

Затверджено
на засіданні кафедри
дитячої хірургічної стоматології
від “ _____ ” _____ 2003 р.
протокол № _____

Зав. кафедрою _____ проф. Ткаченко П.І.

Дитяча хірургічна
стоматологія
стоматологічний
факультет IV курс

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ

ТЕМА: ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СЛИННИХ ЗАЛОЗ У ДІТЕЙ.

1. МЕТА ЛЕКЦІЇ: а) навчальна;
б) виховна.

2. МЕТОДОЛОГІЧНА, ЗАГАЛЬНООСВІТНЯ І ПРОФЕСІЙНА СПРЯМОВАНІСТЬ ЛЕКЦІЇ.

Діагностика та лікування захворювань слинних залоз у стоматологічній практиці є однією із актуальних проблем медицини, а етіологія і патогенез багатьох із них невідомі. Як стверджують деякі автори, кількість дітей з сіаладенітами серед усіх хворих з запальними процесами щелепно-лицевої ділянки складає 10-26,5 %. Згідно традиції, яка йде від академіка І.П. Павлова всі дослідження по фізіології та патології слинних залоз пов'язують з функціонуванням шлунково-кишкового тракту. За останнє десятиріччя отримала підтвердження гіпотеза щодо інкреторної функції великих слинних залоз, що ставить їх в ряд органів, які мають регуляторний вплив на різні функції організму. В теперішній час у зв'язку з можливістю інфікування вірусами СНІДу, сироваткового гепатиту та інш., великої актуальності набуває використання слини замість крові з діагностичною метою. Тому знання цієї патології необхідні кожному майбутньому лікарю-стоматологу.

Лекційний матеріал спрямований ознайомити студентів з сучасним станом етіології та патогенезу запальних захворювань слинних залоз, визначити особливості перебігу та лікування цієї патології.

Лектором надаються сучасні погляди щодо функції великих слинних залоз, наводиться класифікація запальних захворювань слинних залоз. Під час лекції студентам доводиться важливість загальних, приватних та спеціальних методів обстеження хворих, дається характеристика різних нозологічних форм та особливості їх лікування.

4. ХАРАКТЕРИСТИКА ЗВ'ЯЗКУ ЛЕКТОРА ЗІ СТУДЕНТАМИ:

- дати імпульс до формування у студентів головних принципів етики та деонтології на конкретному прикладі (демонстрування історії хвороби, рисуноків, кодограм);
- дати зразок виховання у студентів особистості, самостійності та активності при вирішенні питань деонтологічного підходу до хворої дитини;
- на підставі матеріалу лекції дати можливість розвинути у студентів почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій;
- розвинути у студентів уявлення про роль екологічних та професійних факторів у розвитку запальної патології слинних залоз.

5. ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ, ВИНЕСЕНИХ НА ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ:

- 1) Вікові особливості будови великих слинних залоз.
- 2) Функції великих слинних залоз.
- 3) Методи обстеження хворих з запальними процесами слинних залоз.
- 4) Класифікація сіаладенітів.
- 5) Клініко-діагностична характеристика гострих сіаладенітів.
- 6) Принципи та методика комплексного лікування гострого сіаладеніту.
- 7) Клініко-діагностична характеристика хронічних сіаладенітів.
- 8) Загальні принципи лікування та профілактики хронічного паренхіматозного паротиту.

6. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЛЕКЦІЇ:

№ п/п	Основні етапи лекції та їх зміст	Тип лекції. Засоби активізації студентів. Матеріали методичного забезпечення.	Розподіл часу
1	2	3	4
1.	<u>Підготовчий етап</u>		5 хв.
1.1	Визначення навчальних цілей	П.2	
1.2	Актуальність теми лекції	П.2	
1.3	Мотивація	П.2	

2.	<p><u>Основний етап</u> Викладання лекційного матеріалу за планом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Визначення понять: великі слинні залози, малі слинні залози, сіаладеніт, паротит, субмаксиліт. 2. Вікові особливості будови слинних залоз. 3. Функції великих слинних залоз. 4. Обстеження хворих з захворюваннями слинних залоз. 5. Класифікація сіаладенітів. 6. Клініко-діагностична характеристика гострих сіаладенітів. 7. Принципи і методика комплексного лікування гострого сіаладеніту. 8. Клініко-діагностична характеристика хронічних сіаладенітів. 9. Загальні принципи лікування та профілактики хронічного паренхіматозного паротиту. 	<p>Тематично-клінічна лекція з елементами проблемності</p> <p>Слайди.</p> <p>Слайди.</p> <p>Кодограма.</p> <p>Кодограма.</p> <p>Кодограма.</p> <p>Слайди, кодограми.</p> <p>Демонстрація історії хвороби, кодограма.</p> <p>Слайди, кодограми.</p> <p>Проблемні ситуації, кодограма.</p>	75 хв.
3.	<p><u>Заключний етап.</u> Резюме лекції</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Загальні висновки. 3.2. Відповіді на можливі запитання. 3.3. Завдання для самопідготовки студентів. 	<p>Перелік літератури:</p> <p>Денисов А.Б. Типовые формы патологии слюнных желез. -М., 1993. - 121 с.</p>	10 хв.

		<p>Робустова Т.Г. и соавт. Иммуный статус в полости рта /Метод. Рекомендации.-М.: ММСИ, 1993.- 28 с.</p> <p>Ромачева И.Ф. и соавт. Заболевания и повреждения слюнных желез.- М.: Медицина, 1987.-240 с.</p> <p>Рыбалов О.В., Ткаченко П.И. Воспалительные заболевания слюнных желез у детей /Метод. Рекомендации. – Полтава, 1991.- 36 с.</p>	
--	--	---	--

7. ОСНАЩЕННЯ ЛЕКЦІЇ:

слайди - 12

кодограми - 8

8. ТЕЗИ ЛЕКЦІЇ.

Кількість дітей з сіаладенітами серед усіх хворих з запальними процесами щелепно-лицевої ділянки складає 10 – 26,5%.

При діагностуванні гострих та хронічних сіаладенітів застосовують: загальні (необхідні при обстеженні всіх хворих), приватні (із визначеною патологією органа чи системи) і спеціальні (потребують особливих лікарських навичок та спеціальної апаратури для уточнення діагнозу) методи.

За класифікацією І.Ф. Ромачової (1987) сіаладеніти бувають:

I. Гострі сіаладеніти:

- 1) вірусний (епідемічний паротит, грипозний сіаладеніт);
- 2) бактеріальний:
 - інфекційний;
 - лімфогенний;
 - посттравматичний;
 - не з'ясованої етіології.

II. Хронічні сіаладеніти:

- 1) неспецифічні:

- інтерстиціальний;
- паренхіматозний;
- калькульозний;
- сіалодохіт.

2) специфічні:

- актиномікозний;
- туберкульозний;
- сифілітичний.

Епідемічний паротит – висококонтагіозне захворювання викликане фільтруючим вірусом, яке розповсюджується повітряно-крапельним шляхом. Пік захворюваності припадає на віковий період від 7 до 10 років.

Початок хвороби гострий: підвищення температури тіла до 38 – 39⁰, поява в привушній та позадущелепній ділянках припухлості м'яко-еластичної консистенції, болучої із однієї чи обох сторін. З'являється сухість в роті. Підвищення температури зберігається протягом 7-10 днів. Загальний стан супроводжується ознаками інтоксикації та подразнення ЦНС. Через 10-14 днів припухлість поступово піддається інволюції. Після хвороби виникає стійкий імунітет і не спостерігається переходу в хронічну стадію запалення.

Лікування епідемічного паротиту, в основному, симптоматичне. Необхідний ліжковий режим протягом 7-10 днів. На ділянку привушних залоз призначають теплові процедури: зігріваючі компреси, мазеві пов'язки, фізіотерапевтичні процедури. Порожнина рота потребує ретельного гігієнічного догляду.

