМІ ВІЯВЛЯЮТЬ КЛІТИНИ ПЛОСКОГО ТА ЦИЛІНДРИЧНОГО ЕПІТЕЛІЮ (ЕПІТЕЛІЙ ГОЛОВНИХ ТА МІЖДОЛЬКОВИХ ВІВІДНИХ ПРОТОК) НЕЙТРОФІЛЬНІ ЛЕЙКОЦИТИ І ЛІМФОЦИТИ.

ВЛАСНІ МЕТОДИ

- СІАЛОГРАФІЯ:

КОНТРАСТНІ РЕЧОВИНИ:
ВОДРОЗЧИННІ
(ВЕРОГРАФІН 76 %, УРОГРАФІН 60 % ТА. ІН.)
ЖИРОРОЗЧИННІ
(ЙОДОЛІПОЛ, ЛІПЙОДОЛ, ЙОДИПІН, ЙОДЕТІДОЛ ТА. ІН.).



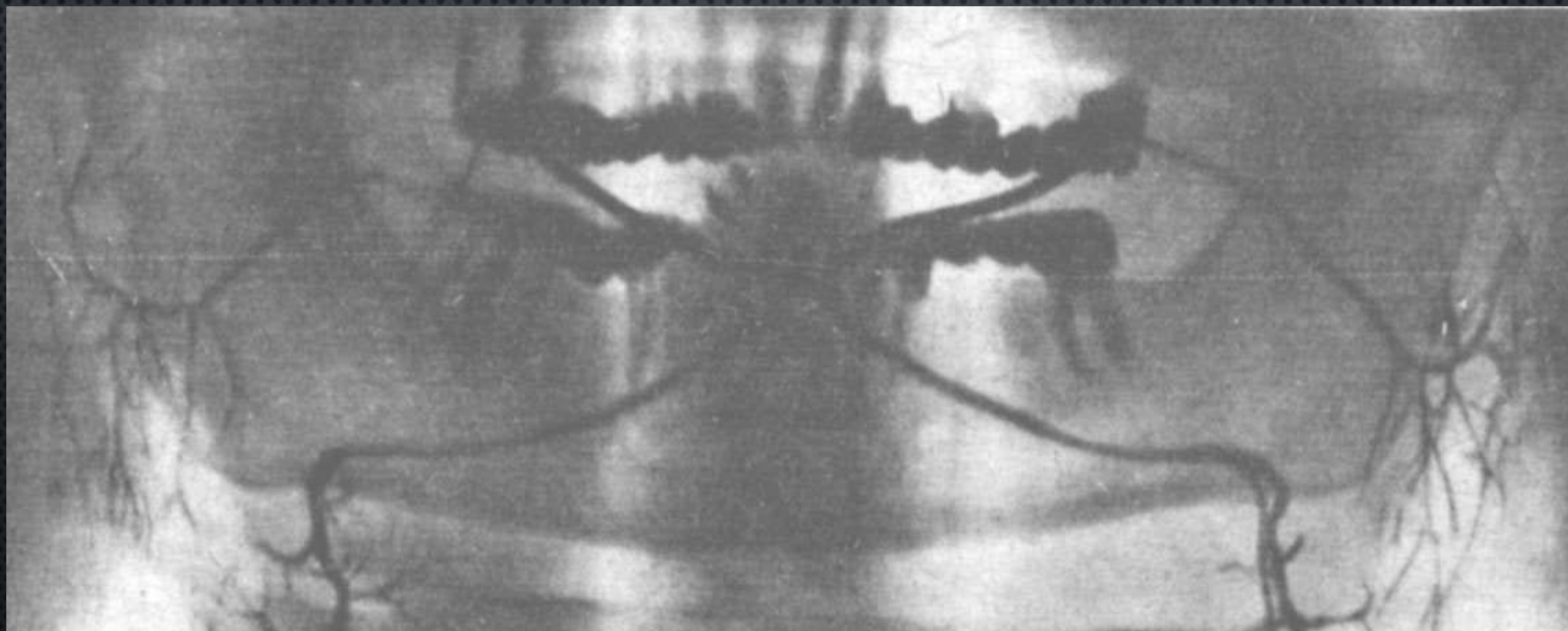
Для заповнення проток незміненої слинної залози
потрібно:

ПВЗ 1-2 (1,32 мл.);

ПНЩЗ 0,5-1,5 (0,89 мл.).

