

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

**МИНИСТЕРСТВО ОБЩЕГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РФ**

КУБАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

КУБАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

***Г.Г. Свешников
Т.В. Гайворонская
Е.Л. Виниченко
Н.Ю. Перова***

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ

УЧЕБНО - МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Краснодар

*Посвящается 80-летию
Кубанской государственной медицинской академии*

УДК. 616.316.

Г.Г. Свешников, Т.В. Гайворонская, Е.Л. Виниченко, Н.Ю. Перова. Заболевание слюнных желёз. Учебно-методическое пособие. – Краснодар, 1999 г. – 72 с. 500 экз.

Редактор - профессор, д.м.н. Н.А. Неделько.

Настоящее учебное пособие подготовлено на кафедре хирургической стоматологии КГМА (зав. кафедрой д.м.н., профессор Неделько Н.А.) В нем представлены основные сведения о морфологических и клинических изменениях слюнных желез, этиологии и патогенезе заболеваний слюнных желез, клинике и методах диагностики, а также способах лечения больных с данной патологией.

Методическое пособие составлено в соответствии с новой учебной программой 1996 г. и государственным стандартом подготовки врачей-стоматологов. Пособие рассчитано на студентов стоматологических факультетов, врачей-интернов, ординаторов, курсантов цикла усовершенствования врачей.

Рецензент - зав. кафедрой стоматологии ФППВ КГМА,
профессор, д.м.н. Бондаренко А.Н.

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕМА №1. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ. РЕАКТИВНО – ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ. СИАЛОЗЫ. СИНДРОМ ШЕГРЕНА. БОЛЕЗНЬ МИКУЛИЧА. ПАТОГЕНЕЗ. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ	4
ТЕМА №2. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ. ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ	25
ТЕМА №3. СЛЮННО-КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. ЭТИОЛОГИЯ. ПАТОГЕНЕЗ. МЕХАНИЗМ ОБРАЗОВАНИЯ КАМНЕЙ. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ	58
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	71

ТЕМА №1.

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ. РЕАКТИВНО – ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ. СИАЛОЗЫ. СИНДРОМ ШЕГРЕНА. БОЛЕЗНЬ МИКУЛИЧА. ПАТОГЕНЕЗ. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ

Цель занятия: освоить методы обследования больных с заболеваниями слюнных желёз, научиться диагностировать реактивно – дистрофические заболевания слюнных желёз, составлять планы лечения, определять показания для госпитализации и экстренной помощи.

Структура практического занятия

№	Этапы занятия	Обеспечение проведения занятия		Место проведения занятия	Время проведения занятия (мин.)
		Техническое оборудование, инструментарий.	Наглядные пособия и средства контроля.		
1	2	3	4	5	6
1	Проверка исходного уровня знаний.	Негатоскоп	Контрольные вопросы, задачи.	Учебная комната	5
2	Решение учебных ситуационных задач.	Модели, слайды, негатоскоп.	Таблицы, рисунки, схемы, фотографии, истории болезни, R-граммы.	Учебная комната	20
3	А) Решение клинических задач. Б) Приём больных тематических и нетематических. В) Заполнение историй болезни	Стоматологическое кресло, инструментарий.	Истории болезни, задачи.	Стоматологический хирургический кабинет	60

1	2	3	4	5	6
4	Подведение итогов занятия. Контроль результатов усвоения.	R-граммы, лабораторные исследования	Основная и дополнительная литература.	Учебная комната	5

Вопросы, необходимые для изучения темы

1. Анатомия слюнных желёз.
2. Физиология слюнных желёз.
3. Химический состав слюны.
4. Методы обследования больных с заболеваниями слюнных желёз.
5. Этиология, патогенез реактивно – дистрофических заболеваний слюнных желёз (РДЗ).
6. Сиалозы. Болезнь и синдром Микулитца. Болезнь и синдром Шегрена. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
7. Лечение РДЗ слюнных желёз.

Методы обследования больных с заболеваниями слюнных желёз

Существуют общепринятые правила в клинике, по которым обследуют больных с заболеваниями слюнных желёз. Тщательно собранный анамнез, данные визуального и пальпаторного исследований, равно как и обычные лабораторные методы, служат звеном в диагностике заболеваний слюнных желёз. Имеющиеся в арсенале врача методы разделяют на общие, частные и специальные. К общим методам относятся опрос, осмотр. К частным – зондирование выводных протоков, рентгенография слюнных желёз, исследование их секреторной функции, количественный и качественный анализ слюны, цитологическое исследование мазков слюны, сиалография, пантомосиалография. К специальным методам – некоторые виды рентгенографии (сиалотомиография, сиалография с прямым увеличением изображения, электрорентгенография, компьютерная томография), радионуклеидные исследования (радиосиалография, сканирование, сцинтиграфия), физические методы диагностики (эхосиалография, термовизиография), морфологические исследования.

Зондирование позволяет установить направление выводного протока, наличие участков сужения или полной облитерации,

присутствие слюнного камня и его расположение. Для зондирования применяют наборы специальных зондов для слюнных протоков или используют глазные зонды.

Рентгенологические методы

Рентгенография играет важную роль, прежде всего, в диагностике слюнно-каменной болезни, однако 15% камней не рентгеноконтрастны, а чтобы выявить конкремент необходимо соблюдать ряд приёмов, которые позволяют избежать наслоения костных структур челюстно-лицевой области. При большинстве других заболеваний слюнных желёз информативность рентгенографии невелика.

Сиалография — является одним из основных методов диагностики, контрастное рентгенографическое исследование слюнных желёз, позволяющее судить об их морфологическом и функциональном состоянии. Сущность сиалографии заключается в ретроградном заполнении железы через выводной проток рентгеноконтрастным веществом с последующим получением рентгеновских снимков. Для сиалографии широко используют масляные растворы органических соединений йода: 40% йодидин, йодлипол и др.

В последнее время в качестве контрастных веществ для сиалографии применяются водные растворы трийодированных органических соединений: 50% и 70% растворы триомбрина, зарубежными аналогами триомбрина являются 60% и 76% растворы верографина и уротраста и др. Водорастворимые контрасты считаются малотоксичными, они быстро резорбируются и выводятся из железы даже при резком нарушении её функции. При ошибочном введении этих веществ в мягкие ткани, они не оказывают вредного влияния. Проведение сиалографии допустимо практически при всех заболеваниях слюнных желёз: сиалоаденитах, опухолях, свищах, пороках развития и др. При этом исследовании возможно уточнить разновидность сиалоаденита, характер и глубину поражения, а также решить вопрос о возможности консервативного лечения или необходимости оперативного удаления слюнной железы.

Пантомосиалография заключается в одновременном контрастировании одноимённых парных (околоушных или подчелюстных) или обеих желёз с выполнением последующей панорамной рентгенографии, позволяющей получить на одной рен-

тгеновской плёнке изображение всех желёз, заполненных контрастом. Преимущество пантомсиалографии состоит в возможности выявления скрыто протекающего и поэтому не проявляющегося процесса в парной железе.

Компьютерная томография – основана на сочетании рентгенологического исследования со сложнейшими методами обработки сигналов с помощью компьютера. Использование этого метода имеет большое значение в диагностике опухолей.

Радионуклеидные методы исследования – сущность заключается во введении в организм больного специальных веществ – индикаторов, способных накапливаться в поражённых патологическим процессом органах и тканях. Вещества – индикаторы метят радионуклеидами и радионуклеидное излучение регистрируют при помощи специальных устройств. Из методов радионуклеидного исследования для диагностики заболеваний слюнных желёз используют клиническую радиометрию, сканирование, скинтиграфию, радиосиалографию.

Скинтиграфия – исследование, проводимое с помощью гамма – камер. В качестве радионуклеида для скинтиграфии используют пертехнетат технеция. Результаты этого метода дают важную информацию, как о морфологии заболевания, так и о функциональном состоянии слюнных желёз. При сиалозах и сиалоаденитах определяется большая вариабельность в накоплении радионуклеида с уменьшением показателей остаточной активности в железе.

Радиосиалография – этот метод разработан в 1967 г. Л.А. Юдиным, предназначен для количественной оценки функционального состояния слюнных желёз при помощи радионуклеидов – обычно используют раствор натрия пертехнетата. Сущность радиосиалографии заключается в наружной регистрации интенсивности гамма – излучения над слюнными железами, в состоянии покоя и после секреторной нагрузки, после внутривенного введения радионуклеида. Записи кривых интенсивности радионуклеидного излучения проводят одновременно над околоушными железами и сердцем или бедром.

Сиалотомография – метод послыдного рентгенологического исследования слюнных желёз после их контрастирования. Применяется для определения местоположения инородных тел и при новообразовании слюнных желёз.

Сиалография с прямым увеличением расстояния между

исследуемым объектом и рентгеновской плёнкой можно получить снимки с 1,5-2-х кратным увеличением. Метод даёт возможность детально изучить мелкие структуры протоков и изменения в них.

Сканирование слюнных желёз – метод получения с помощью сканера изображения слюнных желёз на бумаге после внутривенного введения ^{99m}Tc пертехнетата. По сканограммам можно судить о форме, величине, расположению желёз, о состоянии паренхимы. Исследование проводят в 2-х боковых и в прямой проекциях.

Ультразвуковая биолокация – метод основан на разной степени поглощения и отражения ультразвука тканями железы. Позволяет получить послойное изображение слюнной железы, даёт представление об её форме, величине, наличии склеротических изменений.

Термовизиография – позволяет наблюдать в динамике изменение температуры различных участков человеческого тела, в том числе и в области слюнных желёз. Метод основан на разной степени инфракрасного излучения тканями с различной морфоструктурой.

Морфологические методы

Диагностическая пункция - проводится при подозрении на кисты слюнных желёз, новообразования, наличие гнойных очагов. Проводится иглой диаметром не менее 1 мм, при соблюдении правил асептики, в 2-3 направлениях из 1 вкола. Содержимое, полученное при пункции, отправляется на цитологическое исследование.

Пункционная биопсия – осуществляется с помощью специального прибора, который позволяет получить материал для гистологического исследования и поставить более точный диагноз заболевания.

Исследование секреторной функции

Метод отдельного получения секрета больших слюнных желёз с применением капсул Лешли – Ющенко – Красногорского либо метод сбора секрета ватными шариками, впоследствии взвешиваемыми.

Методика: натошак больной принимает внутрь 8 капель 1% раствора пилокарпина гидрохлорида, через 20 минут произво-

дится сбор секрета. В норме околоушная железа должна выделить 1,1-2,5 мл, поднижнечелюстная – 1-2 мл секрета.

Качественный анализ секрета – цвет и прозрачность определяют визуально, равно как и наличие видимых включений, рН слюны – рНметром, вязкость – вискозиметром, количество электролитов – электрофорезом на бумаге.

Таблица 1

Нормальные показатели слюны

Показатели	Околоушная слюнная железа	Поднижнечелюстная железа
рН	5,6-7,6	6,9-7,8
Вязкость	0,75-1,2 ед.	1,4-1,9 ед.
Содержание белка	3,3-26,4 г/л	0,66-33,3 г/л
Na	2,47-26,19 ммоль/л	2,17-2,52 ммоль/л
K	20,22-23,55 ммоль/л	12-15,1 ммоль/л

Цитологическое исследование – нативные мазки окрашивают по Романовскому – Гимзе и микроскопируют, в норме всегда обнаруживаются клетки плоского и цилиндрического эпителия, нейтрофилы, лимфоциты, на клетках плоского эпителия часто обнаруживаются микроорганизмы.

Реактивно-дистрофические изменения слюнных желез, иначе называемые сиалозами, проявляются различными патологическими состояниями слюнных желез, как то нарушениями выделительной и секреторной функции, гиперплазией железы, и обычно являются ответом макроорганизма на физиологически (беременность, роды, кормление, климакс) и патологические состояния организма (заболевания нервной, эндокринной, пищеварительной систем, заболевания системы крови и соединительной ткани). Не всегда удается установить, какой именно общий патологический процесс вызвал сиалоз. Течение РДЗ слюнных желез зависит от течения основного заболевания. При положительной динамике общего процесса наступает улучшение со стороны слюнных желез.

Термин «сиалоз» был введен в 1956 г. для обозначения заболеваний слюнных желез невоспалительного генеза, вызванных общими нарушениями обмена веществ в организме и приводящими к патологическим изменениям секреции. Существует

множество классификаций сиалозов, однако, основываясь на этиологических принципах, мы различаем следующие виды сиалозов: 1) эндокринные, 2) нейрогенные, 3) связанные с нарушением питания, 4) смешанные, 5) сиалозы неясной этиологии. А.Ф. Коваленко выделяет: аллергические, метаболические, нервно-рефлекторные, циркуляторные, смешанные сиалозы. Однако, следует отметить, что четко разграничить сиалозы по этиологическому принципу не всегда удается, так как у одного больного нередко выявляется несколько возможных причин заболевания. А иногда, несмотря на тщательное обследование в ряде случаев при морфологически верифицированном диагнозе сиалоза причинное заболевание остается невыясненным. Это дает основание выделять сиалозы с неясной этиологией.

В патогенезе сиалозов решающее значение имеют нейрогуморальные нарушения секреции, вызывающие метаболические и сопряженные с ними структурные изменения железы. Патогенетически в развитии сиалозов можно выделить 3 клинико-морфологические стадии:

- раннюю (стадия гиперсекреции),
- выраженных клинических признаков (истощение секреторного образования)
- позднюю (стадия липоматоза и вторичных воспалительных изменений).

Практический интерес представляет вопрос о механизме возникновения в слюнных железах воспалительных изменений. Их возникновение характеризуется преимущественно развитием небольших перидуктальных лимфоидноклеточных инфильтратов и появлением в период обострения в их составе полиморфноядерных лейкоцитов. Воспалительные явления можно видеть во всех стадиях сиалоза, однако они более типичны и выражены в развитой и поздней стадиях заболевания.

Клиника. Заболевание может возникнуть в любой период жизни, исключая периоды раннего детства, у половины больных это происходит от 30 до 60 лет. Чаще заболевают женщины. Для всех сиалозов характерно рецидивирующее увеличение с обеих сторон слюнных желез, обычно околоушных. Рецидивы увеличения возникали без видимой причины, при переохлаждении, простудных заболеваниях, во время приема пищи. Некоторые больные отмечают, что железы «ощущали холод» и становились более плотными. Припухлость удерживается от

нескольких часов до 2-3 недель, затем железа медленно возвращается к норме. В поздней стадии припухлость полностью не исчезает. Рецидив увеличения желез обычно сопровождается болью, имеющей тупой, ноющий характер, боль иррадирует в ухо, висок, шею.

Нарушение слюноотделения не является основным симптомом сиалозов. Лишь у 50% больных оно резко выражено и носит кратковременный характер, усиливаясь во время увеличения желез. У некоторых больных периоды сухости сменяются периодами усиленного слюноотделения, переходящего в гиперсаливацию. Иногда у больных помимо сухости в полости рта возникает сухость в полости носа и горле, сухость, жжение и резь в глазах.

Во время осмотра при выраженном увеличении околоушных желез лицо больного принимает вид «мордочки хомяка». Определяется диффузное увеличение ткани железы, мягкой или даже плотной консистенции. Устья выводных протоков как правило не изменены.

Контрастное рентгенологическое исследование показывает, что происходит деформация выводных протоков, заключающаяся в образовании чередующихся участков расширений и сужений, протоки II-III порядков заканчиваются скоплениями контрастного вещества разнообразной формы, но чаще приближающейся к шаровидной, диаметром 1-3 мм с нечеткими, как бы размытыми контурами. При радионуклеидном исследовании отмечено гомогенное накопление радидуклеида в области пораженных желез, а при применении сиалосцинтиграфии возрастает активность радиофармпрепарата, удлинение времени максимального накопления радиоактивности.