Гострий бактеріальний сіаладеніт найчастіше виникає в привушних залозах у зв'язку із меншою кількістю муцина в слині, який перешкоджає проникненню мікрофлори із порожнини рота в протоки залози. Інфікування залози може відбуватися лімфогенним, гематогенним, дуктогенним чи контактним шляхом.

Гострий початок хвороби, припухлість слинної залози, біль під час їжі, гнійні виділення з вивідної протоки дозволяють поставити правильний діагноз. При цьому немає необхідності проводити сіалографію, яка у цих хворих викликає больові відчуття.

На початку захворювання при явищах серозного запалення і значному зниженні секреції слини, лікувальні заходи повинні бути спрямовані на ліквідацію запальних явищ та відновлення слиновиділення. З цією метою, окрім дієти призначають 3-4 рази в день прийом 5-6 кра-

пель 1% розчину пілокарпіну гідрохлориду. В протокову систему щоденно вводять розчини антибіотиків із новокаїном, лізоцим та інші препарати.

Хронічний паренхіматозний паротит зустрічається у 85% хворих, які мають хронічне запалення слинних залоз. Виникає на тлі зниження імунітету при вроджених змінах паренхіми залоз.

Захворювання має циклічний перебіг: 2-5 разів на рік загострення сіаладеніту на фоні простудних захворювань нагадують картину гострого запалення (збільшення та біль у ділянці слинної залози, виділення мутного секрету із вивідного протоку). Спостерігається зниження функції залози. Пальпаторно – залоза щільна, дрібнобугриста.

Сіалограма: порожнини округлої форми у ділянці паренхіми. Цитологічно: у секреті велика кількість клітин запального ряду.

Лікування:

- 1) корекція порушеного імунітету (вітамін групи В, натрію нуклеїнат, мікроелементи);
- 2) лікування фонових захворювань;
- 3) вплив на патологічний процес у слинній залозі (новокаїнові блокади, йодовмісні препарати, внутрішньопротокове введення протеолітичних ферментів, фізіотерапія).

ЛІТЕРАТУРА.

А) навчальна:

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – М.: Медицина, 2000. – 404 с.
2. Колесов А.А. Стоматология детского возраста. М.: Медицина, 1991. – 426 с.
3. Ромачева О.В. Заболевания и повреждения слюнных желез. – М.: Медицина, 1987. – 240 с.
4. Рыбалов О.В., Ткаченко П.И. Воспалительные заболевания слюнных желез у детей / Метод. рекомендации. – Полтава, 1991. – 36 с.
5. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – К.: Червона Рута – Турс, 1998. – Т.2. – 348 с.

Б) методична:

1. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки та проведення занять у медичних вузах. / Метод. рекомендації. – Київ, 1999. – 68 с.

Медичну розробку
лекції підготувала
доц. Гуржій О.В.

“ _____ ” _____ 2003 р.

