

ПРОМЯНА В РАЗМЕРИТЕ НА ПАРОТИДНАТА ЖЛЕЗА ПРИ ПАЦИЕНТИ С БУЛИМИЯ НЕВРОЗА

Марияна Кирова, Цветелина Борисова-Папанчева,
Деница Занева-Христова

*Консервативно зъблечение и орална патология,
Факултет по дентална медицина, Медицински университет – Варна*

CHANGES IN THE SIZE OF THE PAROTID GLAND IN BULIMIA NERVOSA PATIENTS

Mariyana Kirova, Tsvetelina Borisova-Papancheva,
Denitsa Zaneva-Hristova

*Department of Conservative Dental Treatment and Oral Pathology,
Faculty of Dental Medicine, Medical University of Varna*

РЕЗЮМЕ

Булимия невроза представлява хранително разстройство, характеризиращо се с често преяждане и последващо прочистване, което е свързано с редица отрицателни последици за здравето. Хранителните разстройства като булимия невроза се смятат за водеща причина за двустранен паротиден растеж от ендокринно-метаболически невъзпалителен характер. Сиаломегалията се изразява с подуване, понякога съпроводено с болка, промяна на формата на лицето, което е един от най-видимите белези при пациенти с булимия невроза. Около 50% от пациентите съобщават за подуване на паротидните жлези.

Ключови думи: булимия невроза, сиаломегалия, паротидна жлеза

ABSTRACT

Bulimia nervosa is an eating disorder characterized by frequent overeating and subsequent cleansing, which is linked to a number negative health consequences. Eating disorders, such as bulimia nervosa, are considered a leading cause of endocrine metabolic non-inflammatory bilateral parotid swelling. Sialomegaly is characterized by swelling, sometimes accompanied by pain, change in the facial contour, which is one of the most evident signs in bulimia nervosa patients. Around 50% of the patients report parotid gland swelling.

Keywords: bulimia nervosa, sialomegaly, parotid gland

ВЪВЕДЕНИЕ

Хранителните разстройства представляват ментални разстройства, дефинирани като постоянни нарушения на храненето или поведение, свързано с храненето, изразяващо се в променена консумация и усвояване на храна, което значително нарушава психическото и физическото здраве (American Psychiatric Association, 2013). Според Единнайсетата ревизия на Международната класификация на заболяванията и свързаните

със здравето проблеми на Световната здравна организация от 2019 г., заболяването булимия невроза е едно от четирите типа нарушения (World Health Organization).

Булимия невроза е описана за първи път през 1979 г. от Russel като хранително разстройство с три основни характеристики – повтарящо се преяждане, последвано от самоиндуцирано повръщане или прочистване и страх от наддаване на тегло (1).

Пациентите с булимия невроза имат неконтролируемо желание да поемат големи количества храна, независимо от апетита, с последващи епизоди на прочистване (World Health Organization, 2015). Булимия невроза е сериозен здравен проблем, срещащ се често в развитите страни и преобладава сред младите жени.

Освен тежките последици за общото физическо състояние на организма, хранителните разстройства имат сериозни последици в устната кухина. Първото клинично проучване за оралните усложнения, последица от анорексия и булимия невроза, е проведено преди повече от 40 години. В него са изследвани 39 жени на възраст между 14 и 42 години и е установено високо разпространение на ерозии, зъбен кариес и нарушения в състава слюнката (2).

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

За създаване на обзора са разгледани статии и публикации и са обобщени резултати от изследвания по темата, за да могат да бъдат представени основните промени, които настъпват в паротидната жлеза, при пациенти с булимия невроза. Изследвани са и усложненията, до които може да доведат тези промени.

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЯ

Паротидната жлеза се намира в ретромандибуларния регион и е най-голямата слюнчена жлеза в организма. Заедно със субмандибуларните и сублингвалните слюнчени жлези участва в отделянето на слюнката и има съществена роля в дъвченето, преглъщането, говора и храносмилането. При възрастни индивиди паротидната жлеза тежи 20-30 грама. Делчестият ѝ строеж обуславя възможността за слаби размествания на отделните делчета едно спрямо друго при хранене.