Дифференциальная диагностика: при проведении диф. диагностики между сиалозом и хроническим сиалоаденитом важное значение имеет анамнез. У больных с сиалозами удается установить причинное заболевание, в отличие от рецидивирующего сиалоаденита обострения протекают мягко, не сопровождаются болью, повышением температуры, выделением гнойной слюны и инфильтрацией железы. При большинстве форм сиалоаденита, исключая паренхиматозный, отмечается одностороннее поражение, а сиалоз протекает как двусторонний процесс. Хронический сиалоаденит характеризуется угнетением секреции, особенно в период обострения, при сиалозе секреция

сохраняется в пределах физиологической нормы. У больных сиалозами на сиалограммах прежде всего обнаруживают сужение мелких протоков и обеднение рисунка системы выводных протоков. При сиалоадените - картина variabelна и зависит от формы. При скнтиографии в отличие от сиалоаденитов, характеризующих снижением и неравномерностью накопления радионуклеида, при сиалозах определяется увеличение слюнных желез с высоким уровнем индикатора. У больных сиалозами отсутствуют соматические признаки аутоиммунного характера, наблюдающиеся при синдроме Шегрена. У части больных сиалозом, проявляющимся односторонним увеличением околоушной железы, заболевание принимают за хронический лимфаденит. Для лимфаденита характерно наличие округлого плотного, более и менее болезненного инфильтрата. При сиалозе увеличение железы имеет диффузный характер и не имеет четких границ. Необходимо дифференцировать с гипертрофией жевательных мышц, однако припухлость, обусловленная этой патологией, отмечается в переднем отделе околоушно-жевательной области. При этом в области занижнечелюстных ямок припухлость не наблюдается. Кроме того, при сильном сжатии челюстей, в случае гипертрофии отмечается резкое уплотнение припухлости, и при бимануальной пальпации отчетливо определяются напряженные мышцы, чего не наблюдается при сиалозах.

Лечение представляет сложную задачу, носит симптоматический характер и должно быть направлено на борьбу с ксеростомией, однако при этом слюноотделение повышается незначительно. При аллергических сиалозах - применяют антигистаминные препараты, при метаболических - гормональные средства и витаминотерапию, для лечения гиперпластических процессов используют электрофорез рибонуклеазы. Рекомендовано проводить энзимотерапию сиалозов (ферментосодержащие зубные эликсиры, смесь панкреатина с пилокарпином, нуклеазные ферменты), т.к. ферменты обладают антимикробным действием, угнетают гиперпластические процессы. Определенные надежды возлагают на лечение больных сиалозами путем воздействия на вегетативную нервную систему. Некоторые авторы рекомендуют оперативное лечение сиалозов: перевязка выводного протока, частичную или тотальную паротидэктомию с сохранением лицевого нерва. Группа авторов, которые рассматри-

вают сиалозы как форму хронического интерстициального сиалоаденита, отмечают хороший эффект с использованием преднизолона, новокаиновых блокад, назначение электрофореза йода, стимуляция слюноотделения галантамином и др. У больных гормональными сиалозами этиотропные лечебные мероприятия направлены на адекватное лечение эндокринного заболевания или устранение гормональных нарушений. При лечении нейрогенных сиалозов, прежде всего, необходимо обратить внимание на необходимость устранения стрессов, при возникновении сиалоза на фоне остеохондроза - назначение противовоспалительных и сосудорасширяющих средств, поливитаминов, анаболических средств, физических методов, иглоукалывания. Лучшими методами патогенетической терапии являются иглоукалывание и блокады вегетативных нервных ганглиев, обеспечивающих вегетативную иннервацию слюнных желёз. У больных с инфицированными сиалозами в комплекс лечебных мероприятий обязательно включают противовоспалительную терапию; урсал, раствор калия йодида внутрь, компрессы с 30% раствором диметилсульфоксида с гидрокортизоном.

В итоге следует отметить, что для осуществления динамического наблюдения за больными сиалозами, их необходимо ставить на диспансерный учёт и проводить соответствующие лечебные мероприятия совместно с врачами других специальностей.

В последние годы заметно возрос интерес к так называемым пограничным заболеваниям и синдромам, в результате развития которых поражаются многие органы и системы организма. Тем не менее, поражение слюнных желёз при синдромах часто отличается однотипной клинической картиной в виде рецидивирующего припухания или опухолевидного увеличения, в то время как речь идет о различных по генезу заболеваниях, требующих разного подхода к лечению. Общими морфологическим признакам многих синдромов являются значительная интерстициальная клеточная пролиферация, нарастающая атрофия железистой паренхимы и пролиферация концевых разветвлений выводных протоков в ткани слюнных желёз. Наиболее часто встречающиеся синдромы - это - синдром Шегрена, болезнь и синдром Микулича.

Болезнь Шегрена. При углублённом изучении синдрома Шегрена установлено, что помимо классической формы заболе-

вания, включающей ксеростомию, ксерофтальмию и ревматоидный артрит, возможно сочетание первых двух симптомов с любым системным заболеванием соединительной ткани. Болезнь Шегрена - это заболевание, ограничивающееся поражением экскреторных желез, без одновременного наличия болезней соединительной ткани. Вопросы этиологии и патогенеза остаются актуальными до настоящего времени. Однако основной версией остается аутоиммунная природа синдрома Шегрена, в пользу чего явилась идентификация у части больных органоспецифических аутоантител, воздействующих на цитоплазму клеток эпителия выводных протоков слюнных желез.

Заболевание также поражает малые слюнные железы полости рта и вызывает в них изменения, сходные с таковыми в околоушных железах. Вначале развивается хронический воспалительный процесс, характеризующийся круглоклеточной инфильтрацией, а затем приводящий к разрушению паренхимы и замещению ее соединительной тканью, в поздних стадиях заболевания превалирует разрастание лимфоидной ткани, липоматоз.

По данным литературы, синдром Шегрена встречается чаще у женщин, чем у мужчин, возраст больных от 22 до 71 года. В соответствии с классическим описанием клиника синдрома характеризуется триадой клинических признаков: сухой кератоконъюнктивит (сухость глаз), ксеростомия (сухость рта), ревматоидный артрит. Однако в литературе появилось множество сообщений об обнаружении у больных с синдромом Шегрена других системных заболеваний: системной склеродермии, красной волчанки, дерматомиозита, ревматизма, хронического активного гепатита, псориазического артрита и др.

Первые признаки патологии появляются на фоне гриппа, ОРЗ, ангины, травматического удаления зуба, психоэмоционального стресса и т.д. Длительность начальной стадии синдрома составляет не более 2-3 лет. Больные жалуются на сухость в полости рта, которая появляется периодически, в основном при физической нагрузке, в жаркое время года, при волнении, во время приёма пищи. Увеличения слюнных желез не наблюдается, выделяется прозрачная слюна, имеющая пенистый характер. В клинически выраженной стадии, длительностью от 3 до 10 лет, у больных отмечается постоянная сухость в полости рта, сухость губ, развитие трещин в углах рта, заед. Развивается

хронический паренхиматозный двусторонний сиалоз, протекающий с тяжелыми обострениями. Отмечается сезонность рецидивирования (осенне-весенний период). При обострении усиливается сухость во рту, носу, горле, глазах, резко ухудшается общее состояние, обостряются симптомы соматических заболеваний. Железы увеличены, имеют бугристую поверхность и слегка болезненны, при массировании - небольшая капелька вязкой слюны. Поздняя стадия синдрома Шегрена наблюдается при существовании болезни более 10 лет. При этом у больных отмечается сухость в полости рта, имеющая резко выраженный характер. Больные вынуждены иметь при себе бутылочку с водой, которой периодически орошают полость рта, особенно при разговоре, а также запивают при приеме пищи. Они жалуются на жжение в полости рта и на губах, нарушение вкуса, сухость в горле, осиплость голоса, сухость в носу, нарушение обоняния. Типичным симптомом поздней стадии является сухость губ, появление сухих корочек на губах, наличие трещин в углах рта, повышенная разрушаемость зубов. На первом плане, помимо ксеростомии, выступает безболезненное увеличение слюнных желез, достигающее значительных размеров. При пальпации они увеличены, плотные, с бугристой поверхностью. Устья выводных протоков можно определить с трудом, слюну при массировании получить не удается.

Рентгенологические изменения характеризуются замедлением выделения контрастного вещества вследствие снижения функции железы. Они напоминают картину паренхиматозного сиалоаденита, однако отличаются нечеткостью контуров протоков и полостей, что объясняется повышенной проницаемостью ткани железы с выходом контрастной массы в интерстиций. В одной и той же железе наблюдаются пятна с нечеткими контурами, диаметров 1-2 мм, а также 0,5-0,7 см.

В диагностике поражения слюнных желез у больных с синдромом Шегрена помимо клинических наблюдений, результатов сиалометрии, сиалографии, морфологического исследования, при необходимости уточнения диагноза больной нуждается в обследовании окулиста и аллерголога. Большую диагностическую ценность имеет биохимическое и иммунологическое исследование крови. Так как заболевание имеет хроническое, но неуклонно прогрессирующее течение, сопровождающееся деструкцией пораженных тканей, на успех в лечении существенное

влияние оказывает ранняя диагностика заболевания. План лечения предусматривает проведение патогенетической терапии и симптоматических мероприятий, направленных на предупреждение и лечение осложнений: ксеростомии, ксерофтальмии и т.д.

Для устранения воспалительного процесса и стимуляции неспецифического иммунитета применяют: вольтарен, хлотазол, пресоцил. Назначение этих препаратов целесообразно на фоне инъекций синактен-депо по схеме. Препарат обладает противовоспалительным, противоаллергическим действием, и препятствует дальнейшему развитию соединительной ткани в железе.

Применяются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): индометацин, бутадиион, без сочетания их с медленно действующими, так называемыми базисными средствами и малыми дозами глюкокортикоидов.

Для лечения сухости глаз пациентам назначают орошение слизистой растворами 0,5% карбоксиметилцеллюлозы, физиологическим раствором, искусственными слезами, полиглюкином. Назначение масляных капель в глаза в половине случаев вызывало обострение кератоконъюнктивита.

Применение масляных капель в нос также часто приводило к развитию осложнений вплоть до аспирационной пневмонии. Сухость в носу уменьшается после применения солевых растворов.

Для лечения слизистой полости рта применяют заместители слюны (раствор Рингер-Локка, бенсилон). Двойное слепое испытание искусственной слюны и плацебо показало отсутствие существенных различий в сравнении с плацебо на симптом сухости, за исключением ночного дискомфорта, который был существенно ниже в группе больных, получавших искусственную слюну.

Лечение делагилом и преднизолоном в суточной дозе (соответственно) 0,5 г и 30 мг эффективно при синдроме Шегрена в сочетании с коллагенозами. Лечение указанными препаратами проводят на фоне применения витаминов С, РР, группы В.

В результате наблюдений установлено, что лучшими методами лечения у больных с сialозами являются мероприятия, направленные на устранение гормональных нарушений в сочетании с факторами местного воздействия на регионарное крово-

обращение (НПВП и компрессы с ДМСО) и новокаиновые блокады на область слюнных желез, электрофорез с йодидом калия, гальванизация слюнных желез, лазеротерапия и т.д.

В период обострения хронического сиалоаденита при БШ применяются антибиотики широкого спектра действия и противогрибковые препараты (нистатин, леворин). Показанием к их назначению является ярко выраженное обострение воспалительного процесса, протекающего на грани с флегмоной, у больных с тяжелым течением обострения, сопровождавшегося значительным нарушением гемокоагуляции. 2-3 раза в неделю внутривенно капельно вводят реополиглюкин или гемодез (по 400 мл, на курс 4-5 вливаний). В отдельных случаях в сочетании экстракорпоральными физическими методами применяли новокаиновые блокады. Блокады проводили через 48 часов в промежутках между пролонгированным электрофорезом, курс лечения 5-6 дней,

При неэффективности терапевтического лечения прибегают к перевязке основного протока, паротидэктомии с сохранением ветвей лицевого нерва, рентгенотерапии и т.д.

Таким образом, болезнь Шегрена является серьезным заболеванием, которое может стать причиной инвалидности и даже смерти больного (при озлокачествлении).

Необходимо добавить, что у ряда больных поражены потовые и сальные железы, появляется сухость кожи, ломкость ногтей, выпадение волос. У женщин довольно часто наблюдалась гипосекретия маточных желез и желёз влагалища, приводящая к кольпиту. Также изменения со стороны крови у всех больных.

СОЭ - до 60-70 мм/ч.

Диспротеинемия с гипергаммаглобулинемией.

Эозинофилы увеличены до 6-8%

Лечение больных с болезнью Шегрена должно проводиться в ревматологической клинике, т.к. наилучший эффект дает комплексное лечение.

Необходимо помнить, что назначение галантамина при болезни Шегрена противопоказано, т.к. скапливаясь в интерстиции, галантамин усиливает аутоиммунный процесс.

Болезнь Микулича - сочетанное увеличение слезных и всех слюнных желез. Если данная патология наблюдается при лейкозе, лимфогрануломатозе, туберкулезе, то речь пойдет о синдроме Микулича.

Впервые описана в 1892 г. Этиология и патогенез являются не установленными. Наиболее вероятной причиной считается нейротрофические и эндокринные расстройства.

В клинике преобладает симметричное увеличение слюнных и слезных желёз. Припухшие железы плотны, безболезненны, кожа над ними в цвете не изменена. В поздней стадии болезни отмечается гипосаливация, при этом течение болезни может осложниться воспалительным процессом и сиалоз переходит в сиалоаденит.

Диагноз - болезнь Микулича - может быть поставлен на основании системного увеличения слезных и слюнных желёз.

При патологоанатомическом исследовании железы определяются бледность ткани сосудами, мягкая консистенция железы, салная прозрачная поверхность.

На сиалограммах в ранних стадиях можно отметить необычно большие контуры паренхимы железы, однако в структуре протоков и паренхимы отклонений от нормы нет. По мере нарастания процесса и атрофии элементов секреторной части железы, а также протоков вследствие сдавления их лимфоидной тканью, на сиалограмме можно выделить нечеткость тени паренхимы. Протоки очень узки, но с четкими контурами. В поздних стадиях заболевания тень паренхимы железы не определяется, поскольку железистые зоны не заполняются контрастным веществом, а просвет протоков настолько узок, что его можно проследить только с помощью лупы.

Лечение болезни Микулича представляет большие трудности. Хорошие, но нестойкие результаты дает рентгенотерапия, иногда железы уменьшаются до нормальных размеров.

Чаще применяются новокаиновые блокады, галантамин, что стимулирует трофику тканей, секреторную функцию слюнных желёз.

Применяются препараты, повышающие неспецифическую резистентность организма - пресоцил, нуклеинат натрия, метилурацил, витаминотерапию, антигистаминные препараты.

В некоторых случаях, особенно при присоединении воспалительного процесса, показана антибиотикотерапия, назначение стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов, а также препаратов йода (йодид калия), которые замедляют развитие соединительной и лимфоидной ткани в железе.

При постоянно действующих стрессовых факторах оправдана седативная терапия.

Хорошо показала себя иглорефлексотерапия, лазеротерапия.

В общие мероприятия необходимо включить санацию полости рта, адекватное протезирование, соблюдение режима дня, нормализацию эмоционального состояния больного.