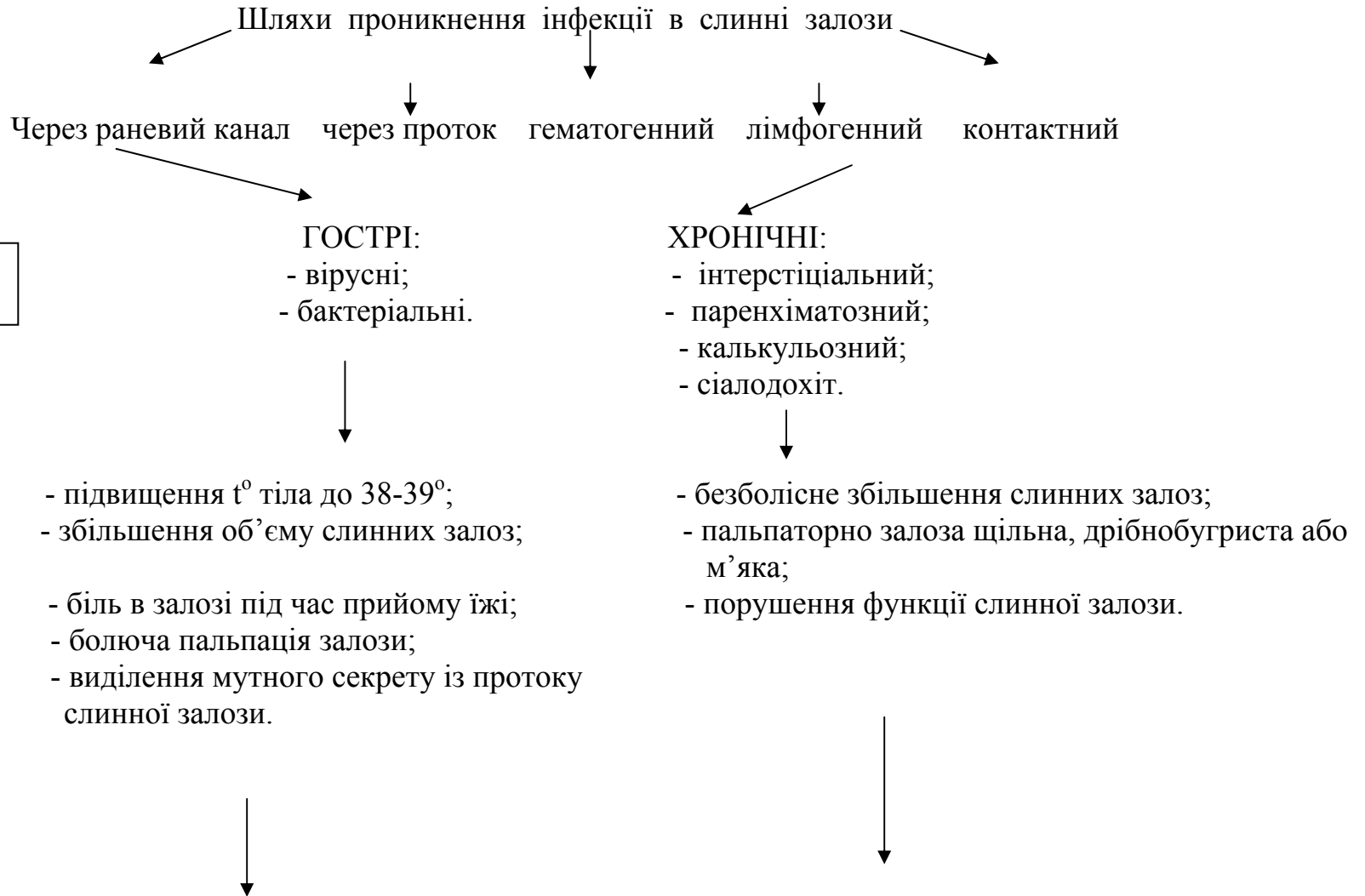
ГРАФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ЛЕКЦІЇ

Запальні захворювання слинних залоз (сіаладеніти)


ЕТИОЛОГІЯ


КЛАСИФІКАЦІЯ

КЛІНІКА



ЛІКУВАННЯ

- 
- дієта ;
 - масаж слинної залози;
 - введення в протокову систему розчинів антибіотиків, ферментів, антисептиків;
 - компреси та мазьові пов'язки на ділянку запальної залози;
 - пеніцилін – новокаїнові блокади;
 - фізіотерапія;
 - призначення антибактеріальних препаратів;
 - при гнійному процесі – оперативне лікування.

- 
- дієта;
 - масаж слинних залоз;
 - корекція порушеного імунітету;
 - лікування фонових захворювань ;
 - внутрішньопротокове введення препаратів;
 - електрофорез з 3-5% розчином йодиду калію;
 - видалення слинних камінців або слинної залози.