Пациенти с хранителни разстройства може да страдат от увеличение на паротидната жлеза. Няколко проучвания сочат, че паротидомегалията често е първият и единствен видим признак за хранително разстройство (3). В проучвания е установено, че подуването на слюнчените жлези е пряко свързано със самоиндуцираното повръщане (4). Lavender за първи път описва връзката между непрекъснатото повръщане и двустранния паротиден растеж през 1969 г. (5).

Установено е че промените в паротидната жлеза корелират с деминерализацията на ТЗТ, както и с тежестта на ерозии на емайла. Сиалозата може да засегне стромата, паренхима на жлезата или изходните канали. Симптомите са увеличение на жлезите, нарушение на тяхната отделителна или секреторна функция. Обикновено хипертрофията е двустранна (6, 7). Началото на подуването на слюнчените жлези обикновено се появява няколко дни след епизод на преяждане с последващо прочистване. В ранните етапи на заболяването подуването на жлезите може да се появи и изчезне, но с напредване на заболяването става устойчив белег (8, 9).

Сиалозата при булимия се среща при 10-68% от пациентите с булимия и е пряко свързана с броя на епизодите на самопродизвикано повръщане в рамките на един ден: обикновено се среща при пациенти, които съобщават за поне 1-3 епизода на самопродизвикано повръщане в един ден (10,11). Патогенезата на булимичната сиаломегалия е с неизяснена етиология. Смята се, че сиалозата се причинява от повтаряща се холинергична стимулация на паротидната жлеза в резултат на стимулация на вкусовите рецептори на езика, която се появява по време на повръщане. Такава стимулация за дълъг период от време води до хипертрофия на жлезата. Трофичните стимули се получават при контакт на протеолитични ензими от панкреаса с устната лигавица по време на повръщане (6-8). Друга теория е, че холинергичната стимулация, която възниква по време на повръщане, води до значително увеличаване на слюнчения поток с времето, което води до хипертрофия и евентуално до паротидна сиаломегалия (12,13).

Когато стомашното съдържимо непрекъснато преминава през храносмилателния тракт в грешна посока, тя значително уврежда тъканите, покриващи хранопровода и устната кухина. Когато тялото се подготвя за повръщане, слюнчените жлези увеличават производството на слюнка, предпазвайки тъканите в устната кухина от киселинността на стомашното съдържимо. Тъй като пациентите с булимия обикновено предизвикват повръщане няколко пъти на ден е необходимо да произвеждат излишни количества слюнка, което свръхстимулира паротидните

слюнчени жлези. В резултат от повишената функция, жлезите увеличават размера си, което се определя като паротидна хипертрофия.

Други автори смятат, че сиалозата е резултат от периферна автономна невропатия, което причинява увеличаване на синтеза на ацинарен протеин в слюнката и/или прекъсване отделянето на секреторни гранули. В ацинарните клетки се натрупват гранули, което води до хипертрофия на паротидната жлеза и нарушаване на слюнчената секреция (6). Donath и Seifert описват дегенеративни промени в миоепителните клетки и постганглионарните симпатикови неврони, които участват в слюнчените секреторни процеси и смятат, че тези промени може да са причина за сиалоденит (14). Предполага се, че сиалоденитът може да бъде резултат и от регургитация на киселинно съдържание, консумация на богати на въглехидрати храни за кратък период от време или резултат от връщане на панкреатични протеолитични ензими в устната кухина по време на повръщане (15).

Съобщава се, че повечето пациенти с булимия имат нормални стойности на серумния електролит (16). При някои пациенти се наблюдават хипохлоремия, хипокалиемия и метаболитна алкалоза (17). Изследвано е увеличаване на слюнчената амилаза, чието ниво е завишено в рамките на 1-2 дни след епизод на прочистване и се нормализира в рамките на една седмица след като епизодите на прочистване се прекратят (18). Електролитният и протеиновият състав на слюнката не се различават при пациенти с хранителни разстройства и здрави контроли.

Двустранното засягане на паротидните жлези се среща най-често, но може да се наблюдава увеличение и на субмандибуларните жлези (19).

Обикновено жлезите са оточни и меки, рядко са болезнени (20). Сиаломегалията обикновено се появява след хронично повтарящо се самоиндуцирано повръщане, но ако процесът спре да се повтаря, жлезите могат да възвърнат нормалните си размери.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Регулярните стоматологични прегледи, правилната комбинация от поддържането на добра орална хигиена, подходящ храни-

телен режим, хидратация, в съчетание с лечение на основното заболяване, са необходими мерки за облекчаване на симптомите на сиаломегалията, както и на оралните изяви следствие от булимия невроза.

