

DOI: <https://doi.org/10.36719/2663-4619/113/262-266>

Tahir Gözəlov

Bakı, Azərbaycan

<https://orcid.org/0009-0004-2137-4420>

tahir.g380@gmail.com

Sialadenitlər və Tüpürcək daşı xəstəliyinin diaqnostikası və müalicəsi

Xülasə

Sialadenitlər ən çox 50-70 yaşlı kişilərdə rastlanır. Rastlanma tezliyi hər 10.000 nəfərə 0,173-dür. İltihablaşmış vəzilərdə daha çox şişkinlik, həssaslıq və indurasiyanın birləşməsi özünü göstərir və tez-tez onların müvafiq kanallarından irinli axıntı müşayiət olunur. *Staphylococcus aureus* sialadenitə ən çox səbəb olan bakteriyadır. Sialadenit üçün risk faktorlarına şəkərli diabet, HIV infeksiyası, ağız boşluğunun gigiyenası və xroniki xerostomiya daxildir.

Sialolitiaz (tüpürcək daşı xəstəliyi) ən çox görülən obstruktiv tüpürcək vəzi xəstəliyidir. Sialolitiaz tüpürcək vəzilərinin kanal sistemlərində daşların əmələ gəlməsini ilə yaranır. Sialolitiazlı xəstələr tez-tez yeməkdən sonra şişlik və ağrı və təkrarlanan kəskin irinli sialadenit anamnezi ilə müraciət edirlər. Yaranma səbəblərinə maddələr mübadiləsinin pozulması, hipovitaminizmlər, ağız suyunun fiziki-kimyəvi dəyişiklikləri, axacağın yad cismə tutulması və bəzi dərmanların təsirini misal göstərmək olar.

Açar sözlər: *Sialadenitlər, iltihabi xəstəliklər, tüpürcək daşı xəstəliyi, çənəaltı, dilaltı*

Tahir Gozalov

Bakı, Azərbaycan

<https://orcid.org/0009-0004-2137-4420>

tahir.g380@gmail.com

Diagnosis and Treatment of Sialadenitis and Sialolithiasis

Abstract

Sialadenitis is most commonly observed in men aged 50–70 years. Its incidence rate is 0.173 per 10,000 individuals. In inflamed glands, swelling, tenderness, and induration are commonly seen, often accompanied by purulent discharge from the respective ducts. *Staphylococcus aureus* is the most frequently implicated bacterium in sialadenitis. Risk factors for sialadenitis include diabetes mellitus, HIV infection, poor oral hygiene, and chronic xerostomia.

Sialolithiasis (salivary stone disease) is the most common obstructive salivary gland disorder. It occurs due to the formation of stones within the ductal system of the salivary glands. Patients with sialolithiasis often present with swelling and pain after meals and a history of recurrent acute suppurative sialadenitis. Causes may include metabolic disorders, hypovitaminosis, physicochemical changes in saliva, obstruction of the duct by foreign bodies, and the effects of certain medications.

Keywords: *Sialadenitis, inflammatory diseases, salivary stone disease, submandibular, sublingual*

Giriş

Ağız suyu vəzilərinin iltihabi xəstəliyi Sialadenit, tüpürcək daşlarının yaranması isə Sialolitiaz adlanır. Ağız suyu qidaların həzmindən tutmuş, ağız boşluğunun immun müdafiyyəsinə kimi çox önəmli funksiyaları olub, ağız suyu vəziləri tərəfindən sintez olunur. Qısa məlumat versək, ağız suyu vəziləri 3 cütü böyük olmaqla irili-xırdalı yüzrlə saydadır. İri ağızsuyu vəziləri Parotis (Qulaqətrafi). Submandibular (Çənəaltı) və Sublingual (Dilaltı) vəzilərdir (şəkil 1). Ağız suyu tərkibcə 99 % sudan, eləcə də fermentlərdən, hormonlardan, mikroorqanizmlər və onların mübadilə məhsullarından ibarətdir.



Şəkil 1. Ağız suyu vəzilərinin yerləşimi.

Xəstəliklərin diaqnostikası. Anamnez və fiziki müayinə xəstələrdə sialodenitin səbəbinin müəyyən edilməsində əsas rol oynayır. Qiymətləndirilməli olan əsas məqamlar gedişatın kəskin və ya xroniki olub-olmaması, vəzilərin ölçüsündə olan dəyişikliklər, ağrı və ya hərarətin olması, həmçinin xəstələrin qəbul etdiyi dərmanlar haqqında məlumatdır. Sialadenitin diaqnozu üçün ümumiyyətlə laboratoriya müayinəsinə ehtiyac yoxdur. Şögren sindromunda şübhəli əlamət olan davamlı xerostomiya hallarında, anti-SSA (həmçinin anti-Ro kimi tanınır) anticisimləri üçün müsbət seroloji test nəticələri otoimmün prosesi göstərir. Abseslə bağlı narahatlıqlar varsa, qanın ümumi və seroloji analizləri aparıla bilər (Yusubov, & Bilalzadə, 2011).

