

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Пациент К. 46 лет жалуется на сухость в полости рта, припухлость и ноющую боль в области правого ВНЧС, зуд и ощущение «песка» в глазах. Отмечает припухлость и болезненность суставов при движении. Из анамнеза выявлено, что данные жалобы появились около 6 месяцев назад.

При внешнем осмотре отмечается незначительный отек и болезненность при пальпации в области правого ВНЧС, при пальпации околоушной железы выделяется незначительное количество вязкой мутной слюны.

При осмотре полости рта слизистая оболочка полости рта сухая, мутная, блеск отсутствует. В углах рта – заеды. Полость рта не санирована, определяется наличие мягкого зубного налета и минерализованных зубных отложений.

К врачу не обращался, полоскал рот отваром ромашки.

1. Какой диагноз можно предположить в данной клинической ситуации?
2. Какие дополнительные методы обследования должен назначить стоматолог для уточнения диагноза?
3. Какие специалисты назначают комплексное лечение этого заболевания
4. Какие медикаментозные средства назначаются для стимуляции слюноотделения?

Эталон ответа

1. Новообразование околоушной слюнной железы, паротит, синдром или болезнь Шегрена.
2. - *Сиалометрия ОУСЖ* с использованием капсулы Лешли-Красногорского. Показателями нормы считают 2,5-6,0 мл секрета. При ксеростомии I степени выделяется 1,6-2,5 мл секрета; II степени - 1,50,6 мл и III - 0,5-0,0 мл.

Визуально оцениваются вязкость слюны и наличие в ней осадка: гноеподобного, пластов слущенного эпителия, растворимого и нерастворимого осадка.

У больных БШ преимущественно выявляют ксеростомию II-III степени, у больных СШ - I-II степени, секреция может быть в пределах нормы.

- *Подсчет количества функционирующих МСЖ*. В норме на нижней губе функционируют 18-21 МСЖ на площади квадрата 2×2 см. При БШ/СШ наблюдается снижение количества МСЖ, в поздней стадии заболевания

возможно отсутствие функционирующих МСЖ. При значительном снижении секреции больших СЖ число МСЖ может временно увеличиваться, что, вероятно, является компенсаторной реакцией организма, или их число уменьшается в зависимости от выраженности лимфоидной инфильтрации. У больных СШ по сравнению с БШ функциональная активность СЖ страдает в меньшей степени, что коррелирует с преобладанием начальной и выраженной стадии.

- *Сиалография*. Проводится в прямой и боковой проекциях железы с использованием подогревенного до температуры тела водорастворимого контрастного вещества, например омнипака, в количестве 2,5-3,5 мл. Состояние паренхимы СЖ на сиалограмме оценивают в прямой проекции, а состояние протоков - в боковой. У пациентов с БШ/СШ наиболее часто выявляется картина паренхиматозного паротита, а выраженность изменений нарастает в зависимости от стадии заболевания. У 20% больных СШ на сиалограммах отмечают признаки сиалодохита. У больных БШ, особенно в поздней стадии заболевания, чаще отмечают признаки нечеткости, размытости контуров протоков в виде пылающей ветви, особенно у пациентов с криоглобулинемией. При БШ/СШ основным признаком является нечеткость заполнения протоков и полостей по сравнению с самостоятельным заболеванием СЖ - паренхиматозным паротитом или сиалодохитом (рис. 9.48-9.49).

- *Биопсия МСЖ нижней губы*. Морфологическое исследование осуществляют с применением гистологических (окраска гематоксилин-эозином, пикрофуксином по Ван Гизону) и гистохимических (PAS-реакция или окраска муцикармином) методов. При патоморфологическом исследовании у пациентов с БШ/СШ выявляется лимфоплазматическая инфильтрация с выраженным разрушением ацинарной ткани и значительным изменением эпителия системы протоков, степень выраженности которых нарастает с развитием заболевания. Локализация инфильтрата периудуктальная, с образованием очагов воспаления с их распространением в ацинарную ткань. За очаг воспаления принимают наличие более 50 лимфоидных клеток в поле зрения. Указанные изменения имеются не менее чем в трех дольках МСЖ.