ЛИТЕРАТУРА

1. G Russell, Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa, *Psychol Med.* 1979 Aug;9(3):429-48. doi: 10.1017/S0033291700031974
2. Hellström I. Oral complications in anorexia nervosa. *Scand J Dent Res.* 1977;85:71-86.
3. Garcia Garcia, B., Dean Ferrer, A., Diaz Jimenez, N., & Alamillos Granados, F. J. (2018). Bilateral Parotid Sialadenitis Associated with Long-Standing Bulimia: A Case Report and Literature Review. *Journal of maxillofacial and oral surgery*, 17(2), 117-121.
4. Park KK, Tung RC, de Luzuiaga A. Painful parotid hypertrophy with bulimia: a report of medical management. *J Drugs Dermatol* 2009;8:577-579.
5. Lavender S. Vomiting and parotid enlargement. *Lancet.* 1969;1:426. doi: 10.1016/S0140-6736(69)91409-3.(PubMed) (CrossRef) (Google Scholar)
6. Mandel L, Abai S. Diagnosing bulimia nervosa with parotid gland swelling. *J Am Dent Assoc* 2004;135:613-616.
7. Sato Y, Fukudo S. Gastrointestinal symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Clin J Gastroenterol.* 2015;8:255-63.
8. Jugale PV, Pramila M, Murthy AK, Rangath S. Oral manifestations of suspected eating disorders among women of 20-25 years in Bangalore City, India. *J Health Popul Nutr.* 2014;32:46
9. Oliva CL, Jornet PL, Alonso FC, Salinas JE. Study of oral changes in patients with eating disorders. *Int J Dent Hyg.* 2008;6:119-22.
10. Ogren FP, Huerter JV, Pearson PH, Antonson CW, Moore GF. Transient salivary gland hypertrophy in bulimics. *Laryngoscope.* 1987;97:951-953. doi: 10.1288/00005537-198708000-00012. (PubMed) (CrossRef) (Google Scholar)
11. Mitchell JE, Hatsukami D, Eckert ED, Pyle RL. Characteristics of 275 patients with bulimia. *Am J Psychiatry.* 1985;142:482-485. doi: 10.1176/ajp.142.4.482. (PubMed) (CrossRef) (Google Scholar)
12. Mandel L, Kaynar A. Bulimia and parotid swelling: a review and case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 1992;50:1122-1125. doi: 10.1016/0278-2391(92)90506-U. (PubMed) (CrossRef) (Google Scholar)

13. Price C, Schmidt MA, Adam EJ, Lacey H. Parotid gland enlargement in eating disorders: an insensitive sign? *Eat Weight Disord*. 2008;13:79–83. doi: 10.1007/BF03327509. (PubMed) (CrossRef) (Google Scholar)
14. Donath K, Seifert G. Ultrastructural studies of the parotid glands in sialadenosis. *Virchows Arch A Pathol Anat Histol* 1975; 365:119–135.
15. Coleman H, Altini M, Nayler S, et al. Sialadenosis: a presenting sign in bulimia. *Head Neck* 1998; 20:758–762.
16. Peeters F, Meijboom A. Electrolyte and other blood serum abnormalities in normal weight bulimia nervosa: evidence for sampling bias. *Int J Eating Disord* 2000;27:358-62.
17. Mandel, L. (2003). Serum electrolytes in bulimic patients with parotid swellings. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 96(4), 414–419.
18. Mehler PS. Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. *Int J Eat Disord*. 2011;44:95–104
19. Mignogna M, Fedele S, Russo L. Anorexia/bulimia – related sialadenosis of palatal minor salivary glands. *J Oral Pathol Med*. 2004;33:441–2. doi: 10.1111/j.1600-0714.2004.00208.x.
20. Zachariassen R. Oral manifestations of bulimia nervosa. *Women Health*. 1995;22:67–76

Адрес за кореспонденция:
Деница Занева-Христова
Факултет по дентална медицина
Медицински университет – Варна
бул. Цар Освободител 84
9002 Варна
e-mail: denicazaneva@gmail.com
