

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет Стоматологічний  
Кафедра хірургічної стоматології



**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Проректор з науково-педагогічної роботи  
Світлана Котюжинська

1 » вересня 2022 р.

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА  
ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ  
З ВИБІРКОВОЇ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ  
«СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ  
СКРОНЕНИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ ТА СЛИННИХ ЗАЛОЗ»**

Факультет стоматологічний ,курс 3.

**Затверджено:**

Засіданням кафедри хірургічної стоматології  
Одеського національного медичного університету

Протокол № 8 від "28" серпня 2022 р.

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_ А.Г.Гулюк.  
(підпис)

**Розробники:** доцент Асмолова А.О.

# ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

## Практичне заняття № 1

**Тема.** Слинні залози: будова, функції, класифікація, топографія. Запальні захворювання слинних залоз некалькульозного генезу. Класифікація, пат. анатомія, клініка, сучасні методи дослідження при захворюваннях слинних залоз, лікування. - 6 год.

**Мета.** Забезпечити підготовку висококваліфікованих фахівців в галузі стоматології, а саме в хірургічній стоматології, здатних розв'язувати комплексні проблеми діагностики та лікування пацієнтів, які потребують діагностики та лікування захворювань слинних залоз.

Під час викладання дисципліни використовуються такі методи навчання: пояснення, мультимедійні презентації, фотозавдання, ситуаційне навчання, сім'юляційне навчання, усне опитування, тестування, виконання індивідуальних завдань, самостійна робота з підручником.

### 1. Актуальність теми

Запальні захворювання щелепно-лицьової області займають значне місце у хірургічній стоматології. Незважаючи на застосування антибіотиків, кількість гнійних захворювань та їх ускладнень постійно збільшується. Знання етіології, патогенезу та класифікації запальних захворювань щелепно-лицьової області є невід'ємною частиною щодо хірургічної стоматології.

### 2. Конкретні цілі:

- Аналізувати поширеність запальних процесів щелепно-лицьової області.
- Пояснювати причини виникнення запальних та дистрофічних уражень слинних залоз.
- класифікувати запальні та дистрофічні ураження слинних залоз.
- Тракувати дані рентгенологічних та патоморфологічних досліджень при запальних та дистрофічних ураженнях слинних залоз.
- Малювати схеми обстеження пацієнтів із різними формами запальних та дистрофічних уражень слинних залоз.
- Проаналізувати ускладнення, наслідки та прогноз при різних формах запальних та дистрофічних уражень слинних залоз.
- Скласти план обстеження та лікування хворих з патологією слинних залоз різного генезу.

### 3. Базові знання, вміння, навички, необхідні вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін. Отримані навички.

1. Етика та деонтологія. Встановити психологічний контакт із хворим.
2. Нормальна анатомія. Знати анатомічну будову щелеп та слинних залоз
3. Нормальна фізіологія. Знати функціональні можливості щелеп та слинних залоз у нормі.
4. Патоморфологія. Описувати морфофункціональні зміни в щелепах при запальних захворюваннях та слинних залозах при запальних та дистрофічних захворюваннях.
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб. Застосовувати методи обстеження хворого при різних видах запальних захворювань та патології слинних залоз
6. Рентгенологія. Вміти описати рентгенологічні знімки при запальних захворюваннях щелеп та патології слинних залоз.

Слинні залози діляться на головні та другорядні. Основні слинні залози парні, симетричної форми. Розрізняють привушну, підщелепну та під'язичну пару слинних залоз.

Малі слинні залози: піднебінні, язичні, губні, щічні, дна ротової порожнини і, у менших кількостях, слизової гортані та оболонки носової порожнини.

У слинних залозах можуть розвиватися різні запальні патології та злоякісні та доброякісні формування.

Вірусний паротит (свинка) - паротит є інфекційним захворюванням, викликаним вірусом *Paramyxovirus parotiditis*, який поширюється через слину. В основному хвороба зачіпає вушні залози, в більшості випадків з обох боків. Набухання, хворобливого на дотик.

Захворювання проходить спонтанно протягом 10-12 днів.

Гострий бактеріальний сіалоаденіт — бактеріальний паротит, який зазвичай викликається золотистим стафілококом. Найчастіше зустрічається у людей з імунодефіцитом або ослабленим організмом, а також у пацієнтів з калькульозним сіалолітазом, що призводить до застою та появи інфекції. Вона зачіпає в основному привушні залози і часто буває одностороннім.

Хронічний сіалоаденіт - розрізняють специфічні та неспецифічні форми. Неспецифічні форми протікають з мінімальними симптомами і призводять до атрофії залоз. Серед специфічних форм слід перерахувати туберкульозні, грибові та мікозні.

Лімфогенний сіалоаденіт. При лімфогенному поширенні інфекції нерідко відзначається ураження лімфоїдного апарату привушної залози. Джерелом інфекції може бути запальний процес у носоглотці, язика, нижній щелепі та зубах. Клінічно процес починається з хворобливого ущільнення будь-якої області привушної залози. Потім за легкої форми процесу ущільнення збільшується поступово протягом 2-3 тижнів, з'являється обмежена припухлість в області привушної залози відповідно до ущільнення за рахунок набряку тканин. У цей період захворювання можна відзначити невелике зниження слиновиділення, при цьому секрет каламутний, підвищеної в'язкості. Загальне стан у більшості хворих не порушується.

При цитологічному дослідженні секрету залози визначаються клітини запального ряду (нейтрофіли, лімфоцити, гістіоцити, макрофаги, плазматичні клітини), спостерігається підвищене злуццювання клітин плоского та циліндричного епітелію, поява клітин кубічного епітелію.

При середній тяжкості гострого лімфогенного паротиту температура тіла у хворого підвищується. В області ущільнення залози, що виникло з'являється значний набряк, біль посилюється, стає пульсуючим.

Шкіра, яка покриває залозу, червоніє, поступово спаюється з інфільтратом, і може настати мимовільне розтин гнійника. Після виділення гною запалення починає стихати. Іноді гнійник розкривається у протоки залози, і гній виділяється через гирло привушної протоки.

Розсмоктування запального інфільтрату йде дуже повільно, щільний вузол у ділянці залози може залишатися протягом кількох тижнів. При цьому з протоки виділяється макроскопічно не змінена слина. Цитологічно можна виявити ознаки гострого запалення.

При тяжкому перебігу лімфогенного паротиту після перших проявів хвороби у вигляді обмеженого ущільнення в привушній слинній залозі запальні явища починають швидко наростати. Часто настає абсцедування в залозі або розвивається флегмона.

**Загальні принципи лікування та профілактика гострого сіалоаденіту.**

Лікування хворих на гострий сіалоаденіт залежно від тяжкості процесу включає комплекс заходів, загальний для різних походженням гострих сіалоаденітів. При серозному запаленні лікувальні заходи мають бути спрямовані на припинення запальних явищ та на відновлення слиновиділення. Застосовують внутрішньо 3-4 рази на день по 5-6

крапель 1% розчину пілокарпіну гідрохлориду. У запалену слинну залозу через її протоку слід щодня вводити По 50 000 Од пеніциліну та 100 000 Од стрептоміцину в 1 мл 0,5% розчину новокаїну. У останні роки при лікуванні запальних захворювань застосовують ДМСО (диметилсульфоксид, димексид) у вигляді компресу на область вогнища запалення. ДМСО покращує мікроциркуляцію в тканинах, має анагетичну, протизапальну, протинабрякову, бактеріостатичну та бактерицидну дію. Компрес із 30% розчином димексиду| слід помістити на область запаленої залози на 20-30 хв. один раз на день і повторювати цю процедуру щодня протягом 5-10 днів до настання ефекту. Крім того, призначають фізіотерапевтичні процедури: грілки, флюктуоризацію, УВЧ-терапію, масляні компреси. При гангренозному сіалоаденіті та тяжкій формі перебігу показано термінове хірургічне втручання – розтин капсули; при цьому при операції на привушній залозі краще користуватися розрізом по Г.П.Ковтуновичу.

Профілактика гострого сіалоаденіту полягає у догляді за порожниною рота – іригації 0,5-1% розчином натрію гідрокарбонату та протирання ватяними або марлевими кульками слизової оболонки рота. З метою посилення саливації порожнину рота обробляють 0,5-1% лимонним розчином кислоти. У дієту включають продукти, що підвищують слиновиділення. Тестування..

1. Кровопостачання залишного сльонної .

- 1) a. maxillaris
- 2) a. Facialis
- 3) a. carotis externa
- 4) a. temporalis superfacialis +

2. КРОВОПОСТАЧАННЯ ПОД'ЯЗКОВОГО СЛЮННОГО ЗАЛОЗИ ЗДІЙСНЮЄТЬСЯ:

- 1) a. Facialis +
- 2) a. maxillaris
- 3) a. temporalis superfacialis
- 4) a. angularis nasi

3. ЗМІСТ ЛІЗОЦИМУ В СЛЮНІ ПРИ ГОСТОМУ ЗАПАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ

- 1) знижується
- 2) підвищується +
- 3) не змінюється
- 4) немає кореляційного зв'язку

4. ДОБА НОРМА СЛЮНИ ВИДІЛЮЄТЬСЯ

- 1) 0,5 – 2,0 літрів +
- 2) 0,1 – 0,5 літрів
- 3) більше 2,0 літрів
- 4) більше 3,0 літрів

5. PH ЗМІЩАНОЇ СЛЮНИ

- 1) лужний +
- 2) слаболужний
- 3) кислий
- 4) слабокислий

6. ІНКУБАЦІЙНИЙ ПЕРІОД ЕПІДЕМІЧНОГО ПАРОТИТУ КОЛИВАТИСЯ:

- 1) 1 тиждень
- 2) 1-2 тижня
- 3) 2-3 тижня +
- 4) більше 3 тижнів

7. ШЛЯХИ ПЕРЕДАЧІ ІНФЕКЦІЇ ПРИ ЕПІДЕМІЧНОМУ ПАРОТИТЕ

- 1). контактний,
- 2) повітряно – краплинний +
- 3) аліментарний,
- 4) трансмісивний

Завдання 1.