Таблица 2

Дифференциальная диагностика сиалозов

Критерии	Болезнь Микулича	Болезнь Шегрена
1	2	3
Этиология Патогенез	В настоящее время этиология и патогенез остаются неизвестными, наиболее вероятная причина - нейротрофические и эндокринные, а также аутоиммунные расстройства.	Изучены мало. Имеет место генетическая предрасположенность, если присоединяется нервный стресс, увеличивается секреторная функция. Избыток слюны проникает в интерстициальную ткань и запускает аутоиммунный процесс, сопровождающийся реакцией лимфоидной ткани - гиперплазия железы с атрофией секреторных элементов.
Условия, при которых возникает заболевание	При системных заболеваниях соединительной ткани (СКВ, склеродермия, ревматоидный полиартрит), нейротрофических, эндокринных заболеваниях (сахарный диабет).	Генетическая предрасположенность, нервный стресс, наличие общесоматических заболеваний, чаще аутоиммунного характера.
Клиника	Сочетанное увеличение слёзных и всех слюнных желёз. Поражаются чаще всего околоушные слюнные железы, они припухшие, плотные, безболезненные при пальпации, в поздней стадии присоединяется гипосаливация, может присоединиться воспалительный процесс.	Увеличение слюнных желёз в стадии клинически выраженных проявлений, сухость в полости рта, чувство песка в глазах, першение в горле. Железы увеличены, бугристы, слегка болезненны. Жжение в полости рта и на губах, нарушение вкуса, массовое поражение зубов кариозным процессом, изменение кожи

1	2	3
		(сухая), ломкость волос и ногтей.
Изменения в ОАК	Изменения, характерные для общесоматического заболевания.	СОЭ до 60-70 мм/ч, эозинофилия 6-8%. Диспротеинемия с гипергаммаглобулинемией.
Снижение секреторной и выделительной функции желез	В поздних стадиях.	На ранней стадии.
Сиалография	В начальных стадиях - увеличение размеров железы, протоки не изменены. По мере разрастания лимфоидной ткани определяется нечёткость и исчезновение границ паренхимы железы, сужение протоков всех порядков, однако контуры протоков остаются ровными.	Замедленное выделение контрастного вещества вследствие снижения функции железы. Нечёткость протоков, наличие полостей, объясняющаяся проникновением контрастного вещества в интерстиций, что обусловлено повышенной проницаемостью ткани железы.
Термовизиограмма	Повышение температуры в поражённых железах. Ткань железы бледная, вследствие обеднения сосудами, разрастания лимфоидной и соединительной ткани.	Повышение температуры в поражённых железах. Лимфоидная пролиферация в строме.

Таблица 3

Схема лечения сиалозов

Общее лечение	Местное лечение
1	2
1. Комплексное лечение основного заболевания, при его отсутствии - <u>общесоматической патологии.</u>	1. Санация полости рта, адекватное протезирование.
2. Нормализация режима для больного, психоэмоционального состояния. Тазепам 1 таб. На ночь.	2. Заместительная терапия при ксеростомии 1- 0,5 % р-р галантамина подкожно № 30 либо электрофорез с галантами-

1	2
	ном на область железы. <i>Не назначается при болезни Шегрена!</i>
3. Антигистаминные препараты для десенсебилизации организма. Супрастин 0,025 г 2 раза в день. Тавегил 0,001 г 2 раза в день.	3. Инстиллиция в проток антисептиков, антибиотиков, ферментов для удаления из железы слизи, снижения инфицированности. Смесь панкреатина с пилокарпином.
4. Поливитамины (Юникап, Центрум) 1 капс. раз в день - утром.	4. Компрессы с 20 % димексидом для улучшения трофики тканей.
5. Препараты для повышения неспецифической резистентности организма нуклеинат натрия по 1,0-1,5-2,0 г в сут. (на 3-4 приёма), пресоцил по 1-2 таб г 2-3 раза в день, метилурацил 2 таб. г 3 раза в день - 10 дней.	5. Массаж железы - 1-2-3 раза в день для улучшения функции железы.
6. Пирогеналовая терапия а) по схеме в/м - 25 инъекций через день. б) введение пирогенала в проток.	6. Введение в железу йодипола 30 % - 1-2 мл. для сиалографии, а также для бактерицидного и антисклеротического эффекта.
7. Антисклеротическая терапия 2-6 % раствор калия йодида по 1 ст.л. 3 раза в день - 7-12 дней; оксафенамид, делагил 0,25 1-2 раза в день - 2-3 недели.	7. Рентгенотерапия.

Препараты, рекомендованные для лечения сиалозов

1. Группа седативных препаратов

- Настойка валерианы - по 20-30 кап. 3 раза в день
Трава пустырника - по 1 ст.л. 3-4 раза в день
Трава пассифлоры - по 20-40 кап. 3 раза в день

2. Группа транквилизаторов

- Феназепам - по 1 табл. 2-3 раза в день
Позепам - по 1 табл. на ночь в течение 3-4 суток
Мепротан (мепробамат) - по 1 табл. после еды в течение 3-4 суток

3. Группа антигистаминных препаратов

Супрастин	- по 1 табл. 2 раза в день во время еды
Тавегил	- по 1 табл. 2 раза в день после еды
Фенкарол	- по 1 табл. 3 раза в день

4. Группа препаратов для повышения неспецифической резистентности организма

Экстракт алоэ жидкий для инъекций	- по 1 мл п/к 1 раз в день (курс 30 дней)
ФИБС –биогенный стимулятор из отгона лиманной грязи	- по 1 мл п/к 1 раз в день (курс 30 дней)
Плазмол – препарат, получаемый из крови человека	- по 1 мл п/к ежедневно в теч. 10 дней
Пеллоидодистиллат для инъекций – продукт отгона лиманной грязи, биогенный стимулятор	- по 1 мл п/к ежедневно в теч. 30 дней

5. Группа препаратов, обладающих антисклеротическим действием

Йодид калия	- по 1 ст.л. 3 р. в день (курс 10-12 дней)
Делагил	- 1-2 р. в день в течение 2-3 недель
Оксафенамид	- по 1 табл. 3 р. в день перед едой

6. Группа препаратов биогенных стимуляторов

Пирогенал	- по 100 МПД в/м 25 инъекций через день (МПД- минимальная пирогенная доза)
Продигиозан	- 1мл в/м 1 раз в 3-5 дней

7. Группа витаминов (поливитаминов)

Витамин А	- по 10 кап. 2 раза в день Разовая доза 50000 МЭ, суточная доза 100000 МЭ
Витамин В ₁	- по 1 табл. 3 раза в день
Витамин В ₂ (рибофлавин)	- по 1 табл. 3 раза в день
Никотиновая кислота	- по 1 табл. 2 р. в день после еды 2 недели
Цианкоболамин	- по 1 табл. 3 раза в день
Аскорбиновая кислота	- по 2 табл. 3 р. в день после еды
Витамин Д	- по 1 драже в день
Витамин Е (токоферола ацетат)	- по 1 кап. 1-2 р. в день
Поливитамины: "Аевит", "Аэровит", "Пентовит", "Гептавит", "Декамевит", "Ундевит"	- по 1 драже ежедневно в теч. 2-3 мес.

Эссенциале - комплексный препарат, содержащий необходимые фосфолипиды и витамины В₆, В₁₂, РР - по 1 капсул. 3 раза в день

8. *Группа препаратов для заместительной терапии при ксеростомии*
Галантамин - по 1 мл п/к 1 р. в день (курс 30 дней)
синоним- нивалин **Не назначается при болезни Шегрена!**

9. *Группа ферментов*

Трипсин - содержимое флакона растворить в 10 мл физраствора. Для инстилляций в проток.
Химопсин - содержимое флакона растворить в 10 мл 0,9% р-ра натрия хлорида.
Для инстилляций в проток.

Контрикал, трасилол – препараты, угнетающие активность протеолитических ферментов
- трасилол- 25 тыс. ЕД на 25 мл. 0,9% р-ра натрия хлорида
- контрикал – 10 тыс. ЕД на 25 мл. 0,9% р-ра натрия хлорида
Для инстилляций в проток.

10. *Группа препаратов для наружного применения (компрессы на область железы)*

Димексид - развести 1:4 с водой – для компресса.

11. *Группа препаратов для антисептической обработки полости рта*

Перганманат калия - по 30-40 кап. на стакан воды
Для полоскания полости рта.

Хлороамин - по 1 ст.л. на стакан воды
Для полоскания полости рта.

Ситуационные задачи

1. Больная К., 57 лет, обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на асимметрию лица, двустороннее припухание околоушных слюнных желёз. Из анамнеза: болеет около 5 лет, последнее время отмечает сухость в полости рта, страдает ревматоидным полиартритом. Объективно: обе околоушные железы увеличены, при пальпации плотные, безболезненные. Кожа над ними не изменена, в полости рта отмечается истончённая, недостаточно увлажнённая слизистая, множественный кариес.

Определите дополнительные методы исследования, поставь-

те диагноз, составьте план лечения.

2. Больная Б., 23 лет, жалуется на чувство песка в глазах, сухость в полости рта, припухлость околоушных желёз. Из анамнеза: около 6 месяцев назад перенесла сильный стресс. Страдает системной красной волчанкой. Мать больной около 18 лет имеет нарушение конфигурации лица, аналогичное данному. Объективно: железы увеличены, безболезненны. В полости рта сухая, истончённая слизистая, множественный кариес. Кожа над железами истончена, ногти на руках ломкие. При массаже из протоков околоушных желёз получено скудное количество секрета. При исследовании секреторно функции из правой железы получено 0,2 мл, а из левой – 0,5 мл секрета за 20 мин.

Поставьте предварительный диагноз. Составьте план лечения. Будет ли данной больной назначен галантамин?

3. На сиалограмме определяется увеличение границ паренхимы обеих околоушных желёз, сужение протоков II-III порядка, границы протоков ровные, чёткие, хорошо прослеживаемые на всём протяжении. Какое заболевание можно предположить? Какова стадия заболевания?

4. Больная 60 лет, обратилась с жалобами на небольшое, болезненное увеличение околоушных слюнных желёз. Припухлость появилась около 3-х лет назад, в холодное время припухлость значительно увеличивается. Объективно: обе околоушные железы увеличены, кожа над ними в цвете не изменена, в складку собирается. При пальпации железы мягкие, безболезненные. При массаже из протоков желёз получен прозрачный секрет в небольшом количестве. Общее состояние больной удовлетворительное.

Поставьте диагноз. Наметьте план лечения.

ТЕМА №2.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ. ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ

- Цель занятия:** 1. Научиться диагностировать острые и хронические неспецифические воспалительные процессы слюнных желёз.
2. Составлять план медикаментозного лечения, определять показания к оперативному вмешательству и госпитализации.

Структура практического занятия

№	Этапы занятия	Обеспечение проведения занятия		Место проведения занятия	Время проведения занятия (мин.)
		Техническое оборудование, инструментарий.	Наглядные пособия и средства контроля.		
1	2	3	4	5	6
1	Проверка исходного уровня знаний.	Негатоскоп. Кинопроектор.	Контрольные вопросы, задачи, тесты.	Учебная комната	5
2	Решение учебных ситуационных задач.	Модели, слайды, негатоскоп, зонды для слюнных протоков, канюли, шприц, иглы.	Таблицы, рисунки, схемы, фотографии, истории болезни, R-граммы.	Учебная комната	20
3	А) Решение клинических задач. Б) Приём больных тематических и нетематических. В) Заполнение историй болезни	Стоматологическое кресло, инструментарий.	Истории болезни, задачи.	Стоматологический хирургический кабинет	60

1	2	3	4	5	6
4	Подведение итогов занятия. Контроль результатов усвоения.	R-граммы, лабораторные исследования	Основная и дополнительная литература.	Учебная комната	5

Вопросы, необходимые для изучения темы

1. Анатомия слюнных желёз.
2. Физиология слюнных желёз.
3. Пути распространения инфекции из околоушно-жевательной области.
4. Классификация воспалительных заболеваний слюнных желёз.
5. Этиология, патогенез, клиническое проявление, дифференциальная диагностика острых неспецифических сиалоаденитов (паротит, субмаксилит, сиалоаденит подъязычной слюнной железы, малых слюнных желёз).
6. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика хронических неспецифических сиалоаденитов.
7. Цитологическое исследование отделяемого при острых и хронический сиалоаденитах.
8. Медикаментозное лечение острых и хронических сиалоаденитов, показания к оперативному лечению и госпитализации, оперативное лечение острых сиалоаденитов.

Слюнные железы являются важным секреторным органом пищеварительной системы, в значительной мере способствующим нормальному функционированию желудочно-кишечного тракта. Выделяющиеся со слюной биологически активные ферменты обладают бактерицидным и бактериостатическим действием и предохраняют слизистую оболочку и зубы от воздействия микроорганизмов. Сложное строение паренхимы железы, наличие разветвлённой системы протоков, различные морфологические характеристики больших и малых слюнных желёз обуславливают разнообразие патологических процессов, которым они подвержены.

Хронические заболевания слюнных желёз можно разделить 3 большие группы: сиалозы, сиалоадениты, синдромы с поражением слюнных желёз.

Сиалоаденит – острое или хроническое воспаление паренхимы слюнной железы.

Существует много классификаций сиалоаденитов по роду возбудителя, по форме процесса и т.д. Наиболее известной является классификация И.Ф. Ромачёвой. Где выделены следующие формы сиалоаденита:

I. Острый сиалоаденит

I.1. Острый вирусный сиалоаденит

- а) вызванный вирусом эпидемического паротита
- б) вызванный вирусом гриппа
- в) вызванный другими видами вирусов (цитомегалии, герпеса, коксаки и др.).

I.2. Острый бактериальный сиалоаденит

- а) возникший при общих острых инфекционных заболеваниях
- б) возникший в послеоперационном периоде
- в) возникший при кахексии, сердечно-сосудистой недостаточности и других общих хронических заболеваниях, нарушающих трофику тканей
- г) лимфогенный (паротит Герценберга, при флегмонах в прилежащих к железе областях)
- д) контактный (при флегмонах в прилежащих к железе областях)
- е) при попадании инородных тел в проток слюнной железы (исключая слюнные камни).

II. Хронический сиалоаденит

II.1. Неспецифический

- а) интерстициальный (в том числе и при болезни Микулитца)
- б) паренхиматозный (и при синдроме Шегрена)
- в) сиалодохит (протоковый или дуктарный сиалоаденит)

II.2. Специфический

- а) актиномикотический
- б) сифилитический
- в) туберкулёзный

II.3. Слюнно-каменная болезнь

Во всех формах сиалоаденита выделяют начальную, клинически выраженную и позднюю стадии, активное и неактивное

течение.

Хронические воспалительные заболевания слюнных желёз – сиалоадениты. Встречаются сравнительно часто среди патологии челюстно-лицевой области и занимают одно из первых мест в группе заболеваний слюнных желёз. Так, по данным авторов, на долю паренхиматозного сиалоаденита приходится 41,4-67,9% больных, интерстициального – 7,1 – 29,1% больных и калькулёзного – 20,2 – 30,8% больных заболеваниями слюнных желёз.

Трудности возникают при определении форм хронических сиалоаденитов, обусловленных различными этиологическими и патогенетическими причинами. У 30 – 35,8% пациентов с заболеваниями слюнных желёз диагноз направившего учреждения неправильный, а среди пациентов с хроническим сиалоаденитом точность диагностики составила лишь 6,3% . Причины диагностических ошибок разнообразны, основные из них – недостаточные знания врачей данной патологии, отсутствие логической схемы обследования больных, отсутствие единой классификационной схемы хронических и реактивно – дистрофических заболеваний слюнных желёз.