3. Лечение больных необходимо проводить при совместном участии ревматолога, стоматолога, офтальмолога, гастроэнтеролога и врачей других специальностей в зависимости от патологии органов и систем. Терапия осуществляется в зависимости от активности и стадии заболевания.
4. Для стимуляции слюноотделения используют:

- аппликации 30% раствора диметилсульфоксида (Димексида^{*}) на область СЖ, всего 8-10 процедур по 30-40 мин в виде компрессов утром и вечером;
- блокады в области ОУСЖ, 5-8 процедур с каждой стороны с 30 мл 0,5% раствора прокaina (Новокаина^{*}) с добавлением 60 мкг витамина В₁₂ или 4 мл раствора этилметилгидроксипиридина сукцината (Мексидола^{*});
- для улучшения тканевой микроциркуляции используют никотиноил γ - аминомасляную кислоту (Пикамилон^{*}) в дозе 50 мг по 1 таблетке 2-3 раза в сутки в течение 2 мес. После месячного курса дополнительно назначают никотиновую кислоту по 0,05 г 2 раза в сутки в течение месяца;
- для стимуляции функции МСЖ рекомендуется натощак рассасывать по 2 таблетки панкреатина, в состав которого входят трипсин и амилаза, способствующие разжижению секрета и лучшей его эвакуации. Медикаментозная стимуляция слюноотделения у больных БШ/СШ не рекомендуется, так как может вызвать выход слюны через разрушенные стенки протоков в интерстициальную ткань и тем самым усилить воспаление. На поздней стадии БШ стимуляция секрета бесполезна;
- при повышенной вязкости слюны и ее пенистости для разжижения слюны назначают внутрь бромгексин по 2 таблетки 2 раза в сутки в течение месяца;
- в качестве заменителей слюны используют искусственную слюну для обработки слизистой оболочки полости рта. в виде различных гелей и спреев:
- Bioten Oral balance Moisturizing Gel, гель Dentaid Xeros, флюокаль гель, гель Xerostom.
- Зубные пасты: Biotene Gentle Mint (fluoride toothpast), Dentaid Xeros, Thera Breath.
- Различные спреи: Hyposalix, Biotene Moisturizing Mout Spray, Dentaid Xeros, Bioxtra, Aquaoral.
- Ополаскиватели полости рта: Biotene Dry Mout Oral Rinse, Dentaid Xeros, «Листерин».
- Наиболее эффективно использование комплекса TX PP XEROSTOM, состоящего из зубной пасты Toohopaste, ополаскивателя XEROSTOM Mouthwash, спрея для полости рта XEROSTOM Mouth Spray, ротового геля XEROSTOM Gel, пастилки для жевания XEROSTOM Pastilles и жевательной резинки XEROSTOM Dental gum.

Обязательны санация полости рта, профессиональная гигиена и диспансерное наблюдение.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

Пациент А. 63 лет жалуется на сухость слизистой оболочки в полости рта и красной каймы губ, невозможность разжевывания пищи. Сухость в полости рта беспокоит пациента в течение суток без видимых причин, что влечет за собой необходимость запивать любую пищу и смачивать рот жидкостью, возникают трудности при разговоре.

При осмотре: слизистая оболочка полости рта ярко-розовая, сухая. Свободной слюны нет. При массировании больших слюнных желез из протоков секрет не появляется или выделяется мутная капля. При обследовании твердых тканей зубов: множественный прогрессирующий пришеечный кариес, большое количество мягкого зубного налета и минерализованных зубных отложений. Десна застойно-гиперемирована, отечна, легко кровоточит при зондировании.

1. Какой диагноз можно предположить в данной клинической ситуации?
2. Какие дополнительные методы обследования должен назначить стоматолог для уточнения диагноза?
3. Каковы принципы лечения этого заболевания?
4. Какие медикаментозные средства назначаются для стимуляции слюноотделения?

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Пациентка Д. 48 лет жалуется на сухость в полости рта при разговоре, а также периодически - в состоянии покоя. Присутствует постоянная необходимость запивать сухую пищу. Предъявляет жалобы на изменение вкуса.

Объективно выявляется: сухость губ, наличие трещин и плотно сидящих чешуек и корок. Поверхность языка дольчатая, с множеством щелей. Слизистая оболочка ярко-красного цвета, не блестит. Свободной слюны мало она имеет пенистый, вязкий характер. При массировании больших слюнных желез из протоков выделяется скучное количество вязкой слюны. Полость рта не санирована, множественный кариес.

1. Какой диагноз можно предположить в данной клинической ситуации?

2. Какие дополнительные методы обследования должен назначить стоматолог для уточнения диагноза?
3. Каковы принципы лечения этого заболевания?
4. Какие медикаментозные средства назначаются для стимуляции слюноотделения?

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Пациентка В. 53 лет обратилась в клинику с целью профилактического осмотра. Жалобы на сухость слизистой оболочки нет в данный момент, но во время опроса выявлено, что пациентка пищу всегда запивает жидкостью.

Из анамнеза: периодически появляется сухость в полости рта при физическом и эмоциональном напряжении, а также желание распределить слюну во рту языком. Неприятные ощущения на языке, на слизистой оболочке полости рта беспокоят приблизительно в течение 2-х лет.