ВЛАСНІ МЕТОДИ

- ПАНТОМОСІАЛОГРАФІЯ



ВЛАСНІ МЕТОДИ

РОЗШИФРОВКА РЕЗУЛЬТАТІВ СІАЛОГРАФІЇ

ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ПАРЕНХІМИ ВСТАНОВЛЮЮТЬ:

- ЧІТКІСТЬ ТА РІВНОМІРНІСТЬ ЗОБРАЖЕННЯ;
- НАЯВНІСТЬ ДЕФЕКТУ ЗАПОВНЕННЯ;
- НАЯВНІСТЬ ПОРОЖНИН, ТА ЧІТКІСТЬ ЇХНІХ КОНТУРІВ.

ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ПРОТОК ВИЗНАЧАЮТЬ:

- ЗВУЖЕННЯ ПРОТОК I-V ПОРЯДКІВ (РІВНОМІРНЕ, НЕРІВНОМІРНЕ);
- РОЗШИРЕННЯ ПРОТОК I-V ПОРЯДКІВ (РІВНОМІРНЕ, НЕРІВНОМІРНЕ);
- РОЗШИРЕННЯ ГОЛОВНОЇ ВИВІДНОЇ ПРОТОКИ (РІВНОМІРНЕ, НЕРІВНОМІРНЕ);
- ЗМІЩЕННЯ ПРОТОК;
- ПЕРЕРИВЧАСТІСТЬ ПРОТОК;
- ЧІТКІСТЬ КОНТУРІВ ПРОТОК.

СПЕЦІАЛЬНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

- СТЕРЕОРЕНТГЕНОГРАФІЯ.
- СІАЛТОМОГРАФІЯ.
- СІАЛОГРАФІЯ З ПРЯМИМ ЗБІЛЬШЕННЯМ ЗОБРАЖЕННЯ.
- КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ.
- РАДІОСІАЛОГРАФІЯ.
- ЕХОСІАЛОГРАФІЯ (УЛЬТРАЗВУКОВА БІОЛОКАЦІЯ).
- ТЕРМОВІЗІОГРАФІЯ.
- МОРФОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ:
 - ДІАГНОСТИЧНА ПУНКЦІЯ (ЗАБІР МАТЕРІАЛУ НА ЦИТОЛОГІЮ);
 - ПУНКЦІЙНА БІОПСІЯ (ЗАБІР МАТЕРІАЛУ ДЛЯ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ).

СІАЛАДЕНІТИ

ГОСТРІ:

1. ГОСТРИЙ ВІРУСНИЙ СІАЛАДЕНІТ:

- ЕПІДЕМІЧНИЙ ПАРОТИТ (СВИНКА);
- ГРИПОЗНИЙ СІАЛАДЕНІТ;
- ВИКЛИКАНІ ВІРУСАМИ ЦИТОМЕГАЛІЇ, ГЕРПЕСА, КОКСАКИ ТА. ІН.)

2. ГОСТРИЙ БАКТЕРІАЛЬНИЙ СІАЛАДЕНІТ:

- ПОСТІНФЕКЦІЙНИЙ;
- ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ;
- ЛІМФОГЕННИЙ;
- КОНТАКТНИЙ;
- СІАЛАДЕНІТ, ЩО ВИНИКАЄ ВНАСЛІДОК ПОПАДАННЯ ІНОРОДНОГО ТІЛА.

Сіаладеніти

Лікування гострих сіаладенітів

Епідемічний: постільний режим, зігріваючі компреси, мазеві пов'язки, фізіотерапевтичні процедури (солюкс, УВЧ), ультрафіолетове опромінення, догляд за порожниною рота. Застосування інтерферону. При розвитку ускладнень застосування антибіотиків, оперативні методи.

Сіаладеніти

Лікування гострих сіаладенітів

Загальні принципи та методи комплексного лікування

- Слиногінна дієта (інколи призначають 1% розчин пілокарпіну гідрохлориду 5-6 крапель 3-4 рази на день).
- Компреси з 30 % розчином димексиду.
- Введення антибіотиків у вивідні протоки.
- Фізіотерапевтичні процедури: грілки, флюктооризація, УВЧ-терапія, масляні компреси.

При наростанні запальних явищ – новокаїн-антибіотикові блокади, антигістамінні, протизапальні препарати.

При абсцедуванні хірургічне лікування.

СІАЛАДЕНІТИ

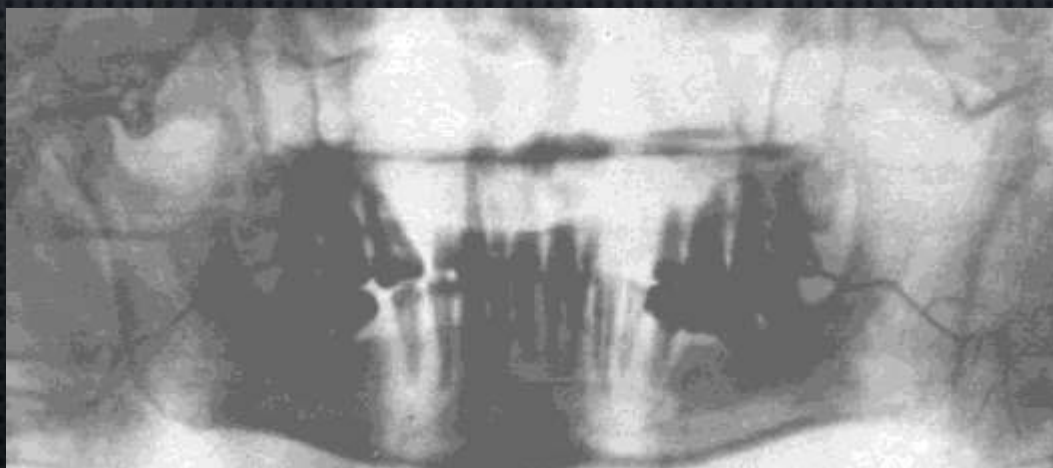
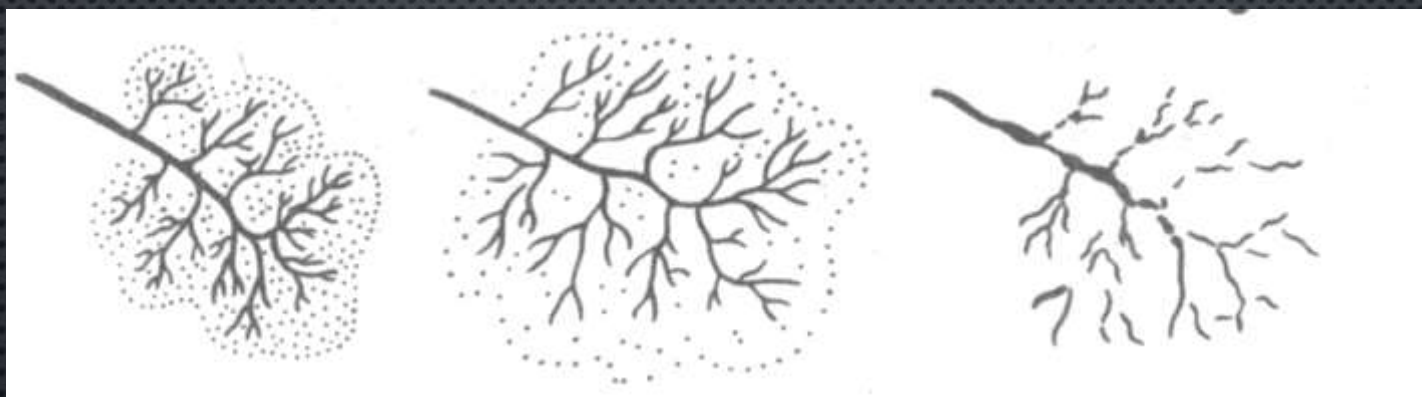
ХРОНІЧНІ СІАЛАДЕНІТИ:

- **ІНТЕРСТИЦІАЛЬНИЙ** (ХРОНІЧНИЙ ПРОДУКТИВНИЙ СІАЛАДЕНІТ, ХРОНІЧНИЙ СКЛЕРОЗУЮЧИЙ ПОАРОТИТ, ЗАПАЛЬНА ПУХЛИНА КЮТТНЕРА, ХРОНІЧНИЙ АТРОФІЧНИЙ СІАЛАДЕНІТ, ГОРМОНАЛЬНИЙ СІАЛОЗ ТА ІН.) 37,1 %.
- **ПАРЕНХІМАТОЗНИЙ** (ХРОНІЧНИЙ РЕЦИДИВУЮЧИЙ ПАРОТИТ, ХРОНІЧНИЙ СІАЛЕКТАТИЧНИЙ ПАРОТИТ, КІСТОЗНИЙ ПАРОТИТ, КИСТОЗНА ДИСПЛАЗІЯ, ДУКТУЛЯРНИЙ ПАРОТИТ) 32 %.
- **СІАЛОДОХІТ** (ФІБРИНОЗНИЙ СІАЛАДЕНІТ, ФІБРИНОЗНИЙ СІАЛОДОХІТ, ДУКТОЦЕЛЕ, ІДІОПАТИЧНА ДИЛЯТАЦІЯ ПРОТОК, ХРОНІЧНИЙ НЕЕПІДЕМІЧНИЙ ПАРОТИТ ТА ІН.) 30,8 %.

СІАЛАДЕНІТИ

Хронічні сіаладеніти

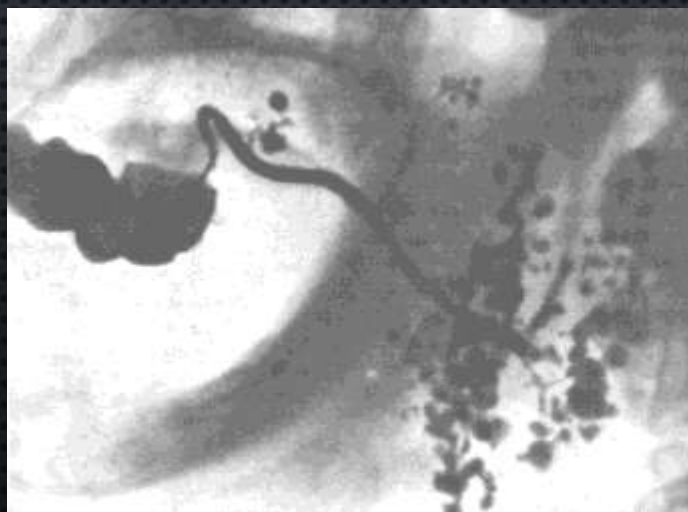
ІНТЕРСТИЦІАЛЬНИЙ



СІАЛАДЕНІТИ

Хронічні сіаладеніти

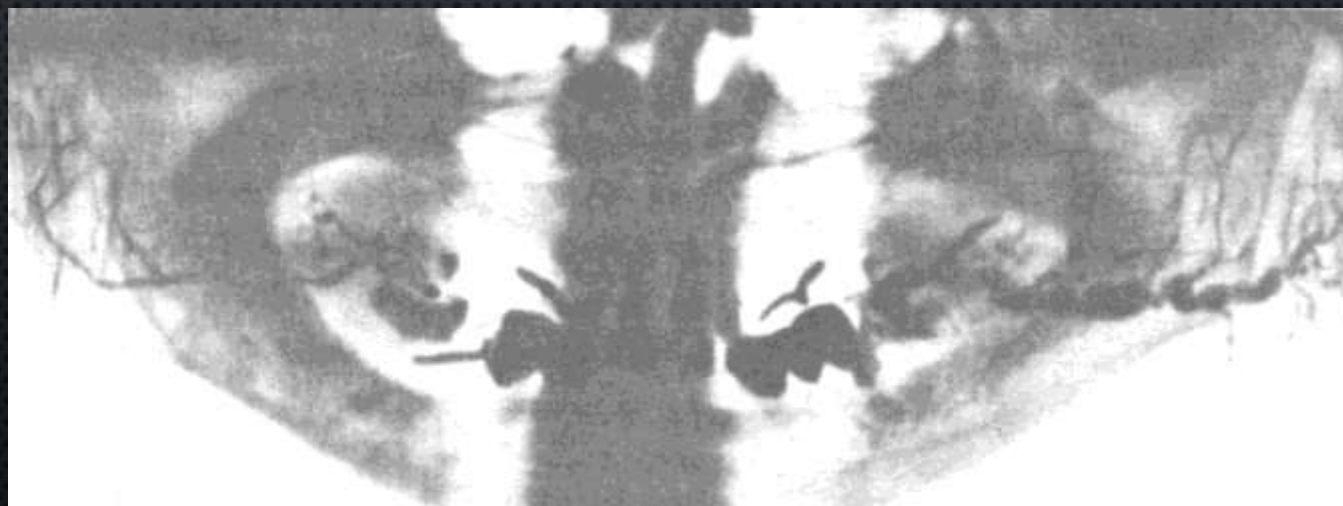
Паренхіматозний



Сіаладеніти

Хронічні сіаладеніти

Сіалодохит



ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ СІАЛАДЕНІТІВ

ПІДВИЩЕННЯ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ:

- ЛІКВІДАЦІЯ ХРОНІЧНИХ ОСЕРЕДКІВ ІНФЕКЦІЇ, РАЦІОНАЛЬНИЙ РЕЖИМ ДНЯ, УРІЗНОМАНІТНЕННЯ ХАРЧУВАННЯ;
- ЗАСТОСУВАННЯ ПОЛІВІТАМІННИХ КОМПЛЕКСІВ;
- ЗАСТОСУВАННЯ НУКЛЕЇНАТУ НАТРІЮ.

Застосування калію йодиду.

Новокаїнові блокади.

Компреси з димексидом.

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ СІАЛАДЕНІТІВ

- ЗАСТОСУВАННЯ ПІРОГЕНАЛУ.
- ЛІКУВАННЯ ГАЛАНТАМІНОМ.
- ЗАСТОСУВАННЯ АУТОВАКЦИН.
- ПРИ ЗАГОСТРЕННІ СІАЛАДЕНІТІВ, З УТВОРЕННЯМ ГНОЮ – ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБІОТИКІВ, ФЕРМЕНТІВ ЯК МІСЦЕВО, ТАК І ІН'ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ.
- ГАЛЬВАНІЗАЦІЯ.

ЛІКУВАННЯ СЛИННИХ ЗАЛОЗ



ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ СІАЛАДЕНІТІВ

ХІРУРГІЧНІ:

- БУЖУВАННЯ ПРОТОК.
- СУБТОТАЛЬНА АБО ТОТАЛЬНА РЕЗЕКЦІЯ ПРИВУШНОЇ ЗАЛОЗИ.
- ПЕРЕВ'ЯЗКА ПРИВУШНОЇ ПРОТОКИ.

СІАЛОЗИ

- ПОРУШЕННЯ ВИДІЛЬНОЇ ТА СЕКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЙ СЛИННИХ ЗАЛОЗ.
- ПОРУШЕННЯ В СЛИННИХ ЗАЛОЗАХ ПРИ НЕЙРОЕНДОКРИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ.
- ПОРУШЕННЯ В СЛИННИХ ЗАЛОЗАХ ПРИ АВТОІМУННИХ РЕВМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ (КОЛАГЕНОЗИ)

! Сіалози недовго протікають без ознак запалення і через певний час настає інфікування залози, розвивається сіаладеніт.

Порушення видільної та секреторної функцій слинних залоз.

- ГІПЕРСАЛІВАЦІЯ (ПТІАЛІЗМ, СІАЛОРЕЯ).
- ГІПОСАЛІВАЦІЯ (ГІПОСІАЛІЯ, ОЛІГОПТІАЛІЗМ, ОЛІГОСІАЛІЯ).

Порушення в слинних залозах при нейроендокринних захворюваннях.

- Збільшення слинних залоз при менструації, вагітності, годуванні дитини, клімаксі, патологічних гіпогонадних станах після гінекологічних операцій.
- Ознака Харвата – збільшення привушних залоз при цукровому діабеті.
- Ліпоматоз слинних залоз при гіпотиреоїдному стані, порушенні функції статевих залоз.

ПОРУШЕННЯ В СЛИННИХ ЗАЛОЗАХ ПРИ АВТОІМУННИХ РЕВМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ (КОЛАГЕНОЗИ)

- ХВОРОБА ТА СИНДРОМ МІКУЛІЧА.
- ХВОРОБА ТА СИНДРОМ ШЕГРЕНА.
- СИНДРОМ ХЕЄРФОРДТА.

МАЮТЬ СПІЛЬНІ ОЗНАКИ (СИСТЕМНЕ УРАЖЕННЯ
СЛІЗНИХ ТА СЛИННИХ ЗАЛОЗ, ТРИВАЛИЙ ХРОНІЧНИЙ
ПЕРЕБІГ ПРОЦЕСУ З ПЕРІОДИЧНИМ ЗАГОСТРЕННЯМ)
ПРИ ТОМУ, ЩО ЕТІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ РІЗНІ.

ХВОРОБА ТА СИНДРОМ МІКУЛІЧА.

ПОЄДНАНЕ ЗБІЛЬШЕННЯ СЛІЗНИХ ТА ВСІХ
СЛИННИХ ЗАЛОЗ НАЗИВАЮТЬ ХВОРОБОЮ
МІКУЛІЧА, А ЯКЩО ВОНО СПОСТЕРІГАЄТЬСЯ ПРИ
ЛЕЙКОЗІ, ЛІМФОГРАНУЛЕМАТОЗІ, ТУБЕРКУЛЬОЗІ,
СИФІЛІСІ, ЕНДОКРИННИХ ПОРУШЕННЯХ – ТО
СИНДРОМОМ .

ХВОРОБА ТА СИНДРОМ ШЕГРЕНА.

ХАРАКТЕРИЗУЄТЬСЯ ПОЄДНАННЯМ ОЗНАК
НЕДОСТАТНОСТІ ЗАЛОЗ ЗОВНІШНЬОЇ СЕКРЕЦІЇ:
СЛІЗНИХ, СЛИННИХ, ПОТОВИХ, САЛЬНИХ, СЛИЗОВИХ.

В СЛИННИХ ЗАЛОЗАХ ВІДБУВАЄТЬСЯ ПРОЛІФЕРАЦІЯ
МІОЕПІТЕЛІЮ ТА УТВОРЕННЯ ЕПІМІОЕПІТЕЛІАЛЬНИХ
ОСТРІВЦІВ НА ФОНІ ВИРАЖЕНОЇ ЛІМФОЇДНОЇ
ІНФІЛЬТРАЦІЇ СТРОМИ. ІНФІЛЬТРАТИ СКЛАДАЮТЬСЯ З
Т- ТА В-ЛІМФОЦИТІВ.

СИНДРОМ ХЕЄРФОРДТА.

ГАРЯЧКА УВЕОПАРОТИТНА – ХАРАКТЕРИЗУЄТЬСЯ ПОЄДНАННЯМ ДВОСТОРОННЬОГО ПАРОТИТУ ТА УВЕЇТУ.

В СЛИННИХ ЗАЛОЗАХ ВИЗНАЧАЮТЬСЯ ПРОЛІФЕРАТИВНО-ТУМОРОЗНІ ЗМІНИ СТРУКТУР СЛІЗНИХ ТА СЛИННИХ ЗАЛОЗ, НАЯВНІСТЬ ЕПІТЕЛОЇДНИХ ГРАНУЛЬОМ З ГІГАНТСЬКИМИ КЛІТИНАМИ.