Многие исследователи указывают на полиэтиологичность факторов, играющих роль в развитии хронического сиалоаденита. Ряд авторов утверждают, что сиалоадениты возникают вследствие врождённых аномалий в виде кистовидных расширений концевых протоков железы. Кроме того, выявлено, что нарушение в строении протоковой системы могут передаваться по наследству, о чём свидетельствуют нередкие факты заболевания у близких родственников.

Важная роль в этиологии воспалительных заболеваний слюнных желёз принадлежит нарушению кровообращения, недоразвитию элементов желёз. На этом фоне возникает функциональная недостаточность органов. Нарушение микроциркуляции приобретённого характера возникает при длительном изменении трофики желёз. Некоторые авторы считают, что одним из факторов защиты тканей железы, контролирующей её целостность от повреждающих факторов, вызывающих воспалительный процесс, является рН среды. Кислая среда благоприятствует проникновению вторичной инфекции. Протеолитическая активность бактериальных и грибковых ферментов значительно

повышается при ацидозе. В условиях локального ацидоза происходит реакция самопереваривания ацинусов железы, приводящая к возникновению хронического паренхиматозного сиалоаденита.

Немаловажную роль в возникновении и развитии сиалоаденита играет состояние неспецифической защиты организма, одной из причин заболевания считают нарушение местной иммунной системы слюнных желёз, ведущее к изменению иммунологических свойств слюны.

Некоторые авторы рассматривают паренхиматозный сиалоаденит, как осложнение эпидемического паротита, особенно убедительными представляются работы, где авторы, изучая состояние слюнной железы у больших групп пациентов, пришли к заключению, что в патогенезе хронического сиалоаденита у больных, ранее перенесших эпидемический паротит, первичным является изменение строения и функции железы, вызванное вирусом эпидемического паротита.

Представляет интерес изучение роли нейротрофических нарушений в возникновении хронического сиалоаденита. Экспериментальные исследования показали, что денервация слюнных желёз вызывает развитие воспалительно-дегенеративных изменений в органах.

Обсуждая этиологию интерстициальных сиалоаденитов отдают предпочтение теории дисрегуляции органа в ответ на патологические процессы в организме. Преморбидным фоном могут служить сопутствующие заболевания, преимущественно органов дыхания, пищеварения.

Околоушные железы чаще, чем подчелюстные, подвержены воспалительным заболеваниям некалькулёзной этиологии. Вероятно, что большая уязвимость околоушных желёз обусловлена меньшим количеством выделяемого секрета 26% против 69%, белковый состав которого является благоприятной средой для размножения флоры. Подчелюстные железы чаще подвержены калькулёзным сиалоаденитам. Авторы среди местных причин указывают на наличие деформации протока, ведущей к нарушению оттока слюны, формированию в системе протоков «муциновых пробок» или осаждённых белковых скоплений, способствующих нарушению секреторной функции железы и, возможно, являющихся матрицей для последующего процесса минерализации, среди общих причин – нарушение минерально-

го обмена, в частности, кальциевого.

В патогенезе хронического сиалоаденита играет роль обтурация выводных протоков железы конкрементом, приводящая к нарушению оттока слюны, попадание инородных тел в протоки, гипосаливация. Группа авторов при изучении патогенеза заболевания установили, что у больных сиалоаденитами происходит чрезмерное накопление в организме продуктов окисления липидов, что нарушает функционирование биологических мембран, снижает их резистентность, повышает проницаемость и приводит к дальнейшему развитию патологического процесса.

Клинические исследования подтвердили теоретические подтверждения о возможности развития лимфогенного паротита. Воспалительные заболевания околоушной железы лимфогенной этиологии относят к острым паротитам.

Патологоанатомически различают серозную, гнойную и некротическую формы сиалоаденита, процесс протекает с поражением одной или обеих слюнных желёз. При хроническом сиалоадените наступают сначала функциональные, а затем и дистрофические изменения, ведущие к гибели железистой ткани и замене её фиброзной, образование эктазий, деформации выводных протоков всех порядков с исходом в склероз. Однако при всех формах сиалоаденита установлено наличие атрофических и дегенеративных изменений в нервном аппарате слюнных желёз. В первой фазе патологического процесса происходит расширение протоков с гиперплазией и метаплазией их эпителия, разрастание лимфоидной ткани с центрами размножения. Стенки образующихся полостей состоят из фиброзной ткани, снаружи выражено скопление лейкоцитов, изнутри полости выстланы эпителием с явлениями гиперплазии и тенденцией к слущиванию. Во второй фазе секреторные клетки атрофируются, между ацинусами разрастается соединительная ткань. В поздней стадии заболевания железа утрачивает своё строение, состоит из однородных масс лимфоидной ткани с небольшими островками эпителия, встречаются кистозные пространства.

Патогенетические особенности калькулёзного сиалоаденита находят отражение в морфологически определяемых изменениях, развивающихся в ткани железы. Суть их заключается в значительном расширении протоков железы, дистрофии, слизистом перерождении протокового эпителия, альтерации паренхимы железы с замещением ацинусов лимфоидноклеточными

элементами, фиброзом, склерозом и липоматозом.

Кроме того, определяют активное и неактивное течение заболевания. В зарубежной литературе авторы обычно не выделяют формы хронического воспаления и используют обобщающие термины: хронический рецидивирующий паротит, доброкачественная лимфоденическая сиалангиэктазия.

Таким образом, анализ данных литературы свидетельствует о том, что до настоящего времени нет единого мнения по вопросам этиологии, патогенеза и классификации хронических сиалоаденитов, не выявлен наиболее значимый причинный фактор, не дана последовательная характеристика изменений, развивающихся в слюнной железе.

Эпидемический паротит — является острым инфекционным заболеванием, вызываемым фильтрующимся вирусом, заболевание чаще возникает в зимний период в виде эпидемических вспышек и преимущественно поражает детей в возрасте 7-9 лет. Заражение происходит капельным путём, вирус чаще всего поражает околоушные железы, значительно реже подчелюстные и подъязычные. Клинические проявления довольно переменны, так как поражаются многие органы и системы, однако, в лёгкой форме заболевания отмечается припухание слюнных желёз, из выводного потока выделяется небольшое количество коричневатой — прозрачной слюны, заболевание длится около 10 суток и проходит бесследно. При средней и тяжёлой формах заболевания отмечается повышение температуры тела до 38-40 °С, отёк лица и шеи, распространяющийся до ключицы, затруднение открывания рта, гиперемия зева. Выводные протоки пальпируются в виде плотного тяжа, их устья иногда зияют, выделение слюны полностью прекращается. Острые явления стихают к концу первой недели, но функция слюнных желёз восстанавливается только через 3 недели. Неосложнённый паротит проходит бесследно, переход в хроническую форму не доказан. Осложнения паротита довольно многообразны, нередко поражается нервная система, возникает менингит, энцефалит, паралич черепно-мозговых и спинных нервов. Наблюдаются заболевания зрительного, лицевого и слухового нервов, могут возникнуть психические расстройства, частым осложнением является орхит. Следует помнить, что после перенесённого эпидемического паротита остаётся стойкий иммунитет, поэтому при повторном возникновении воспаления слюнных желёз на фоне эпиде-

мической или контактной вспышки, врач должен допускать возможность развития бактериального, острого или обострившегося паротита. В сложных случаях диагностики для установления диагноза эпидемического паротита решающее значение имеет серологическая реакция (кожная аллергическая реакция, реакция торможения, гемагглютинации, связывания комплемента).

Лечение. Симптоматическое: строгий постельный режим, употребление жидкой высококалорийной пищи. При высокой температуре – жаропонижающие препараты, местно – согревающие компрессы по Дубровину, с 30% димексидом. Перорально применение фузидина натрия, внутриносовое введение интерфероновой мази. Тщательный уход за полостью рта.

Бактериальные сиалоадениты – возникают в результате поражения слюнных желёз неспецифической микрофлорой и крайне редко – специфическими возбудителями. Острые неспецифические сиалоадениты появляются в форме гнойно-некротического воспаления, они развиваются на фоне истощающего заболевания, а так же возникают после операций на органах брюшной полости или малого таза. К острым сиалоаденитам также следует отнести воспаление железы, возникающее вследствие распространения инфекции лимфогенным путём, её проникновение из гнойных очагов, расположенных в тканях, окружающих железу (острый контактный сиалоаденит), а также при попадании инородных тел в выводные протоки.

Гнойно-некротический (послеоперационный паротит) – развивается в околоушных железах, наблюдается преимущественно у лиц пожилого возраста, страдающих тяжёлыми заболеваниями. Поэтому не случайно заболевание именуют “маразматическим” паротитом, несомненно неприемлимым с деонтологической точки зрения. В связи с тем, что эта форма паротита нередко возникает после оперативных вмешательств, его называют “послеоперационным”. В патогенезе заболевания участвуют несколько факторов: нейрорефлекторное воздействие, распространяющиеся из внутренних органов, восходящая дуктогенная инфекция. Обезвоживание организма, наличие токсических продуктов тканевого распада. Клинически гнойно-некротический паротит протекает по типу тяжёлого острого воспалительного процесса, который может распространиться за пределы капсулы железы и привести к ряду тяжёлых осложнений – возможен прорыв гноя в слуховой проход с последующим раз-

витием отита. Очень тонким является внутренний листок капсулы околоушной железы, расположенный на границе с окологлоточным пространством. Проникновение гноя в эту область чревато опасностью дальнейшего его распространения по сосудисто-нервному пучку шеи в средостение. Возможно развитие воспаления височно-нижнечелюстного сустава, тромбоза вен лица, тромбоза внутричерепных венозных синусов, сепсиса.

Лечение. При гнойно-некротическом паротите необходимо назначение больших доз антибиотиков (предпочтительнее использовать полусинтетические пенициллины, так как они хорошо проникают в железу), дезинтоксикационных средств, антигистаминных препаратов. Целесообразно в первые дни заболевания использовать ингибиторы протеолитических ферментов (в/в капельно контрикал, трасилол, теалол), хороший эффект в ранней стадии заболевания получен при использовании глубокой рентгенотерапии, а также новокаиновых блокад звёздчатых симпатических ганглиев. В случае безуспешности консервативной терапии — вскрытие железы.

Лимфогенный сиалоаденит — развивается исключительно в околоушных железах и является следствием острого воспаления лимфогенного генеза. Наиболее часто заболевание переходит в хроническую форму у тех больных, у которых абсцесс лимфатического узла локализуется вблизи околоушного протока, перфорирует его стенку, а образующаяся полость постоянно сообщается с протоком. Хронический лимфогенный паротит сопровождается развитием в железе грубых деструктивных изменений. При поражении лимфатических узлов околоушной области процесс протекает по типу паротита, малоболлезненный инфильтрат в околоушной области, синюшность и истончение кожи. Часто имеются рубцы, образовавшиеся после вскрытия абсцессов, свищи. Слизистая оболочка в области устья гиперемирована, устье зияет, из протока выделяется гнойная слюна. Нередко имеется воспалительная контрактура нижней челюсти. У больных с лимфогенным воспалением железы, возникающим на почве абсцедирования щёчных лимфоузлов, заболевание протекает по типу сиалодохита, который проявляется ограниченным инфильтратом в толще мягких тканей щеки, увеличением и уплотнением соответствующей околоушной железы.

Хронический паренхиматозный сиалоаденит

Паренхиматозный сиалоаденит – поражение паренхимы железы с образованием кистовидных расширений внутридольковых протоков.

В период ремиссии симптоматика паренхиматозного сиалоаденита зависит от стадии поражения слюнных желёз. В начальной стадии больные практически не предъявляют жалоб. При внешнем осмотре увеличение слюнных желёз не выявлено. При массировании железы из протока выделяется прозрачная слюна в обычном количестве. Слизистая оболочка полости рта обычной окраски и достаточно увлажнена.

В клинически выраженной стадии больные отмечают периодически возникающую боль в железе, ощущение дискомфорта, солоноватый или неприятный вкус слюны. У части больных наблюдается выраженное увеличение и уплотнение пораженных желёз. Полученная при массировании слюна имеет вязкий характер. Нередко содержит прожилки слизи или белые хлопья.

Поздняя стадия заболевания характеризуется часто возникающей сухостью в полости рта, вязкой с неприятным вкусом слюной, характерной для III степени ксеростомии, частыми головными болями, изменением конфигурации лица за счёт увеличения околоушных слюнных желёз, периодическими болями в этих областях.

При осмотре у этих больных отмечалась припухлость, соответствующая расположению околоушных слюнных желёз. Крайне редко эта патология выявляется в поднижнечелюстных слюнных железах. Пальпаторно определяется увеличенная, тестообразной консистенции, безболезненная околоушная железа. Кожа красной каймы губ суховатая, имеются трещины. Слизистая оболочка полости рта увлажнена вязкой слюной, из Стенонова протока выделяется слизисто – гнойный секрет. Лимфатические узлы чаще слегка болезненны. При исследовании общего анализа крови отклонений от нормы нет.

Довольно часто больные обращаются к врачу в период обострения паренхиматозного сиалоаденита (около 58,7%). Рецидивы обычно возникают на фоне острой респираторной инфекции или ангины, преимущественно в весенний или осенний периоды года. При неактивном течении заболевания обостре-

ния протекают легко и длятся 3-5 суток, активная форма сиалоаденита сопровождается более тяжёлыми воспалительными явлениями с сохранением припухлости железы до 1-2 недель и более. В ранней стадии заболевания наблюдается меньшая частота обострений и тяжесть их проявлений, в клинически выраженной стадии они становятся наиболее тяжёлыми, а поздней — отличаются мягким клиническим течением.

В период обострения все больные предъявляют жалобы на малоприятные ощущения в области поражённой железы, припухлость в околоушно-жевательной области. При осмотре железа увеличена, кожные покровы над ней не изменены. При массировании железы саливация замедленна. Из протока выделяется слюна с примесью хлопьев фибрина, слизи, гноя. В более тяжёлых случаях отмечают затруднённое открывание рта, общую слабость, субфебрильную или высокую температуру тела. Общий анализ крови выявил повышение СОЭ до $31,21 \pm 3,33$ мм/час, лейкоцитов $12 \cdot 10^4$ /л. При неактивном характере процесса изменения со стороны крови менее выражены. В анализах мочи у некоторых больных обнаруживается белок в небольшом количестве.

Показатели сиало- и рН-метрии у больных с хроническим паренхиматозным сиалоаденитом в зависимости от стадии заболевания очень разные. Результаты сиалометрии свидетельствуют о том, что начальная стадия заболевания не сопровождается выраженными нарушениями слюноотделения, а в более поздней стадии эти нарушения соответствуют ксеростомии 3 степени.

На контрастных сиалограммах видна деформация протоков, характерно образование в паренхиме множественных скопленных рентгеноконтрастного вещества с чёткими очертаниями, размером от 1 до 3 см, тень паренхимы в большинстве случаев не просматривается. При патологическом исследовании пунктата и мазков слюны больных хроническим паренхиматозным сиалоаденитом в момент их обращения в лечебное учреждение, определяется большое количество лейкоцитов гранулоцитарного ряда и умеренное число лимфоцитов, большое количество клеток поверхностного эпителия и слюнных телец.

Хронический интерстициальный сиалоаденит — в его основе лежит разрастание междольковой соединительной ткани без разрушения железистого вещества.

В начальной стадии течение заболевания практически бессимптомное, в анамнезе отмечается одно или два обострения, при которых больные обращали периодическое покалывание и тяжесть в железах, переходящие в лёгкую щемящую боль. У некоторых больных отмечается незначительная сухость во рту. При осмотре незначительная, едва заметная припухлость соответственно проекции желез, чаще с двух сторон. Кожа над железой не изменена, легко собирается в складку. При пальпации железа слегка увеличена, безболезненная, подвижная, с ровной поверхностью. Устья выводных протоков в пределах нормы, при массаже железы получена чистая слюна, вязкость которой не изменена.

В клинически выраженной стадии все больные жалуются на постоянную припухлость в области заинтересованных слюнных желёз. Чаще в патологический процесс вовлечены обе околоушные железы. При внешнем осмотре отмечается увеличение слюнных желез. Пальпация их безболезненная, поверхность железы гладкая, железа подвижна. Устья выводных протоков не изменены, количество слюны, выделяющиеся при массаже железы, снижено. Вязкость её в пределах нормы.

В поздней стадии поражённые слюнные железы постоянно увеличены, даже в фазе ремиссии, иногда больные жалуются на сухость в полости рта, снижение слуха. Заболевание протекает в течение нескольких лет с периодическими обострениями. При осмотре отмечается равномерная припухлость области слюнных желёз. Кожа над припухлостью не изменена, собирается в складку. Пальпаторно определяются увеличенные железы, плотно-эластичной консистенции, слабо болезненные.

В период ремиссии на всех стадиях заболевания изменений со стороны крови не выявлено.

В период обострения воспаления, независимо от стадии, больные отмечают незначительную ноющую боль в поражённой железе, чувство неловкости в затылке, заложенность ушей, слабость, недомогание, снижение работоспособности, жжение языка. При осмотре поражённые слюнные железы увеличены, уплотнены, слегка болезненны. Кожа над ними слабо гиперимирована, в складку собирается. При массировании железы из протока выделялась мутная, вязкая слюна, иногда с примесью гноя.

Сиалодохит — представляет собой форму хронического сиалоденита, сопровождается преимущественным поражением

выводных протоков слюнных желёз. Он проявляется в трёх клиничко-рентгенологических формах: сиалодохит главного выводного протока, внутрижелезистых протоков, сочетанный сиалодохит главного и внутрижелезистых протоков. Степень клинических проявлений зависит от стадии поражения, фазы воспаления. Клинически сиалодохит протекает по типу хронического рецидивирующего воспаления железы, носящего обструктивный характер. В период ремиссии больные жалуются на периодически возникающую припухлость в проекции железы, обычно связанную с приёмом пищи. Припухлость сопровождается нерезкой распирающей болью, слюна имеет солоноватый вкус. Пальпация железы или протока сопровождается обильным выделением из неизменённого устья протока прозрачной вязкой слюны с небольшим количеством комочков слизи. В редких случаях вне периода обострения в поздней стадии увеличение слюнных желёз не наблюдается, устья околушных протоков зияют, при массировании выделяется густая, желеобразная или гнойная слюна с небольшим количеством слизистых и фиброзных включений. При обострении сиалодохита больные жалуются на наличие болезненной припухлости в области железы. Объективно у больных пальпируется плотный и болезненный основной выводной проток, в области устья слизистая гиперемирована и отёчна. При осторожном массировании железы из протока выделяется гнойная слюна, иногда секрет удаётся получить только после бужирования протока. Обострения сопровождаются общим недомоганием, повышением температуры тела, головной болью и другими симптомами острого воспалительного заболевания.

Рентгенологические стадии заболевания не всегда соответствуют клиническим стадиям. На сиалограмме определяется неравномерная дилатация основного протока и сохранение нормального строения внутрижелезистых протоков в начальной стадии, участки расширения и резкого сужения основного протока, сочетающиеся с деформацией внутрижелезистых протоков в поздней стадии заболевания. В результате проток по форме напоминает "связку сарделек".

Схема ООД при диагностике заболеваний слюнных желёз

Этапы действия	Содержание действия (диагностические симптомы)	Критерий самоконтроля
1	2	3
Опросите больного, выясните жалобы Общие	Головная боль, быстрое утомление, слабость, подъём температуры Иногда жалоб общего порядка нет	Характерно для острого сialoadенита Характерно для хронического сialoadенита
	Местные	
	Припухлость в области железы	Характерно для острых сialoadенитов за счёт воспалительной инфильтрации Характерно для хронических сialoadенитов за счёт разрастания соединительной ткани, замещение паренхимы, местами очаги грануляционной ткани
	Увеличение количества выделяемой тягучей слюны	В начальной стадии воспаления характерно для хронических сialoadенитов за счёт замещения железистой ткани соединительной
	Уменьшение количества выделяемой вязкой слюны	Образование полости, сужение протоков
	Появление солоноватого привкуса во рту	Характерно для острых и обострившихся сialoadенитов за счёт выделения гноя в полость рта
	Боли	Характерно для острых сialoadенитов, при хроническом процессе боли незначительны или их нет
Соберите анамнез заболевания	Заболевание начинается остро	Характерно для острого сialoadенита
	Медленное, постепенное начало	Характерно для хронического сialoadенита, может продол-

1	2	3
		жаться от нескольких месяцев до нескольких лет с периодическими обострениями
Анамнез жизни	Простуда, контакт с инфекционными больными, гастрит, полиартрит, вегетативные неврозы, гипертония, аллергия	Выбор тактики ведения больного и методики лечения
Проведите наружный осмотр Визуальный	Асимметрия лица	Характерно для острого сиалоаденита. Воспалительная инфильтрация ткани. Характерна для хронического сиалоаденита за счёт лимфоцитарной, полинуклеарной инфильтрации стромы железы, замещение долек паренхимы, кистозно расширенные протоки
	Кожа гиперемирована	Характерно для острого сиалоаденита
	Кожа напряжена	Характерно для острого сиалоаденита
	Кожа в области железы неизменена	Характерно для хронического сиалоаденита
	Системное поражение желёз а) околоушных б) околоушных + ксеростомия + ксерофталмия в) околоушных и поднижнечелюстных + ксеростомия	Характерно для эпидпаротита Характерно для синдрома Гужеро - Шегрена Характерно для болезни Микуллича
Пальпаторно	а) резкая болезненность	Характерно для острого неспецифического сиалоаденита, при обострении хронического сиалоаденита
	б) болезненность в трёх точках: под	Характерно для эпидемического паротита

1	2	3
	мочкой, в области сосцевидного отростка, перед козелком	
	Кожа в складку не собирается	Характерно при гнойных сиалоаденитах, расплавление капсулы железы
	Увеличение обеих желез	Характерно для эпидемического паротита, симптома Гужеро - Шегрена, болезни Микулича
	Железа мягкая	При интерстициальном сиалоадените
	Железа плотная, бугристая, болезненная пальпация Может определяться болезненная точка: В позадищелюстной области	Хронические сиалоадениты Характерно для околоушной железы
	В дистальном отделе подчелюстного треугольника	Характерно для подчелюстной железы
Степень открывания рта	1) значительно ограниченное	При острых процессах вовлекаются мышцы, поднимающие нижнюю челюсть
	2) в полном объеме или незначительно ограничение	Характерно для хронического сиалоаденита
Осмотр полости рта	1. Устье выводного протока гиперемировано, расширено	Характерно для острого сиалоаденита
	2. Устье выводного протока сужено	Характерно для хронических интерстициальных сиалоаденитов, болезни Микулича
	3. Обильное гнойное отделяемое из протока	Характерно для острых и обострившихся сиалоаденитов (кроме эпид. паротита)
	4. Мутная, вязкая слюна с примесью хлопьев	Характерно для хронических сиалоаденитов
	5. Уменьшение	Хронический интерстициальный

1	2	3
	саливации	сиалоаденит, синдром Гужеро - Шегрена
	6. Сухость слизистой полости рта	Болезнь Микулича, синдром Гужеро - Шегрена
Бимануальная пальпация	Определение увеличения подъязычной, подчелюстной, околоушной слюнной железы, иногда уплотнение Стенонова протока	Характерно для воспалительных процессов слюнных желез
Зондирование	Введение зонда в устье протока	Установление направления хода протока, наличие сужений
Поставьте предварительный диагноз		
Назначьте дополнительные методы обследования		

Исследование секреторной функции

Определение количественной выделительной функции	Собираем слюну отдельно с помощью капсулы Ющенко - Красногорского - Долбнева (капсулы для сбора слюны) Исследование проводится натощак, после дачи 8 капель пилокарпина, время - 20 минут	Околоушная слюнная железа за 20 минут выделяет в среднем 1,1 - 1,5 мл. Подчелюстная слюнная железа выделяет за 20 минут в среднем 1,1 - 3,0 мл.
Цитологическое исследование железы	Нативный мазок окрашивается по Романовскому-Гимзе	В мазках преобладают нейтрофилы, изредка лимфобласты, ретикулярные клетки, клетки кубического, цилиндрического эпителия, бокаловидные клетки
Биохимическое исследование слюны	Определение белка, хлоридов (лабораторное исследование),	pH слюны околоушной слюнной железы 5,7 - 7,6 белка - 0,333 - 2,64 %

1	2	3
	определение рН слюны, вязкость и т.д.	рН слюны подчелюстной слюной железы 6,9 - 7,8 белка от 0,066 до 3,33 %
Радиосиалография	Внутривенно вводят радиоактивное вещество и регистрируют в слюне количество радиоактивного изотопа	Выявление гипо- или гиперсаливации
Рентгенография	1. Для околоушных желёз - прямая и боковая проекции	1-2 - исключить конкремент или инородное тело в протоке, в железе
а) обзорная	2. Для подчелюстных желёз - боковая проекция и дно полости рта	
	3. Для подъязычной железы - снимок дна полости рта	
б) сиалография	1) производится через 30 минут после еды или отмассировать содержащее железы	1) при острых сиалоаденитах сиалография не проводится
	2) в устье потока вводят затуплённую иглу	2) Для хронических паренхиматозных сиалоаденитов характерно:
	3) в шприц набирают от 2 до 5 мл. контрастного вещества: - Йодипол - Урографин - Верографин	а) в начале заболевания видна деформация протоков II - IV порядков б) в более поздней стадии на снимке видны характерные полости
	4) медленно вводят необходимое количество контрастного вещества (чувство распирания в железе соответствует заполнению протоков I-IV порядков)	3) Для хронических интерстициальных сиалоаденитов характерно сужение выводных протоков

1	2	3
в) двойное контрастирование	Введение контрастного вещества в железу и одновременно кислорода в окружающие железу ткани	Выявление изменений в железе и окружающих тканях
г) томография		Выявление более тонких изменений на разных глубинах
д) сканирование слюнных желез	Внутривенное введение радиоактивного изотопа, графическое изображение участка железы, где накапливается радиоактивный изотоп	Уменьшение или увеличение накопления радиоактивного изотопа
Проведите дифференциальный диагноз	Общие признаки	Признаки, характерные для данного заболевания
Новообразование слюнной железы доброкачественного характера	<ol style="list-style-type: none"> 1) Длительность заболевания 2) Увеличение железы 3) Болезненность в зависимости от вида новообразования 	<ol style="list-style-type: none"> 1. В анамнезе нет воспалительного процесса 2. Нормальная температура тела 3. Пальпируется опухоль и уменьшение саливации возможно за счёт сдавления протока опухолью 4. Устье протока не изменено 5. Секрет чистый 6. На сиалограмме изменений железы нет, возможно отнесение железы опухолью 7. Сканирование - увеличение накопления изотопа
Одонтогенная флегмона околоушно-жевательной или подчелюстной области	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повышение температуры тела 2. Припухлость 3. Острое начало 4. Головные и локальные боли 5. Слабость 6. Затруднение открывания рта 7. Болезненная пальпация 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Причинный зуб 2. Инфильтрат 3. Железа не пальпируется 4. Устье протока не изменено 5. Из протока секрет чистый, слюна вязкая, обильная 6. Гиперемия, напряжённость кожных покровов в очаге, кожа в складку не собирается 7. На сиалограмме изменений со стороны железы нет

К вопросу о лечении хронического сиалоаденита

За многолетнюю историю лечения хронических сиалоаденитов взгляды на методы лечения неоднократно менялись. Однако весь объём лечебных мероприятий подразделяют на консервативные и хирургические методы. Уже в отношении к этим направлениям лечения приверженность авторов к различным точкам зрения. По их мнению, современные способы консервативного лечения дают возможность в ряду случаев избежать хирургических вмешательств. Консервативная терапия хронических сиалоаденитов некалькулёзно характера, исходя из данных литературы, является основным направлением лечения.

С введением в клиническую практику антибиотиков, многие авторы стали рекомендовать применение их при лечении острого и хронического сиалоаденита в фазе обострения, препараты вводили внутримышечно, обычно в средних дозах, включали в состав новокаиновых блокад, использовали для промывания потоков. Стремления к быстрому и стойкому эффекту при лечении хронических сиалоаденитов побудило некоторых авторов к внутривенному введению антибиотиков в патологически изменённую железу. Но, как показали результаты, применение антибиотиков сократило количество осложнений, но не исключило необходимости оперативном лечении.

Наиболее широко используются средства медикаментозного воздействия (антибактериальные, гипосенсибилизирующие, симптоматические). Для повышения неспецифической резистентности организма рекомендуют применять нуклеинат натрия, пентоксил и оротат калия, учитывая его анаболическое действие, аутовакцину.

По данным В.И. Вакуленко, хорошие результаты при лечении хронических сиалоаденитов даёт пероральное применение фузидина натрия, внутриносовое введение интерфероновой мази в сочетании с воздействием переменного магнитного поля. Применение иммунологических адъювантов путём гемоперфузий в комплексном лечении воспалительных заболеваний слюнных желёз предлагается для лечения хронических сиалоаденитов.

Многие авторы рекомендуют по мере стихания воспалительных процессов проводить инстилляции в поток ингибиторов протеолиза, йодлипола, стафилококкового, стрептококкового бактериофага, протеолитических ферментов и серебряной воды,

предложена методика двукратного промывания железы 6,55% раствором димексида с последующим массажем и инстилляцией в потоковую систему 1 – 1,5 мл. водного раствора виллозена.

Отмечен положительный эффект применения аппликаций и компрессов 50% димексида в чистом виде, а также в смеси с гепарином, и подтверждена эффективность новокаиновых блокад слюнной железы и определены рациональные перерывы между инъекциями (48 – 72 часа).

При ксеростомии с целью замещения функции слюнных желез, а также лечения парестезии слизистой оболочки полости рта предложены растворы, сходные по составу со слюной, однако применение заместителей слюны (регидрон, раствор Рингера – Локка или на основе 2% раствора метилцеллюлозы) оказывает умеренный клинический эффект на субъективные явления. Состав, предложенный М.М. Пожарицкой (1985) для увлажнения слизистой полости рта, уменьшает деминерализацию твёрдых тканей зуба и развитие кариеса благодаря содержанию в нём фосфатов. Из-за низкого клинического эффекта, панкреатин и витамин А широкого применения в лечении ксеростомии не нашли. Для лечения воспалительных заболеваний слюнных желёз предложено использование раствора аэросила. В период обострения и ремиссии хронического паротита многие авторы предлагают стимулировать функцию слюнных желёз путём подкожного введения 0,5% раствора галантамина по 1 мл. №30, для рассасывания инфильтратов внутрь назначают йодистый калий.

В последние годы появляются единичные работы, в которых освещаются вопросы применения ингибиторов протеолитических ферментов – трасилол, контрикал, эффективно использование амилазы в лечении начальных фаз воспалительного процесса. Некоторые авторы рекомендуют вводить внутримышечно пирогенал, при этом отмечается его размягчающее действие на рубцовые образования, которые имеются в слюнных железах при хроническом воспалении.

По мнению многих исследователей, хронические сиалоадениты у многих взрослых плохо поддаются консервативной терапии, обратного развития болезни практически не наблюдается, болезнь имеет склонность к прогрессированию. Это вызвало необходимость разработки различных методов, направленных на погашение функции железы: перевязка околоушного прото-

ка, а для повышения эффективности методики перед перевязкой протока проводили курс рентгенотерапии в угнетающих дозах, а после операции назначали инъекции атропина. Для погашения секреторной функции органа разработан склерозирующий метод лечения хронических сиалоаденитов (введение в околоушную проток этилового спирта в нарастающей концентрации или пятикратную инстилляцию 2% раствора хлорамина). В поздней стадии заболевания проводится экстирпация околоушного протока внутриротовым доступом с одномоментной денервацией ушно-височного нерва. Прекращение оттока слюны ведёт к развитию не резко выраженного воспаления с постепенным стиханием симптомов.

Рациональный подход к использованию хирургического радикального лечения хронических сиалоаденитов с учётом выраженности патологических изменений в этой стадии заболевания должен быть оправдан. В особенности это касается околоушной железы, в связи с анатомо-топографическими взаимоотношениями органа с лицевым нервом и крупными кровеносными сосудами. Однако не может служить веским аргументом, как считают авторы, и целесообразность сохранения патологически изменённых слюнных желёз ввиду их гормональной функции, которая доказана только у животных. Полагают оправданным расширение показаний к хирургическому лечению некалькулёзных сиалоаденитов.

Таким образом, у больных хроническим сиалоаденитом исход заболевания зависит от активности процесса и длительности его первых проявлений.

Схема лечения хронического неспецифического паротита

1. Санация полости рта.
2. Общеукрепляющая терапия
 - режим дня
 - рациональное питание (с включением слюногонных продуктов)
 - витаминотерапия (С, В₁, А, Д – в возрастной лечебной дозировке)
 - средства, стимулирующие общую и местную резистентность (ФИБС, алоэ, продигозан, пирогенал)

3. Антибактериальная терапия (с учётом чувствительности микрофлоры к антибиотикам).

4. Десенсебилизирующая терапия (супрастин, тавегил, фенкарол).

5. Физиотерапевтические методы (курсами 3-4 раза в год).

6. В период ремиссии – рентгенологическое обследование (контрастная рентгенография).

7. При обострении процесса – см. схему лечения острых сиалоаденитов.

Схема лечения острых и обострившихся неспецифических сиалоаденитов

I период
(острое воспаление,
затруднение слюноотделения)

1. Противовоспалительная терапия (по схеме лечения одонтогенных воспалительных процессов)
2. Мазевые повязки, компрессы с 20% р-ром димексида
3. Щадящая диета

II период
(купирующиеся воспаление,
достаточный слюноотток)

1. Продолжать
2. Продолжать
3. Слюногонная диета (лимоны, горечи)
4. Инстилляциии в выводной проток (ферменты, нитрофураны, антибиотики)

III период
(достаточный слюноотток,
чистая слюна)

1. Слюногонная диета
2. Инстилляциии в проток
3. Йодистый калий 2-6% по 1 ст.л. 3 раза в день - 2 недели
4. Физиотерапевтическое лечение (электрофорез с КУ 5% на область желёзы)

Схема многофакторного лечения неспецифического паротита

С 1 по 7-10 день	
Противовоспалительная терапия (эритромицин, олететрин – выделяются слюнными железами)	Острое воспаление, воздействие на патогенную флору
Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, пипольфен)	Отёк тканей
Компрессы с 20% р-ром димексида, повязка с 10-20% р-ром декамина	Отёк тканей
5-10% раствор хлористого кальция внутрь, лактат кальция	
Неслюногонная диета	Затруднённое слюноотделение
КУФ, УФО, УВЧ в дозе	
С 7 по 10 день	
Инстилляции в проток ферментов, антисептиков, антибиотиков	
Слюногонная диета	Достаточный слюноотток
1-2-3-4-5% КУ по 1 ст.л. 3 раза в день	
С 10 дня	
Электрофорез с 5% р-ром КУ, Калия иодида, трипсином, химотрипсином.	Остаточный инфильтрат
Поливитамины, глюконат кальция, глицерофосфат кальция	Рсмиссия

Физические методы лечения хронических заболеваний слюнных желёз

Наряду с лекарственными препаратами и хирургическими методами существует множество немедикаментозных средств воздействия на человеческий организм. Основное место среди них занимают лечебные физические факторы, как природные, так и преформированные, т.е. основанные на использовании различных видов физической энергии в преобразованном виде. Рациональное использование физических факторов значительно повышает эффективность комплексного лечения и реабилитации больных, сокращает сроки временной нетрудоспособности.

Основными видами лечения являются:

Гальванизация при ксеростомии. Процедуры электролечения осуществляются ежедневно, в течение 30 суток.

Сочетанное воздействие на слюнные железы постоянного тока и введение лекарственных препаратов используется при лекарственном электрофорезе. Широко применяется электрофорез йода. На курс лечения назначают до 30 процедур. Лечение направлено на улучшение трофики железы, повышение её функции, предупреждение обострения заболевания, приостановление нарастания склерозирования стромы с дегенеративными изменениями в паренхиме.

Внутрижелудочный электрофорез ксантинола никотината при лечении больных хроническим паренхиматозным паротитом.

Электрофорез с диметилсульфоксидом (ДМСО). Наряду с высокой перенетрабельностью через кожу, этот препарат способен увеличить её проницаемость и транспортировать через неё другие лекарственные вещества (антибиотики, спазмолитические средства, ферменты и др.), он обладает бактериостатическим, бактерицидным, анальгезирующим и противовоспалительным действием.

Дидинамотерапия, обладает мионейростимулирующим, анальгезирующим, вазоактивным и трофическим эффектом.

Переменные токи высокого напряжения посредством ультратонотерапии

(Синицкий Д.А., 1978, Улащик В.С., 1986, Гавинский Ю.В., 1995), обладающие местным вазоактивным, метаболическим, противовоспалительным эффектом. Наряду с усилением кровотока в микроциркуляторном русле, возникающий в организме ток активизирует метаболизм поверхностных тканей и усиливает их секреторную деятельность. В связи с рефлекторной вегетососудистой реакцией на электрический разряд и ток, а также вследствие прямого действия токов низкой частоты при ультратонотерапии расширяются капилляры и артериолы, повышается тонус вен, улучшается крово - лимфообращение. Рекомендуют проводить процедуры ежедневно или через день, продолжительность воздействия 5-10 минут, курс лечения 10-12 процедур. Для повышения эффективности при лечении сиалоаденита рекомендовано совмещать ультратонотерапию с электрофорезом.

Импульсы магнитного поля (ИМП) благоприятно действуют на течение основных биологических процессов в организме. Разработаны условия для применения переменного магнитного поля при лечении хронического паротита и при его обострени-

ях.

УВЧ и ультразвук. Хороший лечебный эффект был получен при комбинированном методе лечения хронических сиалоаденитов, Сочетая ультразвуковое воздействие с медикаментозным. Так, ряд исследователей предложили внутривнутрипротоковое введение лекарственных препаратов с последующим озвучиванием железы.

Изучая механизм действия механических факторов, некоторые авторы указывают на стимулирующее влияние вибрационного массажа, под действием которого происходит одновременная активация трофики тканей, расширение сосудов мышечного типа, снижение мышечного тонуса.

В последние годы широкое распространение получило лечебное воздействие на биологически активные точки с помощью игл, т.е. акупунктура. Авторы отмечают, что воздействием на определённые биологические точки возможно не только повысить слюноотделительную функцию желез, но и изменить биохимический состав слюны, вызвать анальгетический, спазмолитический, вазоактивный и нейроадаптивный эффекты. Акупунктурная терапия применяется при лечении острых, хронических форм сиалоаденитов, сиалозов, ксеростомии различного генеза.

В последнее время для лечения острых и хронических сиалоаденитов применяется внутривнутрипротоковое УФ - облучение, при котором УФ -лучи с помощью волоконного световода подводят к слюнной железе через её выводной проток. Облучение осуществляется 1-4 минуты. На курс лечения необходимо 6 процедур с интервалами в 2-3 дня.

Особое место в терапии сиалоаденита занимает лазерное излучение, обладающее многофакторными терапевтическими свойствами. Исследования ряда учёных позволили выявить уникальные свойства лазерного излучения, в частности, низкоэнергетического гелий-неонового лазера при лечении значительного числа больных острым и хроническим сиалоаденитом, выразившихся в ускорении ликвидации воспалительных явлений, увеличении продолжительности ремиссии, нормализации лабораторных показателей. У больных были отмечены положительные изменения в структуре железы, проявившиеся в более чётком рисунке железы на сиалограмме, повышение плотности стенки протоков, уменьшении или ликвидации аневризмоподобных и стенозирующих изменений. Одновременно синхронно происходило стойкое повышение функции слюнных желёз, за-

метное улучшение общего состояния. Наряду с этим разработан принципиально новый метод воздействия гелий-неоновым лазерным излучением на паренхиму железы путём внутрижелезистого облучения её через выводной поток (с помощью гибкого световода).

Лечебные возможности современной физиотерапии очень велики, но, как и каждый активный метод лечения, она требует квалифицированного и осторожного подхода при строгом соблюдении принципа индивидуализации каждого больного.

Заключая анализ данных литературы по всем затронутым в обзоре литературы аспектам, можно констатировать, что до настоящего времени остаётся много спорных и неясных вопросов по этиологии, патогенезу, классификации и лечению хронических сиалоаденитов. Это определяет необходимость проведения научных исследований, направленных на уточнение причин возникновения и механизмов развития хронических заболеваний слюнных желёз, на разработку новых, эффективных, патогенетически обусловленных способов их лечения.

Список препаратов, рекомендуемых для лечения острых и хронических сиалоаденитов

1. Группа антибиотиков

- эритромицин
- олететрин
- сумамед - 1 день 4 x 250 мг
- 2 день 1 x 250 мг
- 3 день 1 x 250 мг

2. Группа антигистаминных препаратов

- супрастин по 1 табл. 2 раза в день
- тавегил по 1 табл. 2 раза в день (0,001 мг)
- фенкарол по 1 табл. 2 раза в день

3. Группа ферментов, ингибиторов ферментов

- трипсин 1 амп. на 2-3 мл 0,9% р-ра хлорида натрия
- трасилол 250000 ЕД на 25 мл изотонического раствора
- контрикал 10000 ЕД на 25 мл изотонического раствора

4. Рентгеноконтрастные вещества

- йодлипол 0,3-0,9 мл для сиалографии
- кардиотраст
- урографин

5. Противовирусные препараты
-интерферон 3 амп. на 10 мл воды ежедневно
-оксолин 0,25% 0,5% р-р
-рибонуклеаза 1 амп. (0,025) на 3-4 мл 0,9% р-ра хлорида натрия
-дезоксирибонуклеаза 1 флакон (5 мл) на 5 мл р-ра для инстилляций
6. Группа препаратов для наружного применения
-р-р димексида 30% для компрессов на область железы
-5 -6% р-р йодистого калия для электрофореза на область железы
7. Группа препаратов, стимулирующих неспецифическую резистентность
-ФИБС 1 мл п/к 1 раз в день, №30
-продигиозан
-плазмол 1 мл в/м, п/к каждый день
-аутогемотерапия по нормальной или ускоренной схеме
8. Препараты кальция
-глюконат 1 табл. 3 раза в день, 30 дней
-глицерофосфат 1 табл. 3 раза в день. 30 дней
-5-10% р-р хлористого кальция 10 мл внутрь 3 раза в день
9. Антисклеротические препараты
-2-6% йодид калия по 1 ст.л. 3 раза в день
-делагил 0,25 1-2 раза в день за 2 часа до сна
10. Слюногонные препараты
-галантамина гидробромид 0,5-1% р-р по 1 мл п/к ежедневно
-1% р-р пилокарпина гидрохлорида по 5-6 капель внутрь в небольшом количестве воды
11. Группа витаминов
-А, В, С, Д - в возрастной лечебной дозировке либо поливитамины

Схема ориентировочной основы действия при лечении заболеваний слюнных желёз

Порядок действия	Методы лечения и методика их выполнения	Особенности лечения
1	2	3
I. Острые сialoadениты		
1. Окажите неотложную помощь		
2. Определите место лечения а) поликлиника б) стационар	При оперативном лечении, тяжёлом общем состоянии	При вскрытии гнойного очага, сильная интоксикация
3. Составьте план лечения и проведите лечение в поликлинике		
а) хирургическое б) медикаментозное	1. Назначение антибиотиков 2. Новокаиновые блокады по Вишневскому с добавлением антибиотиков (0,25 % р-р новокаина, через 1-2 дня, курс 5-6 процедур) 3. Уротропин 0,3-0,5 мг 4. 1 % р-р солянокислого пилокарпина по 5-6к. 5. Повязка по Дубровину 6. Промывание желёз ферментами, антибиотиками, антисептиками 7. Режим 8. Диета и уход за полостью рта	1. Для ликвидации воспаления 2. Снятие воспалительного процесса в железе, увеличение слюнооттока 3. Снятие воспалительного процесса 4. Для увеличения слюнооттока 5. При эпидемическом паротите 6. Для растворения слизи в протоке, улучшения слюнооттока 7. Постельный, с посещением лаборатории 8. Увеличение саливации, создание покоя железе

1	2	3
в) физические методы	УВЧ в разрешающей фазе.	Снятие воспаления, улучшение регенерации тканей
г) лечебная физкультура	Массаж железы Упражнение для мышц лица и шеи	Ликвидация застоя в железе
4. Подготовьте больного к госпитализации	1. Объясните больному необходимость в стационарном лечении 2. Согласуйте госпитализацию с зав. отделением 3. Дайте направление в приёмный покой	Возможно вскрытие гнойного очага
5. Составьте план лечения в стационаре	1. Общий анализ крови и мочи 2. Осмотр терапевта 3. Выбор метода обезболивания 4. Премедикация 5. Вскрытие гнойного очага 6. Перевязки, наблюдение ежедневное	Подготовка больного к операции Эвакуация гноя
6. Проведите реабилитацию после выписки	1. Перевязки 2. Парафин, ультрафонофорез с гидрокортизоном на рубцы 3. Плановые осмотры 4. Обработка свищей азотнокислым серебром	Для профилактики осложнений Закрывте свищей
7. Проведите а) профилактику заболевания б) профилактику осложнений	Санпросветработа 1. Орхит, хронический сиалоаденит 2. Парез ветвей лицевого нерва 3. Слоновые свищи	Лекции, беседы, печать 1. Своевременное и полное лечение 2. Правильное направление разрезов

1	2	3
II. Хронические сиалоадениты		
1. Окажите неотложную помощь		
2. Определите место лечения		
а) поликлиника		
б) стационар	Изредка	При необходимости вскрыть гнойный очаг
3. Составьте план лечения в поликлинике	<p>1. Инстиляция в проток ферментов, антисептиков, антибиотиков</p> <p>2. Введение 0,5 - 1% р-ра галантамина</p> <p>3. Пирогеналаловая терапия</p> <p>а) по 100 МПД в/м, 25 инъекций</p> <p>б) введение пирогенала в проток</p> <p>4. Введение в железу 30% йодлипола, 1-2 мл для сиалографии</p> <p>5. 2-6% йодистый калий по 1 ст.л. 3 раза в день, 12 дней. 2-3 курса в год</p> <p>6. Электрофорез с галантамином на область железы</p> <p>7. Массаж железы</p> <p>8. При частых обострениях удаление железы (при паротидэктомии сохранять ветви лицевого нерва, операция по Ковтуновичу или Родону)</p>	<p>1. Растворение, удаление из железы слизи, уменьшение инфицирования</p> <p>2. Улучшение функции железы</p> <p>3. Стимуляция неспецифической резистентности организма</p> <p>4. Уточнение диагноза, Бактерицидное и бактериостатическое действие йода</p> <p>Улучшение функции железы</p> <p>Погасить функцию железы</p> <p>Железа не является резервуаром постоянной инфекции и интоксикации</p>
4. Проведите профилактику осложнений и обострений	<p>Санпросветработа</p> <p>Плановые осмотры</p>	Оздоровительные мероприятия, массаж железы, курсы поддерживающей терапии

Ситуационные задачи

1. Больная К., 54 лет обратилась с жалобами на припухлость в области правой околоушной слюнной железы, повышенную чувствительность к холоду в этой области, обильное выделение солоноватой слюны по утрам. Из анамнеза установлено, что 2 года тому назад после переохлаждения было повышение температуры тела, появилась припухлость в этой области и гнойные выделения из протока железы. Лечилась амбулаторно. Объективно: состояние больной удовлетворительное. Температура тела в пределах нормы. Лицо асимметрично за счёт припухлости в правой околоушной слюнной железе, кожные покровы не изменены, собираются в складку, околоушная слюнная железа увеличена в размере, отмечается болезненная точка в позаподчелюстной области. Открывание рта свободное. Устье протока околоушной слюнной железы справа слегка зияет, при массировании железы из протока выделяется слюна с примесью большого количества хлопьев и слизи.

Поставьте предварительный диагноз, проведите дополнительные методы исследования, проведите дифференциальный диагноз, поставьте окончательный диагноз, составьте план лечения.

2. Больная М., 50 лет, обратилась в поликлинику с жалобой на нестерпимые боли в левой околоушной области, припухлость, покраснение кожи затруднённое открывание рта, наличие гноя в слюне, повышенную температуру тела, общее недомогание, потерю аппетита, плохой сон. Объективно: резкая асимметрия лица за счёт припухлости в левой околоушной, височной, щёчной, подчелюстной областях. При пальпации определяется резко болезненный инфильтрат в области околоушной слюнной железы. Открывание рта затруднено. Слизистая оболочка в области устья выводного протока гиперемирована, устье расширено, из протока выделяется гной, при массаже железы выделение гноя из протока значительно увеличивается.

Поставьте предварительный диагноз, при необходимости проведите дополнительные методы исследования, проведите дифференциальный диагноз, составьте план лечения.

3. Больная И., 36 лет. Жалобы на припухлость в поднижнечелюстном треугольнике слева. Появившуюся около года назад.

При пальпации левая поднижнечелюстная железа увеличена, плотная, безболезненная. В дистальном отделе челюстно-язычного желобка пальпируется плотное, округлое образование (размером до 1 см). При массировании из левого поднижнечелюстного протока выделяется небольшое количество мутной слюны с нитями фибрина.

Составьте план обследования, поставьте диагноз, наметьте план лечения.

ТЕМА №3.

СЛЮННО-КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. ЭТИОЛОГИЯ. ПАТОГЕНЕЗ. МЕХАНИЗМ ОБРАЗОВАНИЯ КАМНЕЙ. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ

Цель занятия: научиться диагностировать слюнно – каменную болезнь и составлять план лечения, освоить методику ин – струментального обследования слюнных желёз, операцию удаления камня из выводного протока и вскрытия абсцесса в области железы.

Структура практического занятия

№	Этапы занятия	Обеспечение проведения занятия		Место проведения занятия	Время проведения занятия (мин.)
		Техническое оборудование, инструментарий.	Наглядные пособия и средства контроля.		
1	2	3	4	5	6
1	Проверка исходного уровня знаний.	Негатоскоп	Контрольные вопросы, задачи.	Учебная комната	5
2	Решение учебных ситуационных задач.	Модели, слайды, рентгенограммы, методическое пособие.	Таблицы, рисунки, схемы, истории болезни.	Учебная комната	20
3	А) Приём больных тематических и нетематических. Б) Заполнение историй болезни	Стоматологическое кресло, инструментарий.	Истории болезни	Стоматологический хирургический кабинет	60
4	Подведение итогов занятия. Контроль результатов усвоения.	Р-граммы, сиалограммы, лабораторные исследования	Основная и дополнительная литература.	Учебная комната	5

Вопросы, необходимые для изучения темы

1. Анатомия и физиология слюнных желёз.
2. Химический состав слюны.
3. Методы обследования слюнных желёз.
4. Причины, ведущие к развитию слюннно-каменной болезни.
5. Механизм образования слюнного камня.
6. Наиболее характерные клинические проявления слюннно-каменной болезни.
7. Рентгенологическое обследование при СКБ.
8. Дифференциальная диагностика СКБ.
9. Оперативное лечение СКБ. Методы, применяемые в условиях поликлиники, в условиях стационара.
10. Методика удаления поднижнечелюстной железы.

Слюнно-каменная болезнь (СКБ)

СКБ (синонимы – сиалолитиаз, калькулёзный сиалоаденит) характеризуется образованием слюнных камней в протоках слюнных желёз.

Причины образования камней не вполне выяснены. Известны лишь отдельные звенья этого сложного процесса. По-видимому, большое значение в возникновении сиалолитиаза имеют изменения общего характера: нарушение минерального, главным образом, кальциевого обмена, гипо- и авитаминоз, изменение электролитного состава слюны, наблюдающиеся у лиц с нарушением обмена веществ (сахарный диабет, цирроз печени и др.). существуют также и местные причины – сужение просвета протока, наличие в протоке и железе инородного тела, нарушение секреторной функции слюнной железы. Таким образом, слюннно-каменная болезнь является полиэтиологичным заболеванием.

Калькулёзный сиалоаденит встречается чаще в возрасте 30-40 лет, количество мужчин и женщин, страдающих данным заболеванием, приблизительно одинаково.

В 97,6% случаев поражаются подчелюстные слюнные железы, в 2,4% - околоушные.

В литературе имеются данные о нахождении слюнных камней в подъязычной слюнной железе и в малых слюнных железах слизистой оболочки губ и щёк.

Камни образуются как во внежелезистой, так и во внутрижелезистой части протока. Обычно образуется один камень, но иногда бывает несколько конкрементов в одной железе.

Форма камней различна. Те камни, которые располагаются в железе, округлые, с шероховатой поверхностью. Конкременты, образовавшиеся в протоке, обычно гладкие и продолговатые. Цвет слюнных камней желтоватый, иногда с сероватым оттенком, на распиле можно обнаружить их слоистое строение. Иногда в центре камня можно обнаружить инородное тело, вокруг которого и началось отложение солей. На поверхности камней могут быть желобки, по которым происходит отток слюны. Масса камней различна – от десятых долей грамма до нескольких десятков грамм. Слюнные камни состоят в основном из неорганических солей: кальция фосфата 60-70%, кальция карбоната 5-10%.

В патогенезе СКБ ведущее значение играет хроническое воспаление поражённой железы вследствие сиалостаза (так как слюна, богатая белком, является хорошей питательной средой для микроорганизмов и при нарушении слюнооттока из-за закупорки протока камнем начинается размножение микроорганизмов, провоцирующих хроническое воспаление).

В период возникновения слюнного камня может произойти задержка секрета, и протоки за камнем расширяются. При обострении хронического процесса в протоках железы, происходит их деформация, а если обострение завершается абсцедированием, то в участках гнойного расплавления вследствие рубцового заращения может возникнуть дефект паренхимы. При длительном течении заболевания и частых обострениях наступает полное склерозирование железы.

Начальная стадия – больные при обращении к врачу предъявляют жалобы на возникновение кратковременных болезненных или слабоболезненных припуханий в области локализации железы, с постепенным увеличением экспозиции и нарастания интенсивности боли вплоть до её перехода в нестерпимую, распирающую, коликообразную (слюнная колика). Преобладающее большинство больных связывают возникновение болезненной припухлости с началом приёма пищи (иногда даже просто с мыслью о еде), а её исчезновение – с окончанием воздействия вкусовых раздражителей.

С клиническими симптомами остро возникающего заболевания в виде припухлости и боли к врачу обращаются около 31% больных. Периоды улучшения и ухудшения состояния, сезонность обострения отмечают 42,8% больных. В большинстве

наблюдений пациенты отмечают, что за одним бурным обострением заболевания следуют 2-4, протекающих в более легкой форме, ремиссии, как правило, не имеют стабильной продолжительности.

При внешнем осмотре больных лишь иногда определяется некоторое увеличение поражённой слюнной железы. Однако этот признак не постоянный. Увеличенная железа при пальпаторном обследовании безболезненная и мягкая. При расположении камня в железе, определяется очаг уплотнения. Произведя бимануальную пальпацию по ходу протока, можно обнаружить уплотнение (камень). Слизистая оболочка и устье протока без воспалительных изменений, зондирование протока, при расположении камня в переднем и среднем отделах протока, позволяет определить шероховатую или гладкую поверхность конкремента.

Установлено, что у большинства больных СКБ функция железы в пределах нормы, у некоторых снижена на 0,5-0,7 мл в сравнении с симметричной железой.

При цитологическом исследовании в слюне определяется небольшое количество частично дегенерированных нейтрофилов, бокаловидные клетки, клетки плоского эпителия.

На сиалограммах определяется равномерное расширение протоков кзади от места расположения камня. Протоки имеют ровные и чёткие контуры.

В ходе осмотра пациентов с заболеваниями поднижнечелюстной железы в начальной стадии заболевания первым клиническим симптомом являлась ретенция слюны, проявляющаяся ощущением распираия железы во время еды, переходящая в боль, которая держится несколько минут, затем постепенно проходит. Отмечается асимметрия шеи за счёт припухлости тканей одного из поднижнечелюстных треугольников.

В стадии клинически выраженного воспаления кроме симптомов ретенции слюны, возникают признаки обострения хронического сиалоаденита. Пациенты жалуются на появление болезненной припухлости в подъязычной или подчелюстной области, затруднённый и болезненный приём пищи. При особо агрессивном течении обострения заболевания наблюдается гиперемия кожи и коллатеральный отёк, распространяющийся в пределах поднижнечелюстного треугольника. Железа увеличена, уплотнена, болезненна. Нередко она имеет бугристую повер-

хность и отличается ограничением подвижности. В ходе осмотра устьев выводного протока поражённой подчелюстной железы определяется отёк, гиперемия устья, иногда, наличие белесоватой точки у выхода из протока. Гиперемия слизистой оболочки, а также отёк мягких тканей в различной мере могут распространяться вдоль подъязычного валика на ткани подъязычной области.

Как характерную особенность отмечают реакцию регионарных лимфатических узлов на воспалительный процесс. Так, практически постоянно определяется увеличенный в размерах, уплотнённый лимфоузел, располагающийся у дистальной поверхности капсулы железы. Он плотно связан с капсулой железы, а иногда с надкостницей нижней челюсти, что, в какой-то мере, создаёт трудности в диагностике.

У больных с поздней стадией калькулёзного сиалоаденита отмечается постоянная припухлость в области слюнной железы, редко встречались признаки слюнной колики. У некоторых больных уплотнение возникало постепенно, без повторных обострений и ретенции слюны. При осмотре определяется припухлость, ограниченная пределами железы, плотная, безболезненная при пальпации. По ходу нижнечелюстного протока нередко имелись рубцы, иногда определялись внутриротовые свищи. Для этой стадии было характерно развитие сиалодохита, при котором изменённый проток прощупывается в виде плотноватого тяжа. Из выводного протока при массировании железы выделяется слизеподобный секрет с гнойными включениями.

Наибольшую информацию о состоянии поднижнечелюстной слюнной железы представляет бимануальная пальпация. Этот диагностический приём даёт возможность определить достоверно: увеличение железы в размерах, наличие зон максимальной болезненности, локализацию конкрементов в железе и протоках, а также дифференцировать лимфаденит от сиалоаденита.

В зависимости от локализации конкремента больные разделяются:

-локализация слюнного камня в переднем отделе поднижнечелюстного протока

-локализация слюнного камня в среднем отделе поднижнечелюстного протока

-локализация слюнного камня в заднем отделе поднижнечелюстного протока

-локализация слюнного камня во внутрижелезистых протоках

-остаточный субмаксиллит

-конкременты околоушной слюнной железы.

По нашим данным, сиалометрия не всегда является информативным диагностическим тестом при калькулёзном сиалоадените. Неадекватный отток слюны, затруднённый наличием в системе протоков железы сиалолита, повышение вязкости и сгущении содержимого протоков, нарушает возможность получения достоверной информации о состоянии секреторной функции железы.

Средние величины полученных порций также неоднозначны, и составляли для здоровой железы $6,4 \pm 2,3$ мл/час, а для поражённой — $1,21 \pm 0,82$ мл/час.

Рентгенография слюнных желёз и протоков при калькулёзном сиалоадените является эффективным диагностическим методом. Причём, исследование нередко даёт возможность не только установить наличие рентгеноконтрастного сиалолита в протоке или в железе, но и судить о форме, размерах и количестве конкрементов.

Таблица 1

Хронический калькулёзный сиалоаденит

Критерии	Хр. СКБ протока слюнной железы	Хр. СКБ слюнной железы
1	2	3
Этиология Патогенез	Общие факторы: Нарушение кальциевого обмена. Гипо- и авитаминоз А.	Местные факторы: Сужение протока. Воспалительные процессы. Внедрение инородного тела. Изменение секреторной функции в железе.
Локализация слюнного камня	В главном протоке	В железе
Форма камня	Продолговатые, с ровной поверхностью.	Округлые, звёздчатые, шероховатые.
Симптомы болезни	Гиперимия слизистой над потоком. Устье протока зияет. В протоке пальпируется инородное тело.	Нарушение функции железы. Гнойное выделение из протока. Боль и увеличение железы при приёме пищи.

1	2	3
Рентгено-графия	Инородное тело в протоке.	Инородное тело в железе.
Сиалография	Расширение протока. Дефект заполнения контрастного вещества в протоке.	Проток не изменён. Дефект заполнения в мелких протоках на уровне расположения камня в железе. Тень железы определяется.

**Схема ориентировочной основы действия при
диагностике слюнно-каменной болезни**

Характер действий	Содержание действий	Критерий самоконтроля
1	2	3
I. Опрос	Боли в области железы, усиливающиеся при еде	Вследствие ретенции слюны, воспалительной инфильтрации тканей
а) местные жалобы	Припухлость в области железы	Вследствие отёка и воспаления
	Неприятный кислосолёный привкус слюны	Изменение pH слюны вследствие её застоя, а при воспалении - примесь гноя в слюне
б) общие жалобы	Отсутствие жалоб	В стадии ремиссии
	Повышение температуры, озноб, недомогание	В стадии обострения
2. Анамнез заболевания	Давность проявлений заболевания может быть от нескольких дней до нескольких лет	Заболевание может протекать бессимптомно, длительность обуславливается хроническим течением
	Частота обострений - от нескольких раз в год до одного в несколько лет	Обусловлено неспецифической резистентностью организма, глубиной морфологических изменений в железе
3. Анамнез жизни	Сопутствующие заболевания: болезни обмена, желчекаменная болезнь, почечно-каменная болезнь	Образование камней в железе есть проявление общих обменных процессов
II. Осмотр	Припухлость в дистальном отделе поднижнечелюстного	Соответственно локализации больших слюнных желёз

1	2	3
	треугольника, в околоушно-жевательной области	
	Гиперемия кожи и отёк окружающих тканей	При обострении процесса
	Зияние и гиперемия устьев выводных протоков	За счёт хронического воспаления
	Выделение неизменённой слюны	За счёт хронического воспаления
	Выделение мутной слюны, с примесью слизи, хлопьев	В поздних стадиях хронического воспаления
	Выделение гноя	При нагноении
	Припухлость и гиперемия подъязычного валика	При обострении процессов в поднижнечелюстном протоке
III. Пальпация	Железа обычной консистенции	В начальной стадии
1) внеротовая	Железа плотная, болезненная	При обострении
2) внутриротовая	Плотное образование	За счёт наличия конкремента
	Болезненное уплотнение в области подъязычного валика	При обострении процесса в поднижнечелюстной железе
3) бимануальная	Железа мягкая, легко смещаемая	В хронической стадии
	Железа плотная, не смещаемая	При обострении
4) массаж желез	С целью получения секрета железы	Для определения характера секрета
IV. Поставьте предварительный диагноз	Слюнно-каменная болезнь соответствующей локализации с указанием стадии процесса и фазы воспаления	Пример: СКБ поднижнечелюстной слюнной железы справа, поздняя стадия, фаза ремиссии
V. Проведите дополнительное инструментальное исследование		

1	2	3
1) Зондирование	Подберите зонд соответствующего диаметра, введите в проток до конкремента	Наличие шероховатости говорит о наличии конкремента. Отрицательные данные говорят об отсутствии камня или его смещении
2) Рентгенография		По R-грамме можно определить:
а) поднижнечелюстной железы	Дно полости рта (прикус), боковая проекция	а) размер, б) форму, в) плотность, г) смещаемость конкремента определяется по наличию неправильной формы тени
б) околоушной железы	Передняя проекция, боковая проекция	соответственно локализации железы и их протоков
3) Сиалография а) методика	Проводится жирорастворимыми (йодипол) и водорастворимыми (кардиотраст, уротраст) препаратами. Для сиалографии используется шприц с тупой иглой (кончик её должен быть отполирован). При использовании йодипола его нагревают перед введением в горячей воде. Иглу вводят в проток на глубину 1,5-2,0 см (до появления чувства расширения в железе). Сиалографию проводят не вынимая иглу из протока, закрывая канюлю специальной пробкой.	При наличии конкремента на сиалограмме определяется дефект заполнения соответствующей локализации
б) осложнения сиалографии	Перфорация протока иглой	При грубых манипуляциях в протоке: При перфорации из протока может появиться незначительное количество крови На сиалограмме - рентгеноконтрастное вещество вне железы и её протока

1	2	3
в) излюбленная локализация конкрементов	В выводном протоке поднижнечелюстной железы	Обусловлено химическим составом слюны, наличием физиологических сужений и изгибов протоков
	В поднижнечелюстной железе	
	В околоушной железе	
VI. Проведите дифференциальную диагностику	<u>Общие признаки</u> Припухлость и боли в области железы	<u>Отличительные признаки</u> Появление боли и припухлости связано с приёмом пищи
а) острый и хронический сиаденоит	Нарушение секреторной функции железы	Быстрое исчезновение болей и припухлости после еды 30-60 мин.
б) острый и хронический лимфаденит соответствующих локализаций	Боли и припухлость в области железы	Боли и припухлость не связаны с приёмом пищи. Неизменный характер секреции железы. Отсутствие изменений на сиалограмме.
в) кисты слюнной железы	Припухлость в области железы	Округлая, флюктуирующая припухлость с медленным ростом и, как правило, отсутствием воспаления, спонтанно не исчезающая. Отсутствие связи с приёмом пищи.
г) флегмона соответствующей локализации	Наличие припухлости в области железы	Боль постоянная, пульсирующая, гиперемия кожи в области железы. Обширный воспалительный инфильтрат. Отсутствие R-картины сиалолитиаза
д) опухоли нижней челюсти (остеома, одонтома)	Наличие округлой тени на рентгенограмме	Несмещаемость локализации тени при смене проекции
VII. Исход	1. При локализации камня в протоке - спонтанный выход его или "прорезывание" в	

1	2	3
	полость рта 2. Развитие флегмоны соответствующей локализации 3. Склероз железы	
VIII. Поставьте окончательный диагноз	Слюнно-каменная болезнь соответствующей локализации с указанием стадии процесса и фазы воспаления	Например: слюнно-каменная болезнь поднижнечелюстной слюнной железы справа, начальная стадия, фаза ремиссии

Лечение слюнно-каменной болезни

Объём лечения зависит от локализации камня, агрессивности процесса, частоты обострений. К каждому больному необходимо подходить индивидуально, после того, как закончите обследование больного и поставите окончательный диагноз.

Существует несколько методик лечения СКБ.

1. Если камень находится в передней 1/3 протока, небольших размеров, продолговатой формы, то есть вероятность его спонтанного выхода в полость рта. В таких случаях можно назначить физиопроцедуры (например, озвучивание железы аппаратом типа биакустического стимулятора) с одновременным назначением спазмолитических препаратов.

2. Хирургическое вмешательство в условиях поликлиники – операция удаления камня из протока слюнной железы. Проводиться, если камень находится в передних 2/3 протока поднижнечелюстной слюнной железы и в околоушном протоке и если камень определяется при внутриротовой пальпации.

Методика: удаление конкремента происходит сзади наперёд для исключения возможности смещения его дистально по протоку. Под мандибулярной (или язычной или инфильтрационной) анестезией накладывают лигатуру (прошивают проток) дистальнее расположения камня. Затем делается разрез продольный в области протока, рассекается проток в области локализации конкремента, экскаватором или маленькой кюретажной ложкой удаляют конкремент. Далее необходимо отмассировать застойную слюну из железы, в ране оставить дренаж из перчаточной резины. После операции назначают тёплые полос-

кания полости рта, слюногонную диету, ежедневные перевязки и динамическое наблюдение.

3. Удаление камня из железы внутриворотным путём — производится в поликлинике или стационаре, при условии, что конкремент пальпируется при внутриворотной пальпации.

Методика: после мандибулярной или язычной анестезии производится разрез в дистальной части челюстно-язычного желобка, тупым путём обнажается верхний полюс железы, вскрывают капсулу железы над камнем, ложкой удаляют камень, рану дренируют полоской перчаточной резины.

4. При нахождении камня в самой железе, при множественных конкрементах, при особо агрессивном течении СКБ производят операцию удаления железы в условиях стационара — экстирпация железы.

Данные операции лучше переносятся в период ремиссии.

Основная группа авторов при локализации сиалолита железы рекомендует прибегать к экстирпации железы. В тоже время некоторые считают целесообразным сохранение железы путём удаления сиалолита внутриворотным доступом, в случае расположения камня в верхнем полюсе железы, или наружным при локализации во внутрижелезистых протоках. Неоднозначность мнений по вопросу целесообразности сохранения поднижнечелюстной железы обусловлена как функциональной значимостью органа, так и развитием послеоперационных осложнений: травмы крупных нервных стволов, нарушение функции краевой ветви лицевого нерва, язычного нерва, подъязычного. При слюнно-каменной болезни околоушной железы предпочтение отдают хирургическому лечению: методике частичной, субтотальной или тотальной паротидэктомии с сохранением лицевого нерва.

В период обострения производятся следующие лечебные манипуляции:

1) инстилляции в проток железы растворов ферментов, антисептиков, антибиотиков. С целью растворения и удаления из протоков слизи и хлопьев, для свободного оттока секрета из железы, для уменьшения инфицирования железы.

Из антибиотиков хороши

-эритромицин и олететрин, т.к. они выделяются слюнными железами по 0,25 г 4 раза в день, курс до 7-10 дней.

-продолжительные сульфаниламидные - бисептол 480 мг. -

2 табл. г 2 раза в день, курс 7 дней.

1) При серозных формах обострившегося хронического процесса:

трасилол - 25 тыс. ЕД на 25 мл. 0,9% р-ра натрия хлорида
контрикал - 10 тыс. ЕД на 25 мл. 0,9% р-ра натрия хлорида

2) При нагноении показано вскрытие протока и (или) гнойного очага в железе, с дальнейшим медикаментозным лечением по общим правилам лечения острого сиалоаденита.

Ситуационные задачи

1. Больная 52 лет. Жалобы на периодически появляющиеся боли и припухлость в поднижнечелюстном треугольнике справа, связанные с приёмом пищи, исчезающие через 30-40 минут. Больна несколько месяцев. Правая поднижнечелюстная железа обычных размеров и консистенции. Из устья поднижнечелюстного протока справа выделяется незначительное количество густой слюны. По ходу этого протока пальпируется плотное округлое образование размером около 0,8 см. в диаметре. Поставьте предварительный диагноз. Назначьте при необходимости дополнительные методы исследования.

2. Больная 36 лет. Жалобы на постоянную припухлость в поднижнечелюстном треугольнике слева, появившуюся около года назад. При пальпации левая поднижнечелюстная железа увеличена, плотная, безболезненная. В дистальном отделе челюстно-язычного желобка пальпируется плотное, округлое образование (размером до 1 см). При массаже поднижнечелюстной железы слева из протока получено скудное количество мутной слюны с нитями фибрина. Поставьте диагноз с указанием стадии процесса и фазы воспаления, составьте план лечения.

3. Больной 41 год. Жалобы на периодически возникающие боли и припухлость в поднижнечелюстном треугольнике справа, связанные с приёмом пищи. Болен 2 месяца. Поднижнечелюстная железа увеличена, обычной консистенции, из устья её протока выделяется густая, мутная слюна. Данных на наличие конкремента при пальпаторном и рентгенологическом исследовании не выявлено. Определите тактику дальнейшего обследования больного и поставьте диагноз с указанием стадии процесса.

4. Больная 57 лет. Несколько месяцев беспокоят периодически возникающие боли и припухлость в области левой околоушной железы, связанные с приёмом пищи. Железа обычных размеров и консистенции. Из устья выводного протока выделяется незначительное количество прозрачной слюны. На боковой рентгенограмме в проекции левой околоушной железы определяется тень, подозрительная на конкремент, размером 0,4г1,1 см.

Поставьте диагноз с указанием стадии процесса. Какое лечение и где показано больной?

5. Больная 33 лет. Жалобы на резкие боли и припухлость в поднижнечелюстном треугольнике слева, повышенную температуру. Из анамнеза: в течении нескольких лет страдает калькулёзным сиалоаденитом слева. В поднижнечелюстном треугольнике определяется плотный болезненный инфильтрат. Кожа в этой области гиперемирована, в складку не собирается. Из устья правого поднижнечелюстного протока выделяется гной. На рентгенограмме дна полости рта слева определяется тень округлой формы размером до 0,8 см, подозрительная на конкремент.

Какой объём оперативного вмешательства у данной больной? Где необходимо лечить больную?

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Байфа А.А. Способ лечения воспалительных заболеваний слюнных желез // А.с. СССР №1072312, КДА 61, №1/42, 1983.
2. Байфа А.А. Лечение хронического паротита с применением переменного магнитного поля и лекарственных препаратов растительного происхождения: Дис. ... канд. мед. наук. - Иркутск, 1988. - 216 с.
3. Безруков С.Г. Патогенез и лечение хронических сиалоаденитов : Дисс. канд. мед. наук - М., 1991. - 243.
4. Бернадский Ю.И. Воспаление слюнных желез и их выводных протоков // Основы хирургической стоматологии. - Киев, 1997. - С. 262-285.
5. Вахтин В.И. Состояние гомеостаза при лазерной терапии воспалительно-деструктивных заболеваний лица и шеи: Автореф. дисс. .. докт. мед. наук. - М., 1995. - 20 с.
6. Виниченко Е.Л. Экстракорпоральные физические методы в комплексном лечении больных с воспалительными заболеваниями слюнных желез: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Краснодар, 1998 г. - 26 с.
7. Губерская Т.А. Регионарное кровообращение околоушной и поднижнечелюстной слюнных желез и коррекция его нарушений у больных хроническим сиалоаденитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ярославль, 1991. - 25с.
8. Девдариани Д.Ш. Некоторые аспекты патогенеза хронического паротита и его лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Л., 1988. - 17 с.

9. Денисов А.Б. Механизмы патологических и приспособительных процессов при заболевании слюнных желёз: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. - М., 1995. - 30 с.
10. Добрымислова Н.А. Комплексное рентгенологическое и ультразвуковое исследование в диагностике заболеваний околоушных слюнных желёз: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - СП-б., 1991. - 17 с.
11. Ивасенко П.И. Хронические неопухольевые заболевания околоушных желёз: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. - Минск, 1995. - 51 с.
12. Кац А.Г. Низкоэнергетическое лазерное излучение в комплексном лечении воспаления слюнных желёз // *Стоматология*, 1993, № 4. - С.32-36.
13. Кац А.Г. Комплексное лечение воспалительных заболеваний слюнных желёз - М., 1994 г. - 24 с.
14. Клементов А.В. Болезни слюнных желёз. - Л., 1975. - 396 с.
15. Козлов В.И. Воспалительные заболевания слюнных желёз // *Хирургическая стоматологическая помощь в поликлинике*. - М.: Медицина, 1985. - С. 170-187.
16. Колесов В.С. Хронические сиалоадениты, сиалозы, синдромы с поражением слюнных желёз: Патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и лечение: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. - Киев, 1987. - 44 с.
17. Лесовая Н.Д. Клиника и лечение слюнно-каменной болезни подчелюстных желёз /Топографоанатом. и клинич. исследование/: Дисс. ...д-ра мед. наук. - Полтава, 1972. - 401.
18. Морозов А.Н. Пантмосиалография при хронических некалькулезных сиалоаденитах: Дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1978. - 278 с.
19. Пискунович М.Л., Яковлева В.И. Секреция слюнных желёз в норме и патологии // *Здравоохранение Белоруссии*. - 1985. - №1. - С. 36-38.
20. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев В.В., Морозов А.Н. Заболевания и повреждения слюнных желёз. - М.: Медицина, 1987. - 240 с.
21. Ромачева И.Ф., Афанасьев В.В., Юдин Л.А., Громова О.Ю. Работа центра по заболеваниям слюнных желёз // *Наследие А.И.Евдоимова*. - М., 1993. - С. 48-49.
22. Ронь Г.И. Хронические заболевания слюнных желёз: (Эпидемиология, патогенез, клиника, дифференц. диагностика, лечение сиалозов и сиалоаденитов): Дисс. ... докт. мед. наук - Екатеринбург., 1992.-285 с.
23. Саидкаримова У.А. Сиалозы: Этиология, патогенез, диагностика, клиника, профилактика и лечение: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук.- М., 1991.- 37 с.
24. Солнцев А.М., Киндрас И.Б. Хирургическое лечение хронических паротитов. - К., 1990. - С.227-229.
25. Солнцев А.М., Колесов В.С., Колесова Н.А. Заболевания слюнных желёз. - Киев: Здоровья, 1991. - С. 3-158.
26. Хасанова Г.Б. Клиника и лечение слюнно-каменной болезни поднижнечелюстных желёз в возрастном аспекте: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. - Минск, 1987. -20с.
27. Чулак Л.Д. Патогенез, клиника, диагностика и лечение дистрофически-воспалительных заболеваний околоушной слюнной желёзы: Автореф.дисс. ... канд. мед. наук. - Киев, 1993. -21с.