При осмотре: слизистая оболочка бледно-розового цвета, равномерно увлажнена. Из протоков слюнных желез при массировании слюнных желез выделяется прозрачный секрет в обычном количестве, при обследовании твердых тканей зубов - единичный кариес различных локализаций.

1. Какой диагноз можно предположить в данной клинической ситуации?
2. Какие дополнительные методы обследования должен назначить стоматолог для уточнения диагноза?
3. Каковы принципы лечения этого заболевания?
4. Какие медикаментозные средства назначаются для стимуляции слюноотделения?

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Пациентка Г. 37 лет жалуется на сухость во рту при разговоре, физической нагрузке и волнении, на ощущения жжения, "царапины" и "песка" в глазах. Отмечает зуд и покраснение век.

При внешнем осмотре: веки обоих глаз гиперемированы, отечны; отмечается скопление в углах вязкого белого отделяемого. Склеры глаз гиперемированы.

При осмотре: слизистая оболочка бледно-розового цвета, равномерно увлажнена. Из протоков слюнных желез при массировании слюнных желез

выделяется прозрачный секрет в обычном количестве. При обследовании твердых тканей зубов - единичный кариес различных локализаций.

1. Какой диагноз можно предположить в данной клинической ситуации?
2. Какие дополнительные методы обследования должен назначить стоматолог для уточнения диагноза?
3. Каковы принципы лечения этого заболевания?
4. Какие медикаментозные средства назначаются для стимуляции слюноотделения?

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

Пациент З. 62 лет жалуется на постоянную сухость во рту, сопровождается потребностью запивать сухую пищу, желанием увлажнить рот во время разговора; на ощущения жжения, «царапины» и «песка» в глазах, зуд век, покраснение, скопления в углах вязкого белого отделяемого. Периодически проявляется светобоязнь, постепенно снижается острота зрения.

При внешнем осмотре: веки обоих глаз гиперемированы и отечны, глазные щели сужены, скопление в углах глаз белого отделяемого. Регионарные лимфоузлы увеличены, болезненны, подвижны при пальпации. Красная кайма губ сухая, покрыта плотно сидящими чешуйками и корками. В углах рта – заеды.

При осмотре полости рта: слизистая оболочка ярко-красного цвета, сухая, без блеска. Язык сухой. Свободной слюны мало, она пенистая и вязкая. Десна гиперемирована, отечна, легко кровоточит при зондировании; наличие зубных отложений в большом количестве. Множественный кариес. При пальпации слюнных желез – слюна практически не выделяется.

1. Какой диагноз можно предположить в данной клинической ситуации?
2. Какие дополнительные методы обследования должен назначить стоматолог для уточнения диагноза?
3. Каковы принципы лечения этого заболевания?
4. Какие медикаментозные средства назначаются для стимуляции слюноотделения?

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

Пациент К. 83 лет жалуется на сухость слизистой оболочки в полости рта и красной каймы губ, невозможность разжевывания пищи. Сухость в полости рта беспокоит постоянно, что влечет за собой необходимость запивать любую пищу и смачивать рот жидкостью; возникают трудности при разговоре.

При осмотре: слизистая оболочка полости рта ярко-розовая, сухая. Свободной слюны нет. При массировании больших слюнных желез из протоков секрет не появляется или выделяется мутная капля.

При обследовании твердых тканей зубов: на верхней челюсти - полный съемный протез, в области 3.5, 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 и 4.5 зубов - множественный прогрессирующий пришеечный кариес, большое количество мягкого зубного налета и минерализованных зубных отложений. Десна застойно-гиперемирована, отечна, легко кровоточит при зондировании.

1. Какой диагноз можно предположить в данной клинической ситуации?
2. Какие дополнительные методы обследования должен назначить стоматолог для уточнения диагноза?
3. Каковы принципы лечения этого заболевания?
4. Какие медикаментозные средства назначаются для стимуляции слюноотделения?

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8

Пациент С. 46 лет жалуется на сухость в полости рта, на боль и припухлость возле ушной раковины справа.

Анамнез: 3 дня назад возникла припухлость в этой области, которая постепенно увеличивалась в размере, уплотнилась. Отмечал подъем температуры до 38 градусов. Ранее периодически возникала отечность, но самостоятельно проходила.

Объективно: правая слюнная железа увеличена, болезненна. Кожа над ней в цвете не изменена, в складку собирается. Открывание рта свободное. При массировании правой околоушной слюнной железы из ее протока выделяется гной.

1. Какой диагноз можно предположить в данной клинической ситуации?

2. Какие дополнительные методы обследования должен назначить стоматолог для уточнения диагноза?
3. Каковы принципы лечения этого заболевания?