Tədqiqat

Sialolitiazin diaqnozu xəstələrin klinik müayinəsi və anamnezi ilə müəyyənləşir.

Xəstəliklərin Klinikası.

Klinik gedişinə görə Sialodenitlər iki qrupa bölünür:

- 1) kəskin sialodenitlər
- 2) xroniki sialodenitlər

İltihabi proses qulaqatrafı vəzilərdə baş verirsə Parotit, Çənəaltı vəzidə baş verərsə Submaksillit adlanır. İnsanlar arasında daha çox Parotit rastlanır. İnfeksiya odontogen, hematogen və limfogen yolla vəzilərə keçə bilər. Və yaxud hər hansı bir xəstəlik fonunda mədədə bağırsaqda və qida borusunda aparılan cərrahi əməliyyat zamanı nevrogen mexanizmlə, uşaqlarda rast gəlinən infeksiya xəstəlik zamanı vəzilərdə iltihab yarana bilər (Məmmədov, Paşayev, Həsənov, & Həməzəyev, 2017).

İltihabi prosesin xarakterinə görə seroz, irinli və qanqrenoz formaları var.

Kəskin sialodenitin etio-patogenik xüsusiyyətlərinə görə aşağıdakı formaları var:

1) kəskin bakterial sialodenitlər-bir çox bakterial infeksiyalar zamanı (qarın yatalağı, epidemik səpkili yatalaq və s.) və həmçinin bəzi cərrahi əməliyyatlardan sonra onların ağırlaşması kimi baş verə bilər. Ona görə də bu formaya postinfeksiya və ya əməliyyat sonrası sialodenitlərdə deyirlər.

2) Qrippoz sialodenitlər-qrip xəstəliyinin ağırlaşması fonunda baş verir. həm kiçik həm də böyük ağız suyu vəzilərinə iltihab baş verir.

3) limfogen sialodenitlər-yaxınlıqdakı iltihabın limfa yolu ilə vəzilərin limfogen strukturuna keçməsi zamanı baş verir.

Kontakt sialodenitlər-bilavasitə yaxınlıqdakı üzvlərin irinli-iltihabi prosesi zamanı iltihabın kontakt yolla vəzi strukturuna keçməsi nəticəsində baş verir (Vəliyev, 2010).

Epidemik parotit. Xəstəlik 7-10 yaşlı uşaqlarda daha çox rastlanır. 72% hallarda ikitərəfli zədələnmə qeydə alınır. Törədiciyə RNT tərkibli parakmiksoviruslardır. Virus hava-damcı yoluyla yoluxur. Virusun inkubasiya dövrü 2-3 həftə çəkir. Kliniki gedişinə görə yüngül, orta və ağır formaları var.

Yüngül formada vəzidə şişkinlik müşahidə olunur. palpasiya az ağrılı olur. bir həftə sonra ağrılıda itir (Yoskovitch, 2024).

Orta ağır formada uşaqlarda ağrılı şişkinliklə bərabər baş ağrısı, halsızlıq və titrəmə müşahidə olunur. Temperatur 37,7-38,2 dərəcəyə kimi qalxır. Ağız suyu ifrazı azalır. 3-5 gün sonra əlamətlər sönməyə başlayır.

Ağır formada hər iki vəzidə ağrılı palpasiya, bərk konsistensiya, yayılmış xarakter daşıyan şişkinlik müşahidə olunur. Sekret ifrazı kəskin azalır, temperatur 38,5-40 dərəcəyə kimi qalxır.

Sağalma 10-12 gün sonra baş verir. Epidemik parotit-meningit, ensefalit, göz və üz sinirinin zədələnməsi kimi ağırlaşmalar verə bilər. Əsa ağırlaşmalar karlaşma və pankreatitdir (Sivers, & Som, 1998).



Şəkil 2. Sol qulaqətrafı vəzidə yaranan iltihablaşma.

Xəstəlik kəskin formanın nəticəsində, aparılmayan düzgün müalicə zamanı, anadangəlmə xəstəliklər, autoimmun proseslər və immun sistemində olan çatışmazlıqlar fonunda yaranır. Vəzi toxumasında diffuz şəkildə iltihabı dəyişikliklər və birləşdirici toxumanın inkişafı ilə sklerozlaşma müşahidə olunur.

İltihabın gedişində aktiv (kəskinləşmə fazası) və qeyri-aktiv (remissiya) mərhələləri ayrılmalıdır.

İltihabın vəzdəki lokalizə yerlinə görə sialodenitləri 3 qrupa bölmək olar.

- 1) Parenximatöz sialodenitlər
- 2) İnterstisial sialodenitlər
- 3) Axacaq sialodenitləri və ya xroniki sialodoksitlər.