Хвора, 18 років, надійшла зі скаргами на біль та припухлість в області привушних слинних залоз, більше праворуч. Болі колючого характеру різко посилюються прийому їжі. Турбує також сухість у ротовій порожнині, загальна слабкість, нездужання, озноб, підвищення температури тіла до 38.0-38.5°C. Перелічені скарги з'явилися два дні тому, симптоми наростали. До цього моменту нічим не хворіла, не переохолоджувалася. З анамнезу виявлено, що близько місяця тому молодша сестра хворої перенесла епідемічний паротит, лікувалася під наглядом лікарів у домашніх умовах. Відкриття рота обмежене до 2,5-3,0 см, обидві привушні слинні залози збільшені в розмірах, злегка ущільнені, болючі при пальпації. Шкіра над ними у кольорі не змінена, збирається у складку. Права залоза збільшена переважно. Слизова оболонка в ділянці обох стенових проток гіперемована, набрякла. Устя проток гіперемовані, зяють. При масажі слинних залоз відзначається різка болючість, слина не виділяється.

Запитання:

- 1) Поставте діагноз, обґрунтуйте своє рішення.
- 2) Призначте лікування.
- 3) Розвитку яких ускладнень варто побоюватися.

Завдання 2.

Хворий, 28 років, надійшов зі скаргами на біль та припухлість в області привушних слинних залоз, більше ліворуч. Болі колючого характеру різко посилюються прийому їжі. Турбує також сухість у ротовій порожнині, загальна слабкість, нездужання, озноб, підвищення температури тіла до 38.0-38.5°C. З анамнезу виявлено, що два тижні тому мати хворого перенесла епідемічний паротит, лікувалася під наглядом лікарів у домашніх умовах.

Об'єктивно: відкриття рота обмежене до 2,0 см, обидві привушні слинні залози збільшені в розмірах, болючі при пальпації. Шкіра над ними у кольорі не змінена, збирається у складку. Ліва залоза збільшена переважно. Слизова оболонка в ділянці обох стенових проток гіперемована, набрякла. Устя проток гіперемовані, зяють. При масажі слинних залоз відзначається різка болючість, слина не виділяється.

Запитання:

- 1) Поставте діагноз, обґрунтуйте своє рішення.
- 2) Призначте лікування.
- 3) Розвитку яких ускладнень варто побоюватися.

Очікувані результати:

Студент повинен знати :

- анатомічні особливості будови порожнини рота та слинних залоз,
- фізіологія та патологія розвитку щелепно-лицевого апарату,
- основи хірургії,
- фізіологія та патофізіологія слинних залоз,
- принципи обстеження хворих: знати значення спеціальних та допоміжних методів обстеження для диференційної діагностики при захворюваннях слинних залоз,
- етіологію та патогенез захворювань слинних залоз та їх вплив на органи та системи людського організму,
- клінічні прояви захворювань слинних залоз
- показання до застосування різних методів лікування захворювань сиалоаденітів різного генезу, розробляти план та тактику лікування, встановлювати первинний (попередній) діагноз на основі аналізу одержаних результатів та визначати показання до

стоматологічних втручань.

**Література:**

**Основна:**

- 1.Хірургічна стоматологія та щелепно-лицьова хірургія: підручник / [В.А. Маланчук, О.С. Воловар, І.Ю. Гарляускайте та ін.] - К. : ЛОГОС, 2011. - Т.2. 672 с.
2. Бернадський Ю. І. Травматологія та відновна хірургія черепно-щелепно-лицьової області: навч. посіб. [3-ге вид., перераб. та дод.] / Бернадський Ю. І. - М.: Медицина, 2003. - 456 с
3. Тимофеев А. А. Керівництво з щелепно-лицьової хірургії та хірургічні стоматологи: підручник. [5-ге вид., перероб. та дод.] - К., 2012. - 1048 с.: іл.

**Додаткова:**

- 1.Рузін Г. П. Короткий курс лекцій з хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії / Геннадій Петрович Рузін - К. : «Книга плюс», 2006. - 231 с.
- 2.Невідкладна діагностика та лікувальна тактика в ургентній хірургії: навчальний посібник для студ. мед. ВНЗ та лікарів-інтернів / за ред. В.Д. Шейко - Полтава, 2007. - 161 с.

**Електронний ресурс:**

1. Електронний ресурс [vestnik.okb1.mplek.ru], - 2016.
2. Електронний ресурс [www.umj.com.ua] – 2015.