Parenximatöz sialodenitlərdə iltihab vəzin parenximasında lokalizə olunur. Adətən birtərəfli bəzən ikitərəfli ola bilər. Əmələ gəlmə səbəbi vəzin strukturunun anadangəlmə kistaları və displaziyası, ağızsuyu ifrazının pozulması və durğunluğu (retensiyası), axacaqlar vasitəsilə infeksiyanın düşməsi nəticəsində baş verir. Proses özü isə ağır keçir. Vəzin konsistensiyası bərk olur. Palpator müayinə ağrılı olur. Axacaqlardan irin ifraz olunur (Virmani, & Dabholkar, 2019).

İnterstisial sialodenitlər vəzin stromasında iltihabın yerləşməsi zamanı baş verir. Əsas əmələ gəlmə səbəbi orqanizmdə baş verən metabolik xəstəliklərdir (şəkərli diabet, həzm traktı xəstəlikləri və s.).

Axacaq sialodeniti -əsasən yaşlı şəxslərdə daha çox rastlanır. vəz axacaqlarının anadangəlmə genişlənməsi fonunda baş verir. Vəzi axacaqları ektaziya vəziyyətində olur və məfəzlərinə neyrotrofillər,

deskvamasiya olmuş epitellər, sapabənzər fibrin telləri çökür. Bəzən axacq mənfəzi selikli və ya fibrinoz tıxacla tutulmuş olur (obturaliya).

Tüpürcək daşı xəstəliyi (sialolitiaz) 80-90 % hallarda submandibulyar vəzidə, 10-15 % hallarda parotisdə və nadirən sublingual və kiçik vəzilərdə rastlanır. Submandibulyar vəzidə daha çox rastlanmasının səbələri aşağıdakılardır (Lucarelli, Perandini, Borsato, Strazimiri, & Montemezzi, 2018):

- 1) Wharton kanalının digərlərindən daha uzun olması
- 2) Kanalın birdən çox bölgəyə açılması
- 3) Ağız dibinə açılan kanal ağzının dar olması
- 4) Sekret tərkibinin pH dəyərinin az olması və tərkibində daha çox calsiumun olması
- 5) İfraz istiqamətinin yer çəkiminə əks olmasıdır.



Şəkil 3. Submandibulyar vəzidə rastlanan tüpürcək daşı.

Parotisdə əmələ gələn daşlar daha kiçik ölçülü və adətən stromada bir neçə dənə rastlanır.

Tüpürcək kalsiumla zəngin olduğundan onlar adətən kalsium fosfat və hidroksiapatitdən ibarətdir.



Şəkil 4. Parotisdə rastlanan çoxsaylı daşlar.

Müalicə. Sialodenitlərin müalicəsi antibakterial terapiya, daxilə təyin olunan polivitaminlər, 30%-li dimeksidlə kompress, axacaqda fermentlərin yerləşdirilməsi, vəzin antiseptiklərlə yuyulması və digər tədbirlərdən ibarətdir. Uşaqlar dispanser nəzarətdə olmalıdır.

Sialolitizmin müalicəsi daşın cərrahi yolla çıxarılmasından ibarətdir. Əgər daş vəzin parenximasındadırsa və tez-tez residiv verirsə bu zaman vəzlə birlikdə çıxarılmalıdır.

Əməliyyat texnikası aşağıdakı kimidir (Hammett, & Walker, 2024).

Nəticə

Sialodenitlər uşaqlarda, daha çox da parotis vəzidə rastlanır. Sialolitiazlar isə əsasən submandibulyar vəzidə, axacaqların tutulması və ifrazatın pozulması fonunda baş verir. Sialodenitlər əsasən konservativ yolla, sialolitiazlar isə daha çox cərrahi yolla müalicə olunur.



Şəkil 5. Tüpürcək vəzi kanalının endoskopik görünüşü.

Ədəbiyyat

1. Yusubov, Y. Ə., & Bilalzadə, S. Y. (2011). *Üz-çənə cərrahiyəsi və cərrahi stomatologiya*. Bakı.
2. Məmmədov, R. M., Paşayev, A. Ç., Həsənov, V. M., & Həməzəyev, B. M. (2017). *Terapevtik stomatologiya*. (Dərslik). Bakı.
3. Vəliyev, M. (2010). *Terapevtik stomatologiya (Təməl biliklər)* (Dərs vəsaiti). Bakı.
4. Yoskovitch, A. (2024, August 15). Submandibular sialadenitis/sialadenosis: Treatment & management. In A. D. Meyers (Ed.), *Medscape*. <https://www.medscape.com>
5. Silvers, A. R., & Som, P. M. (1998). Salivary glands. *Radiologic Clinics of North America*, 36(5), 941–966.
6. Virmani, N., & Dabholkar, J. (2019). Primary tubercular sialadenitis: A diagnostic dilemma. *Iranian Journal of Otorhinolaryngology*, 31(102), 45–50. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC>
7. Lucarelli, A., Perandini, S., Borsato, A., Strazimiri, E., & Montemezzi, S. (2018). Iodinated contrast-induced sialadenitis: A review of the literature and sonographic findings in a clinical case. *Journal of Ultrasonography*, 18(75), 359–364. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC>
8. Hammett, J. T., & Walker, C. (2024, September 10). Sialolithiasis. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK>