

Т. В. КАХАНОВИЧ

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ
ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ
СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ**

Минск БГМУ 2023

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Т. В. КАХАНОВИЧ

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2023

УДК 616.316-079.4(075.8)

ББК 56.6я73

К30

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 15.02.2023 г., протокол № 2

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. каф. челюстно-лицевой хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования А. С. Артюшкевич; каф. терапевтической стоматологии Белорусской медицинской академии последипломного образования

Каханович, Т. В.

К30 Дифференциальная диагностика заболеваний слюнных желез : учебно-методическое пособие / Т. В. Каханович. – Минск : БГМУ, 2023. – 48 с.

ISBN 978-985-21-1290-1.

Посвящено одному из разделов челюстно-лицевой хирургии — болезням слюнных желез. Подробно рассматриваются вопросы этиологии и патогенеза наиболее часто встречающейся патологии слюнных желез. Приводится описание существующих методов диагностики и лечения этих заболеваний.

Предназначено для студентов 3-го курса лечебного факультета, 4–5-го курсов стоматологического факультета, а также для клинических ординаторов.

УДК 616.316-079.4(075.8)

ББК 56.6я73

Учебное издание

Каханович Татьяна Валентиновна

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. С. Ластовка

Редактор Ю. В. Киселёва

Компьютерная вёрстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 12.05.23. Формат 60×84/16. Бумага писчая «IQ Ultra».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 2,79. Уч.-изд. л. 2,75. Тираж 50 экз. Заказ 222.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-21-1290-1

© Каханович Т. В., 2023

© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2023

ВВЕДЕНИЕ

Большие слюнные железы — органы с достаточно сложными и разнообразными функциями, имеющие немаловажное значение для нормальной жизнедеятельности организма человека. Кроме пищеварительной, им присущи выделительная и защитная функции, участие в поддержании водно-электролитного гомеостаза в организме, а также эндокринная функция.

Болезни слюнных желез составляют от 3 до 24 % всей патологии челюстно-лицевой области, и спектр их достаточно широк: пороки развития, закрытые и открытые механические повреждения, воспалительные процессы, реактивно-дистрофические изменения, слюннокаменная болезнь, кисты, доброкачественные и злокачественные опухоли. Диагностика и дифференциальная диагностика этих заболеваний достаточно трудны из-за разнообразия их клинических форм и сложного анатомо-морфологического строения слюнных желез. Выбор метода лечения зависит от клинического обследования, правильно выбранных методов исследования и поставленного диагноза. Превалирующей патологией для поднижнечелюстных желез является слюннокаменная болезнь, а для околоушных — доброкачественные опухоли.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Большие слюнные железы выполняют следующие функции:

1. Пищеварительная функция:

- смачивание пищи и формирование пищевого комка;
- ферментативная обработка пищи.

2. Выделительная функция — осуществление метаболизма ряда химических соединений.

3. Защитная функция — обусловлена содержанием в слюне антимикробных факторов:

– неспецифических факторов защиты (лизоцима, интерферона, РНК-азы, ДНК-азы);

– муцина (создает защитную пленку);

– факторов свертывания крови и фибринолитической активности.

4. Функция поддержания водно-солевого гомеостаза.

5. Трофическая функция — для органов и тканей полости рта.

6. Эндокринная функция — способность синтезировать, активизировать либо накапливать биологически активные вещества (калликреин, ренин, паротин, кальцитониноподобное вещество, факторы роста нервов, эпидермиса и мезодермы, эритропоэтин, инсулиноподобное вещество, фактор летальности и др.).

Существенна роль больших слюнных желез в регуляции обмена веществ, в адаптативных процессах и влиянии на регенеративные процессы в организме.

На основании результатов физико-химических исследований секрета слюнных желез доказано, что слюна не является просто ультрафильтратом плазмы крови, а представляет собой биологическую жидкость сложного комплексного состава, формирующуюся в ходе активных процессов. По содержанию в ней некоторых органических и минеральных компонентов может рассматриваться как перенасыщенный раствор этих компонентов. Наибольшее количество слюны выделяет поднижнечелюстная железа.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Международная классификация болезней слюнных желез (МКБ-10):

K11.0 Атрофия слюнной железы.

K11.1 Гипертрофия слюнной железы.

K11.2 Сиаладенит (исключены эпидемический паротит и увеопаротидная лихорадка Хирфорда).

K11.3 Абсцесс слюнной железы.

K11.4 Свищ слюнной железы (исключен врожденный свищ слюнной железы).

K11.5 Сиалолитиаз (камни слюнной железы или протока).

K11.6 Мукоцеле слюнной железы.

Слизистая:

- киста с экссудатом слюнной железы;
- ретенционная киста слюнной железы.

Ранула.

K11.7 Нарушения секреции слюнных желез (исключена сухость полости рта без дополнительного уточнения):

- гипоптиализм;
- птиализм;
- ксеростомия.

K11.8 Другие болезни слюнных желез (исключен синдром сухости (болезнь Шегрена)):

- доброкачественное лимфоэпителиальное поражение слюнной железы;
- болезнь Микулича;
- некротизирующая сиалометаплазия;
- сиалэктазия;
- стеноз слюнного протока;
- сужение слюнного протока.

K11.9 Болезнь слюнной железы неуточненная:

- сиалoadенопатия без дополнительного уточнения.

Клиническая классификация болезней слюнных желез:

1. Пороки развития (полная или частичная аплазия, дистопия, смещение устья выводного протока, врожденная эктазия протоков).
2. Закрытые и открытые механические повреждения и их последствия.
3. Воспалительные процессы (сиаладениты).

4. Слюннокаменная болезнь.
5. Реактивно-дистрофические изменения (сиалозы).
6. Кисты слюнных желез.
7. Опухоли слюнных желез.

СИАЛАДЕНИТЫ

Болезни слюнных желез довольно разнообразны. Из воспалительных заболеваний наиболее распространены сиаладениты.

Сиаладенит (sialadenitis; греч. *sialon* (слюна) + *adēn* (железа) + *-um*) — воспаление слюнной железы. Чаще поражается околоушная железа, реже — поднижнечелюстная, крайне редко — подъязычная и малые слюнные железы. Сиаладениты могут возникать самостоятельно (вирусные, бактериальные, вследствие местных причин) и как осложнение общего заболевания. К местным причинам развития сиаладенита относят восходящую инфекцию, попадание в проток инородного тела, сужение просвета протока вследствие рубцового процесса или новообразования. Общими причинами могут быть истощение организма, интоксикация, обезвоживание после полостной операции. Инфекция имеет определяющее значение для острых сиаладенитов и вторичное — для хронического.

По клиническому течению выделяют сиаладениты:

- острый;
- хронический;
- обострение хронического.

По характеру возбудителя:

- вирусные сиаладениты;
- бактериальные сиаладениты;
- микотические сиаладениты.

Пути проникновения инфекции в железу:

- гематогенный (для вирусов);
- восходящий (дуктогенный);
- лимфогенный;
- контактный (для бактериальной и микотической флоры).

В зависимости от тяжести заболевания могут быть выделены *три формы* клинического течения острого сиаладенита: легкая, средняя и тяжелая.

При *легкой форме* клинические проявления не выражены, температура не повышается. Выявляется почти безболезненное незначительное припухание околоушных слюнных желез. Выделение слюны не нарушено. Припухлость и боль исчезают в течение недели.

При *средней степени тяжести* после 2–3-дневного недомогания, болезненности в области шеи, суставов и мышц, сухости во рту возникает болезненное припухание околоушной железы. Отмечается повышение температуры тела до 37–38 °С. Припухлость железы увеличивается. Может быть

гиперемия слизистой оболочки полости рта и устья выводного протока. Саливация снижена.

При *тяжелой форме* вначале, после подъема температуры и слабости, припухает околоушная слюнная железа, часто обе. Очень скоро наступает коллатеральный отек и воспаление окружающих тканей. При этом припухлость распространяется до уровня глазниц и спускается ниже углов челюсти и до ключиц. Кожа над припухлостью нормальной окраски, но напряжена. При вовлечении в процесс подчелюстных и подъязычных слюнных желез припухлость распространяется на шею. Может быть затруднение открывания рта из-за увеличивающегося отека. Развивается катаральный стоматит. Наблюдается резкое уменьшение или прекращение слюноотделения. Температура повышается до 39–40 °С, а на 5–6-й день начинает падать. Может развиваться абсцедирование.

ОСТРЫЙ ВИРУСНЫЙ САЛАДЕНИТ

Острый вирусный саладенит может быть вызван:

- вирусом эпидемического паротита (парамиксовирусом);
- вирусом гриппа;
- другими вирусами (цитомегаловирусом, герпесвирусом и др.).

Эпидемический паротит является острым инфекционным заболеванием, которое вызывается парамиксовирусом. Возбудитель паротита впервые был выделен в 1934 г. Х. Джонсоном и Э. Гудпасчером. Заболевание характеризуется воспалением больших слюнных желез. При его типичной клинической форме поражаются околоушные железы — в 85,1 %, реже поднижнечелюстные — в 10 % и подъязычные — в 4,9 % случаев. При атипичной форме заболевания околоушные железы в воспалительный процесс не вовлекаются. Вирус эпидемического паротита, кроме ткани слюнных желез и слюны, выявляется в спинномозговой жидкости, в нервной ткани и некоторых органах (мышце сердца, поджелудочной железе, яичках и их придатках). Болеют чаще дети, реже — взрослые. Наиболее часто болеют дети в возрасте 5–6 лет и в раннем школьном возрасте. Особенность паротита — то, что это заболевание распространяется во время эпидемических вспышек. Больные являются источником распространения болезни. Однако в некоторых случаях выявить контакт с больным не всегда возможно. Описаны бессимптомные формы эпидемического паротита, которые выявляются только при вирусологическом обследовании пациента. Заражение происходит воздушно-капельным путем. Вирус с капельками слюны проникает в организм через слизистую оболочку носа, полость рта, небные миндалины и конъюнктиву глаза. Инкубационный период составляет от 11 до 23 дней.

Патологическая анатомия. При микроскопическом исследовании воспаленной железы определяются значительная гиперемия и воспалительный отек ее стромы и окружающей клетчатки. Иногда отмечается лейкоцитарная инфильтрация стромы вокруг слюнных протоков и кровеносных сосудов. В протоках железы обнаруживается большое количество слущивающихся

эпителиальных клеток. В эпителии железы наблюдаются незначительные изменения: набухание и зернистое помутнение.

В зависимости от тяжести клинических проявлений заболевания различают *три его формы*: легкая, средней тяжести и тяжелая. Также выделяют неосложненные и осложненные клинические формы течения процесса.

Клиника. Заболевание начинается остро. Вначале может увеличиться только одна околоушная железа. Припухлость появляется на фоне резкого повышения температуры тела до 38–39 °С. Затем температура несколько снижается, и через 1–2 дня припухает и другая околоушная железа. Увеличение железы вновь сопровождается резким повышением температуры. Постоянным симптомом, который сопутствует заболеванию, является боль в увеличенной околоушной железе. В зависимости от тяжести течения эпидемического паротита будет отмечаться разная выраженность клинических симптомов интоксикации (озноб, недомогание, слабость, плохой аппетит, повышение температуры тела, боль в мышцах и суставах и др.). Увеличенные околоушные железы заполняют позадичелюстные ямки и приподнимают мочки ушных раковин. Кожа над припухлостью отечная, в цвете обычно не изменена. Железа при пальпации резко болезненная. Припухлость тестоватой консистенции, без четких границ, флюктуации нет. Открывание рта затруднено из-за болезненности. Болевые ощущения усиливаются при жевании, приеме острой пищи. Для эпидемического паротита характерно наличие болевых точек Филатова (впереди мочки уха, в области верхушки сосцевидного отростка и полулунной вырезки ветви нижней челюсти). Имеется симптом Хетчкока (Hatchcock) — болезненность при надавливании в области угла нижней челюсти, а также симптом Тресильяна–Мурсона (Tresilian–Mourson) — гиперемированная кайма слизистой оболочки вокруг устья выводного протока околоушной железы. Саливация обычно понижена. Из устья выводного протока слюноотделение полностью прекращается.

Клинические проявления эпидемического паротита вариабельны. Крайне редко наблюдается нагноение железы. Иногда в воспалительный процесс вовлекаются поднижнечелюстные и подъязычные железы. При субмаксиллите, кнутри от нижнего края нижней челюсти, определяется плотная и болезненная припухлость, иногда отек распространяется на верхнюю треть шеи.

Симптомы эпидемического паротита нарастают в течение 3–5 дней, затем удерживаются на максимальном уровне 4–7 дней и уменьшаются в течение 4–7 дней. В целом заболевание продолжается 2–4 недели.

Диагностика. Очень важным диагностическим критерием у больных эпидемическим паротитом является повышение показателей *α-амилазы крови и диастазы мочи свыше 128 ЕД*. Другие лабораторные показатели крови и мочи специфических изменений не имеют и соответствуют обычным воспалительным процессам. Степень выраженности изменений лабораторных анализов находится в прямой зависимости от тяжести клинического течения заболевания.

Дифференциальную диагностику следует проводить с цитомегалией слюнных желез, гриппозным сиаладенитом, острыми бактериальными сиаладенитами, абсцессами и флегмонами околоушно-жевательной области.

Лечение эпидемического паротита симптоматическое: соблюдение постельного режима на срок от 7 до 10 дней (для предупреждения развития осложнений); частые полоскания полости рта для ее очищения от пищи. Рекомендуется употреблять молочно-растительную, богатую витаминами пищу. От приема жиров и углеводов из-за опасности возникновения панкреатита следует временно отказаться.

Среди *осложнений* эпидемического паротита, которые, как правило, редки, могут быть поражения нервной системы (менингит, энцефалит, невриты и др.), орхит, заболевания желудочно-кишечного тракта (панкреатит и др.) и органов дыхания (пневмонии), сердечно-сосудистой системы, органов зрения, слуха и др. В большинстве случаев исход заболевания благоприятен. После перенесенного эпидемического паротита остается стойкий иммунитет. В случае возникновения осложнений общего характера показана консультация специалиста соответствующего профиля.

Профилактика. Больной изолируется дома или госпитализируется (по показаниям) в инфекционное отделение больницы. Срок изоляции больного — 9 дней от начала клинических проявлений заболевания.

Гриппозный сиаладенит возникает как последствие гриппа.

Клиника. Процесс начинается в одной железе, но очень быстро вовлекается парная железа. При поражении околоушных желез характерным субъективным признаком является болезненность при открывании рта и повороте головы в сторону. Отек распространяется в щечную, поднижнечелюстную, позадичелюстную области и в верхний отдел шеи. При пальпации определяется плотный болезненный инфильтрат в пределах анатомических границ околоушной железы. Поверхность инфильтрата гладкая. При гнойном расплавлении железы инфильтрат распространяется на окружающие ткани.

При локализации процесса в поднижнечелюстной железе больных беспокоит боль при глотании, припухлость занимает поднижнечелюстную и подъязычную области, распространяется на подбородочную область и верхний отдел шеи. Наиболее отчетливо локализация процесса в поднижнечелюстной слюнной железе определяется при бимануальной пальпации в дистальном отделе челюстно-язычного желобка и поднижнечелюстного треугольника. Определяется плотная, подвижная, болезненная, с гладкой поверхностью поднижнечелюстная железа.

Пациенты с острым сиаладенитом подъязычных слюнных желез жалуются на боль при движении языком, увеличение подъязычных складок. Малые слюнные железы вовлекаются в воспалительный процесс чаще при множественном поражении больших слюнных желез.

Лечение. В ранний период заболевания рекомендовано орошение полости рта антисептиком. Следует проводить комплекс мероприятий по пита-

нию, режиму, симптоматическую терапию по поводу гриппозной инфекции. Исход заболевания, как правило, благоприятный.

Цитомегалия слюнных желез — вирусное заболевание, которое поражает преимущественно новорожденных и детей грудного возраста (вирус проникает в организм ребенка через плаценту). Заболевание может проявляться поражением только слюнных желез или с преобладанием в клинической картине общих изменений (со стороны легких, почек, печени и желудочно-кишечного тракта). По наблюдениям Л. Сазама (1971), в слюнных железах оно проявляется воспалением и образованием мелких кист (из-за закупорки мелких слюнных протоков гигантскими эпителиальными клетками). Прогноз неблагоприятный. Больные погибают от последствий вирусной токсемии.

ОСТРЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ СИАЛАДЕНИТ

Острый бактериальный сиаладенит наблюдается чаще в околоушных железах. Это можно объяснить тем, что в слюне околоушных желез содержится меньшее количество муцина, препятствующего проникновению микрофлоры из полости рта в протоки железы, в то время как в слюне поднижнечелюстных, подъязычных и малых слюнных желез его значительно больше.

Патогенез: инфицирование железы бактериальной микрофлорой на фоне угнетения или снижения секреторной функции. В протоках железы обнаруживаются стафилококки, пневмококки, стрептококки, кишечная палочка.

Пути проникновения инфекции: основной — восходящий (дуктогенный), возможен лимфогенный, гематогенный.

Острый бактериальный сиаладенит может возникать:

- при общих острых инфекционных заболеваниях;
- в послеоперационном периоде;
- при кахексии, сердечно-сосудистой недостаточности и других хронических заболеваниях с нарушением трофики тканей;
- при внедрении инородного тела;
- при воспалении лимфатических узлов, находящихся в паренхиме околоушной железы (лимфогенный паротит).

Клинические формы: серозная, гнойная, гнойно-некротическая (гангренозная).

Клиника. Острый бактериальный сиаладенит отличается быстрым нарастанием воспалительных явлений. На протяжении 1–2 дней может начаться некроз железы. Некротизированные участки железы постепенно отторгаются. В тех случаях, когда процесс возникает на фоне общих дистрофических заболеваний, воспалительные изменения могут нарастать медленно. При благоприятном течении острого гнойного сиаладенита высокой температуры может не быть. При этом имеется плотная, болезненная при пальпации слюнная железа с гнойным отделяемым из протока. Диагноз подтверждается цитологическим исследованием отделяемого из протока: выявляется скопле-

ние нейтрофилов, лимфоцитов, ретикулярных клеток, макрофагов, клеток цилиндрического, плоского и кубического эпителия.

Контактный сиаладенит возникает при распространении воспалительного процесса при флегмонах околоушно-жевательной, поднижнечелюстной, подъязычной областей. После стихания воспалительного процесса в клетчаточном пространстве и вскрытия флегмоны развивается воспаление в слюнных железах, чаще одностороннее. У большинства больных контактный сиаладенит протекает в легкой форме, реже — среднетяжелой, проявляется припуханием железы, снижением ее функции. Целесообразно обращать внимание на функцию слюнной железы, расположенной по соседству с флегмонозным процессом, и своевременно расширять комплекс лечебных мероприятий, чтобы предупредить контактный сиаладенит.

Гнойно-некротический паротит чаще наблюдается у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих тяжелыми заболеваниями (сердечно-сосудистыми, инфекционными, кахексией, старческим слабоумием, хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта и др.). Может возникнуть после оперативных вмешательств на органах брюшной полости (аппендицит, перитонит, резекция желудка и др.), а также после гинекологических операций. Секреторная функция околоушных желез нарушается при заболеваниях желудочно-кишечного тракта: хроническом гастрите, раке желудка, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Степень и характер нарушения зависят от вида и продолжительности заболевания. Воспаление железы развивается, как правило, на протяжении первой недели после проведенной операции. Решающий фактор в развитии воспалительного процесса в железе — уменьшение или временное отсутствие выделения слюны из железы, что создает условия для восходящего (дуктогенного) распространения патогенных микроорганизмов (стафилококков, стрептококков и др.) из полости рта. Предрасполагающими факторами гнойно-некротического паротита являются обезвоживание организма больного и наличие очагов хронической инфекции в полости рта и в зеве. Важную роль в развитии патологического процесса играют токсические продукты тканевого распада, приводящие к активизации протеолитических ферментов и аутолизу ткани железы.

В случае гематогенного пути распространения инфекции при пневмонии из гнойного очага в железе можно высеять пневмококк, а при менингите — менингококк и др. В начальной стадии заболевания в паренхиме слюнной железы развивается серозное воспаление, т. е. **острый серозный сиаладенит**. По мере нарастания активности воспалительного процесса лейкоцитарная инфильтрация ткани железы увеличивается, и в ней образуются очаги гнойного воспаления. Но поскольку организм больного чаще всего ослаблен из-за сопутствующих заболеваний или в результате оперативного вмешательства, то в паренхиме пораженной железы возникают очаги некроза, которые могут захватывать большой участок слюнной железы (иногда и всю железу). Появление припухлости околоушной железы сопровождается резкой сухостью в полости рта. Температура тела колеблется от

субфебрильной до высокой. При пальпации железа уплотненная и болезненная. Припухлость чаще имеет диффузный характер и захватывает смежные с железой анатомические области. Кожа над зоной поражения цианотичная или не изменена в цвете, отечная, пастозная, в складку не собирается, инфильтрированная. Наружный слуховой проход сужен. Из-за вовлечения в воспалительный процесс жевательной мышцы возможна ее воспалительная контрактура. При поражении глубокой доли околоушной железы у больных появляются боли при глотании. Слизистая оболочка полости рта сухая и гиперемированная. При массировании околоушной железы слюну получить не удастся, но иногда выделяется капля гноя. В некоторых случаях воспалительный процесс в околоушных железах может быть двусторонним. Степень выраженности воспалительных изменений слева и справа могут быть различными. По наблюдению иногда в воспалительный процесс могут вовлекаться и поднижнечелюстные железы.

При сиаладените, вызванном внедрением инородных тел в выводные протоки желез, пациенты жалуются на периодически возникающее увеличение железы. В течение некоторого времени инородное тело, попавшее в проток железы, может вызывать лишь ретенцию (задержку) слюны и временное припухание околоушной или подчелюстной железы. Такая железа безболезненна, имеет обычную консистенцию, может быть незначительно увеличенной. Затем возникает воспалительная реакция, соответствующая картине острого сиаладенита. В тех случаях, когда инородное тело находится в протоке железы длительное время, клиническая картина заболевания сходна со слюннокаменной болезнью. Иногда инородное тело может стать центром образования слюнного камня. В дальнейшем пораженная железа может нагноиться, т. е. развивается клиническая картина острого гнойного сиаладенита (припухлость и болезненность железы увеличиваются, отделяемого из протока нет, при пальпации определяется плотный и резко болезненный воспалительный инфильтрат, появляются симптомы интоксикации).

При вскрытии выводного протока железы может быть обнаружено инородное тело, которое выделяется с большим количеством застойной или гнойной слюны. Возможно самопроизвольное вскрытие гнойника. Если инородное тело удалить не получилось, то воспаление переходит в хроническую форму с последующими рецидивами заболевания, что требует более радикального лечения — удаления железы.

Диагностика. Диагноз подтверждается обнаружением инородного тела при сиалографии по дефекту заполнения протока или ретенции контрастного вещества. В практике встречается острый сиаладенит, вызванный *рубцовым изменением выводного протока околоушной слюнной железы* из-за хронической травмы дефектной пломбой верхних моляров. При диагностике острых сиаладенитов следует обращать внимание на этот факт.

Лимфогенный паротит. Лимфатические узлы, находящиеся в паренхиме околоушной железы, получают лимфу из области наружного уха, глаза, перитонзиллярной области, моляров верхней и нижней челюстей, носоглот-

ки, корня языка. При локализации патологического очага в вышеперечисленных областях (острый периодонтит, периостит, остеомиелит верхней и нижней челюстей в области моляров, тонзиллит, отит, конъюнктивит и др.) может возникнуть острый серозный лимфаденит интракапсулярного лимфатического узла околоушной железы. Этот острый серозный лимфаденит Р. Л. Герценберг в 1926 г. предложил называть ложным паротитом. По имени автора данное заболевание называется ложным паротитом Герценберга. Это заболевание является по своей сути лимфаденитом узла, который расположен в паренхиме околоушной железы. В дальнейшем острое воспаление в лимфатическом узле может благополучно разрешиться, и больной выздоравливает. Но в некоторых случаях (при прогрессировании воспалительного процесса в области моляров верхней и нижней челюстей, небных миндалин и др.) может наблюдаться нагноение этого интракапсулярного лимфатического узла. Капсула последнего расплавляется, и гнойный очаг дренируется в протоки околоушной железы. Таким образом происходит инфицирование паренхимы железы, и развивается лимфогенный паротит.

Клиника. Нагноение лимфатического узла может протекать не типично, т. е. без выраженного периаденита. При типичном течении воспалительного процесса размеры инфильтрата в околоушно-жевательной области резко увеличиваются, границы его становятся менее четкими, боль усиливается, появляется чувство распирания в области патологического очага, симптомы интоксикации нарастают (повышается температура тела и т. д.). Патогномичным симптомом начала острого лимфогенного паротита будет появление гнойного экссудата в слюне (мутная гнойная слюна) и гиперемия устья выводного протока.

При лимфогенном паротите в динамике заболевания можно выявить существенные нарушения функции слюнной железы: уменьшение саливации и снижение показателей местной резистентности организма.

При хроническом лимфогенном сиаладените в толще мягких тканей пальпируется плотный, малоблезненный инфильтрат. При длительном течении процесса и неоднократных рецидивах заболевания кожа над измененным лимфатическим узлом становится синюшной, имеются рубцы на месте ранее вскрытых абсцессов или свищи со слизисто-гнойным отделяемым. Устье выводного протока отечно и гиперемировано, иногда зияет. При массировании из протока выделяется гнойный экссудат.

Дифференциальную диагностику острого бактериального сиаладенита следует проводить с эпидпаротитом, абсцессами и флегмонами околоушно-жевательной области, отитом, артритом височно-нижнечелюстного сустава.

Лечение острого бактериального сиаладенита:

1. Медикаментозная терапия (антибактериальная, противовоспалительная, гипосенсибилизирующая, дезинтоксикационная, иммуноукрепляющая) с лечением сопутствующего заболевания.

2. Нормализация слюновыделительной функции железы путем проведения активной инстилляцией выводных протоков железы растворами антисептиков с легким массажем железы.

3. Нормализация секреторной функции: слюногонная диета, физиотерапевтическое лечение (УВЧ-терапия, лазеротерапия).

4. Эффективно местное применение фурацилин-новокаиновых блокад № 8–10 (инфильтрационное введение 15–30 мл раствора в подкожно-жировую клетчатку, окружающую железу).

5. При гнойно-некротическом расплавлении железы показано хирургическое вмешательство — хирургическая обработка гнойного очага.

ХРОНИЧЕСКИЙ СИАЛАДЕНИТ

Выделяют следующие виды **хронического сиаладенита**:

- паренхиматозный;
- интерстициальный;
- протоковый (сиалодохит).

Заболевание рассматривается как первично хронический процесс, имеющий склонность к прогрессированию и обострению воспалительного процесса.

Хронический сиаладенит чаще всего возникает в околоушных железах, реже — в поднижнечелюстных и подъязычных. Наиболее часто хронические сиаладениты вызываются неспецифическими возбудителями, очень редко — специфическими (актиномицетами, микобактериями и др.). Парные слюнные железы в некоторых случаях могут обе вовлекаться в воспалительный процесс, но чаще это происходит не одновременно. Вначале признаки заболевания выявляются в одной железе, а затем — в другой.

Клиника. Общими клиническими признаками для всех форм хронических сиаладенитов являются следующие: незаметное начало заболевания, рецидивирующий и прогрессирующий характер течения, устойчивость к консервативной терапии.

Паренхиматозный паротит (хронический рецидивирующий паротит, первичный хронический паренхиматозный паротит, кистозный паротит, дуктулярный паротит, хронический сиалэктатический паротит, лимфосиаладенопатия и др.) является наиболее частой формой хронического воспаления слюнных желез и составляет 41,5 % от общего количества хронических сиаладенитов.

Паренхиматозный паротит встречается чаще у женщин, чем у мужчин. Возраст больных колеблется от 1,5 до 75 лет, но наиболее часто (около 51 %) заболевание возникает в детском возрасте. По данным авторов, одностороннее поражение наблюдается в 44 %, а двустороннее — в 56 % случаев.

Эпидемиология и патогенез. Самой аргументированной точкой зрения на причину возникновения и механизм развития хронического паренхиматозного паротита является то, что это заболевание возникает вследствие врожденной аномалии слюнных желез — кистевидного расширения концевых (внутри-

дольковых) разветвлений протоков желез, которое называется шаровидной эктазией, или сиалангиэктазией. Прогрессирование паренхиматозного паротита связано, с одной стороны, с воздействием микрофлоры полости рта, которая проникает в железу дуктогенным (восходящим, протоковым) путем, а с другой — альтерацией паренхимы железы, появлением денатурированных белков, являющихся аутоантигенами и вызывающих развитие иммунопатологических реакций. Одним из проявлений иммунопатологических реакций служит обнаруженная в поздних стадиях заболевания пролиферация эпителия и миоэпителия внутридольковых протоков, что делает его сходным с аутоиммунным процессом, выявляемым при синдроме Шегрена. Однако в отличие от последнего при паренхиматозном паротите никогда не наблюдается формирование эпимиоэпителиальных островков, которые являются одной из типичных морфологических черт синдрома Шегрена.

Паренхиматозный паротит может протекать *в трех формах*: асимптомной (латентной), субклинической (неактивной) и клинически активной (манifestной). При этом у одного и того же больного эти формы могут сочетаться, т. е. в одной железе наблюдается латентная или неактивная форма, а в другой — манифестная.

Клиника и диагностика. В начальной стадии заболевание протекает бессимптомно. Хронический паренхиматозный паротит можно обнаружить только лишь при случайном обследовании больного или при обострении воспалительного процесса.

Доказательством поражения околоушных желез будут изменения, которые обнаруживаются при сиалографии. *Сиалография* — метод исследования слюнных желез, позволяющий получить уникальную информацию об их структурной организации, увидеть нарушения в строении и, как следствие, улучшить точность диагностики таких заболеваний, как сиаладениты и сиалодохиты. Суть метода заключается в том, что в выводные протоки околоушных либо поднижнечелюстных слюнных желез вводится контрастное вещество и проводится рентгенологическое исследование. В настоящее время в качестве рентгеноконтрастного вещества при сиалографии общепринято применять только водорастворимые контрасты, используемые в медицине (верографин, урографин, кардиотраст и др.), которые не оказывают выраженного отрицательного воздействия на железистую ткань. Полученное при сиалографии изображение называется сиалограммой (рис. 1).

В начальной стадии хронического паренхиматозного паротита на сиалограмме будут выявляться единичные полости округлой формы (диаметром 1–2 мм), заполненные рентгеноконтрастным веществом, на фоне неизмененных протоков и паренхимы железы. При осмотре больных на этой стадии болезни асимметрия лица иногда не выявляется, а из выводного протока околоушной железы выделяется неизменная слюна. Сиалометрия в норме.

В клинически выраженной стадии больные жалуются на периодически возникающую боль в железе, ее припухание, изменение вкуса слюны (солонватая, привкус гноя и т. д.). При осмотре пациентов можно обнаружить

увеличенные одну или две околоушные железы, которые приобретают плотностноэластическую консистенцию. Из выводного протока с неизменным устьем выделяется вязкая слюна, которая может быть с прожилками слизи, фибринозными включениями или белыми хлопьями. Сиалометрия обычно изменений не выявляет. При цитологическом исследовании в слюне обнаруживают участки слизи, умеренное количество нейтрофилов, клетки кубического эпителия, бокаловидные и эпителиальные клетки с измененной морфологией, а при обострении увеличивается число элементов воспалительного экссудата. На сиалограммах можно обнаружить изменения: большое количество полостей (размером 2–3 мм), заполненных рентгеноконтрастным веществом, внутрижелезистые протоки не определяются, протоки I порядка прерывисты. В добавочной доле околоушной железы наблюдаются такие же изменения. Главный выводной проток расширен, несколько деформирован, реже — неизменен.



Рис. 1. Сиалограмма поднижнечелюстной слюнной железы

В поздней стадии заболевания больные жалуются на периодически появляющуюся припухлость в околоушной области, болезненность в железе, сухость полости рта. При осмотре железа (а при двустороннем процессе — обе железы) увеличенная, плотная, малоболезненная или безболезненная. Слизистая оболочка полости рта обычно не изменена, но в некоторых случаях может быть менее увлажненной. Устье выводного протока зияет, при массаже выделяется вязкая, желеобразная слюна с прожилками слизи и фибриновых включений. Сиалометрия указывает на резкое уменьшение слюноотделения из пораженной железы. Сиалография: полости в железе достигают наибольших размеров (от 3–4 до 8–10 мм), наблюдается скопление рентгеноконтрастного вещества больших размеров и неправильной или округлой формы. Можно определить уровни контраста. В фазе резорбции и опорожнения всегда имеется ретенция рентгеноконтрастного вещества. Паренхима железы не определяется. Протоки всех порядков плохо контурируются, кроме протоков I порядка, которые могут быть прерывистыми. Вы-

водной проток околоушной железы обычно деформирован (в одних местах сужен, а в других — расширен). В добавочной доле выявляются подобные анатомические изменения.

При обострении хронического процесса припухлость и боли в железе увеличиваются. Температура тела повышается до 38 °С. При осмотре околоушная железа плотная, бугристая, болезненная. Кожа над железой обычно не изменена в цвете, собирается в складку. Открывание рта свободное. Устье выводного протока зияет, при массировании железы из протока выделяется вязкая слюна с примесью гноя. Лишь в некоторых случаях, когда наблюдается закупорка просвета протока комочками слизи, может наблюдаться нагноение (абсцедирование) железы — она резко увеличивается, кожа над припухлостью напряжена, в складку не берется, гиперемирована. Открывание рта затруднено. Устье протока зияет, выделений из протока нет. Со стороны лабораторных анализов крови наблюдаются изменения, характерные для острых воспалительных процессов.

Дифференциальную диагностику хронического паренхиматозного паротита в фазе обострения следует проводить с эпидемическим паротитом, острыми лимфаденитами, абсцессами и флегмонами. В стадии ремиссии — с другими хроническими сиаладенитами, сиалодохитом, сиалозом, синдромами с поражением больших слюнных желез.

Прогноз. Заболевание характеризуется рецидивирующим и прогрессирующим характером клинического течения. Длится годами, а иногда и десятилетиями. Плохо поддается консервативному лечению. Ремиссия может длиться несколько лет, но при снижении реактивности организма (сопутствующие заболевания, переохлаждение и т. д.) вновь появляются обострения. Лечение хронического паренхиматозного паротита в фазе обострения ничем не отличается от лечения острого сиаладенита.

Интерстициальный сиаладенит (хронический склерозирующий сиаладенит, склерозирующий субмаксиллит, воспалительная опухоль Кюттнера, хронический продуктивный сиаладенит, фибропродуктивный сиаладенит) встречается в 3,2 % случаев от всех хронических сиаладенитов. Впервые это заболевание было описано Küttner (1896).

Этиология не выяснена. Не исключена возможность микотической или паразитарной природы заболевания, т. к. наряду со смешанной микробной флорой в препаратах находят лептотрихии, бластомицеты и др. Заболевание может быть вызвано нарушением обмена веществ, изменением электролитного состава слюны, иммунопатологическими реакциями. В патогенезе интерстициального сиаладенита важное значение имеет сгущение слюны и затруднение ее оттока, чему способствует наличие врожденных дивертикулов и эктазий поднижнечелюстного протока.

Клиника. Интерстициальный сиаладенит чаще встречается у мужчин молодого возраста. Может выявляться у детей. Заболевание характеризуется наличием плотного, безболезненного увеличения поднижнечелюстной железы. Возможно двустороннее поражение. Границы железы четкие. В некоторых

случаях железа может быть спаяна с окружающими тканями и даже кожей, появляется ее болезненность, что напоминает развитие у больного злокачественной опухоли. Обострение хронического воспалительного процесса сопровождается увеличением припухлости и болью, симптомами интоксикации. Для опухолеподобного образования характерен медленный рост (на протяжении нескольких лет), могут быть увеличенными регионарные лимфатические узлы. Открывание рта свободное. Устье выводного протока сужено, но не изменено. Из выводного протока поднижнечелюстной железы отсутствует выделение слюны. На сиалограмме определяется сужение выводного протока поднижнечелюстной железы, внутрижелезистые протоки и ее паренхима не определяются. В некоторых случаях на сиалограмме может быть обнаружено расширение и неравномерная прерывистость слюнных протоков, что напоминает сиалографический рисунок при злокачественной опухоли. Гистологическая картина: имеются разрастания склерозированной соединительной ткани, содержащей участки с лимфоидными фолликулами и остатками протоков, окруженных мощным слоем фиброзной ткани.

Дифференциальную диагностику хронического склерозирующего сиаладенита нужно проводить с калькулезным субмаксиллитом, сиалозами, синдромами с поражением больших слюнных желез и опухолями слюнных желез.

Сиалодохит (фиброзный сиалодохит, хронический сиалодохит Куссмауля, дуктоцеле, идиопатическая дилатация протоков) — воспаление выводного протока слюнной железы. В понятие «сиалодохит» включают изменения как главного, так и внутрижелезистых протоков.

Сиалодохит может протекать *в трех* клинико-рентгенологических формах:

- сиалодохит главного выводного протока (33 % случаев);
- сиалодохит внутрижелезистых протоков (12 % случаев);
- сочетание сиалодохита главного и внутрижелезистых протоков (55 % случаев).

При сиалодохите наиболее часто, т. е. в 98 % случаев, поражаются околоушные железы.

Сиалодохит как самостоятельное заболевание встречается довольно редко — не более чем в 6 % всех хронических сиаладенитов. В остальных случаях сиалодохит является симптомом паренхиматозного, посттравматического, калькулезного и других сиаладенитов.

Этиология. Причина сиалодохита — это сдавление протока различными патологическими процессами (опухолью, лимфатическим узлом, рубцом, воспалительно измененными тканями и др.), что приводит к развитию одностороннего поражения. При врожденной аномалии развития протоков (гиперплазия, дилатация протоков, дивертикулы вблизи устья протока и др.) наблюдается двустороннее поражение.

Клиника. Жалобы больных сводятся к наличию распирающей и болезненной рецидивирующей припухлости в щечной или околоушной областях.

Припухлость появляется при приеме пищи, переохлаждении, простудных заболеваниях. При обследовании пациента главный выводной проток околоушной железы пальпируется в виде плотного болезненного тяжа. В области устья слизистая оболочка гиперемированная и отечная. При массировании железы из устья протока под напором выделяется застойная и вязкая слюна с нитями (хлопьями) фибрина (или слизисто-гнойная слюна) в большом количестве (до 6–8 мл). Слюна имеет солоноватый привкус. Устье выводного протока может быть сужено, и слюну в таком случае можно получить только после бужирования устья протока. Вне обострения симптомов интоксикации нет.

В начальной стадии заболевания клиническая симптоматика выражена мало, в клинически выраженной стадии встречаются ранее описанные симптомы, в поздней стадии наблюдаются частые рецидивы с резко выраженными клиническими проявлениями. На сиалограмме выявляется чередование участков расширений и сужений только главного выводного протока или только внутрижелезистых протоков, в некоторых случаях — главного и внутрижелезистых протоков. Паренхима железы может быть неизменной, но иногда наблюдаются участки скопления рентгеноконтрастного вещества.

Дифференциальная диагностика проводится с другими формами сиаладенитов, со слюннокаменной болезнью.

Лечение хронических сиаладенитов:

1. Улучшение трофики железы и нормализация слюноотделения:
 - блокады (в настоящее время разработана методика лечения хронических сиаладенитов блокадами дексаметазона и лидокаина; применяемые раньше фурацилин-новокаиновые блокады не используются);
 - инстилляции железы;
 - физиотерапевтическое лечение.
2. Повышение иммунологической реактивности организма.
3. Профилактика обострений воспалительного процесса.

СИАЛОЗЫ

Сиалозы — реактивно-дистрофические изменения слюнных желез в результате ответной реакции на патологические изменения (заболевания) других органов и систем организма. При сиалозах изменения носят первично-дистрофический, а не воспалительный характер. В последующем, как правило, происходит вторичное наслоение воспалительных явлений.

Реакция слюнных желез на изменения в организме может проявляться в виде:

- изменений физических свойств и химического состава секрета;
- нарушения секреторной функции (гипо- или гиперсаливация);
- увеличения в размерах и изменения структуры слюнных желез;
- сочетания этих нарушений.

Секреторная функция слюнных желез регулируется парасимпатической стимуляцией — выделением большого количества «жидкой» слюны, а также симпатической стимуляцией — выделением меньшего количества слюны, но более богатой органическими компонентами (белком), стимуляцией работы миоэпителиальных клеток (эвакуаторная функция).

Нарушения секреторной функции могут встречаться при различных заболеваниях и патологических состояниях, что важно учитывать при дифференциальной диагностике сиалозов.

Гиперсаливация может быть:

– физиологической — условно-рефлекторный ответ на пищевой раздражитель;

– ложной — нарушение рото-моторной координации при травмах, воспалительных процессах, бульбарном параличе;

– истинной — при стоматите, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, токсикозе беременных, опухолях головного мозга.

Транзиторная гипосаливация может быть следствием:

– побочного действия лекарственных препаратов (нейролептиков, антидепрессантов, ганглиоблокаторов, диуретиков, антигистаминных и других препаратов, оказывающих влияние на вегетативную нервную систему);

– лучевой терапии опухолей челюстно-лицевой области;

– дегидратации организма;

– стресса, психогении.

Органическая гипосаливация может быть следствием:

– заболеваний слюнных желез;

– возраста;

– снижения жевательной активности.

Этиологические факторы сиалозов:

1. Эндокринные — при эндокринных заболеваниях, гормональных перестройках и других нарушениях (при нарушении функций половых желез, сахарном диабете, диффузно-токсическом зобе, наступлении менопаузы).

2. Нейрогенные — при заболеваниях центральной и периферической нервной системы (при остеохондрозе шейного отдела позвоночника, острой и хронической психической травме, вегетоневрозе, диэнцефальном синдроме).

3. Алиментарные — при кахексии и нерациональном голодании, дегидратации организма, заболеваниях желудочно-кишечного тракта (гепатите, циррозе печени, колите, панкреатите).

4. Нарушения со стороны иммунной системы (аутоиммунные заболевания, аллергия).

5. Воздействие токсических веществ, радионуклидов и медикаментозных препаратов.

Однако встречаются сиалозы неясной этиологии — возможную причину заболевания выяснить не удастся.

Патогенез. В патогенезе большинства форм сиалозов ведущее значение имеет нейрогуморальная дисрегуляция секреторной функции, влекущая за

собой метаболические и сопряженные с ними структурные изменения слюнных желез. Пусковой момент заболевания — симпатическая гиперсекреция. Затем наступает стадия истощения белкового синтеза в ацинарных клетках, а также развитие дистрофических и деструктивных изменений в них и миоэпителиальных клетках. Наблюдаются гибель ацинарных и миоэпителиальных клеток с замещением их жировой и лимфоидной тканью, фиброз стромы и вторичные воспалительные изменения.

Клиника. Клинические проявления сиалозов сходны между собой, независимо от вызвавших их этиологических факторов. Заболевание характеризуется рецидивирующим увеличением чаще околоушных, реже — других больших слюнных желез. Припухлость появляется чаще без видимых причин. Больные обычно это связывают с переохлаждением, перегреванием, приемом пищи, простудными заболеваниями и другими факторами. Припухлость удерживается от нескольких дней до нескольких недель, а затем размеры железы самостоятельно медленно нормализуются. Частота рецидивов может быть различной (от одного раза в неделю до одного раза в полугодие). Размеры увеличенных слюнных желез варьируют: от малозаметной до резко выраженной припухлости.

В развитии сиалозов выделяют три стадии: начальную (стадию гиперсекреции), клинически выраженную (стадию истощения секретообразования и дистрофических изменений эпителия) и позднюю (стадию липоматоза и фиброза). Больные обычно обращаются к врачу за медицинской помощью в клинически выраженной стадии заболевания. При осмотре выявляется асимметрия лица за счет одностороннего увеличения околоушной железы или двустороннее увеличение околоушных желез. Припухлость обычно безболезненная или малоболезненная. Кожа над ней в цвете не изменена, в складку берется легко при небольшой припухлости и с трудом при значительном увеличении железы. При пальпации определяется плотная, часто бугристая увеличенная слюнная железа. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта обычно менее увлажнена и может быть гиперемирована, т. к. большинство больных обращаются к врачу в стадии истощения секретообразования (клинически выраженной стадии сиалоза). Устье выводного протока не изменено. При массировании железы у большинства обследуемых из протока выделяется прозрачная слюна, реже — вязкая с прожилками слизи или хлопьями фибрина, а в некоторых случаях — мутная слюна. Слюноотделение из пораженной железы (или двух желез) снижено.

При проведении сиалографии околоушных желез выявляются следующие изменения: сужение мелких и более крупных протоков, обеднение рисунка паренхимы железы. Сужение всех выводных протоков обусловлено их сжатием из-за гипертрофии и гиперплазии клеток паренхимы железы. Если на фоне сиалоза в железе развиваются воспалительные изменения, то возможна деформация главного выводного протока и протоков I, II порядков, т. е. развивается сиалодохит. Лабораторные анализы крови и мочи без осо-

бых изменений. При обострении воспалительных явлений наблюдаются нейтрофилез, ускорение СОЭ и др.

Синдром Харвата. Проявляется у некоторых больных сахарным диабетом в виде гипертрофии околоушных или поднижнечелюстных желез. Расценивается как компенсаторная реакция слюнных желез на инсулярную недостаточность поджелудочной железы: околоушная железа выделяет инсулиноподобное вещество, паротин; поднижнечелюстная — фактор роста эпителия.

Болезнь/синдром Микулича — системное увеличение слезных и всех слюнных желез без угнетения секреторной функции. Наблюдается при лейкозе, лимфогранулематозе, туберкулезе, саркоидозе, эндокринных заболеваниях. При прогрессировании заболевания морфологически развивается междольковая гиперплазия лимфоидной ткани и могут наблюдаться мелкопролиферативные изменения, в результате чего паренхима железы постепенно сдавливается, атрофируется и в поздних стадиях замещается фиброзной и жировой тканью, что приводит к снижению секреторной функции желез.

Болезнь Шегрена (первичный синдром Шегрена, синдром Гужеро, сухой синдром, аутоиммунная экзокринопатия, аутоиммунный эпителиит) — это хроническое аутоиммунное заболевание, которое характеризуется лимфоцитарной инфильтрацией экзокринных желез (слюнных, слезных, потовых, сальных, слизистых), приводящей к развитию ксеростомии и ксерофтальмии, сухости кожи, слизистых оболочек носа, гортани, трахеи, бронхов, половых органов, атрофическому гастриту, и имеет разнообразные системные проявления.

Синдром Шегрена (вторичный синдром Шегрена) — сухой синдром на фоне системных аутоиммунных заболеваний соединительной ткани: ревматоидного полиартрита, системной красной волчанки, системной склеродермии, хронического активного гепатита, аутоиммунного тиреоидита.

Патогенез. Причиной синдрома Шегрена является нейрогуморальная дисрегуляция (симпатическая гиперсекреция), которая приводит к повышению проницаемости клеточных мембран и нарушению секреторной функции. В результате этого протоки переполняются секретом, и он выходит из протоковой системы в интерстициальную ткань.

Слюна, содержащая белок, играет роль антигена и запускает аутоиммунный процесс, мишенью которого становятся эпителиальные и миоэпителиальные клетки слюнных желез.

Клиника. Заболевание проявляется недостаточностью всех желез внешней секреции. Ведущими стоматологическими симптомами являются:

- рецидивирующая припухлость в околоушных областях (реже с одной стороны);
- сухость слизистой оболочки полости рта — ксеростомия;
- сухость губ;
- множественный, преимущественно пришеечный кариес зубов.

Имеется ксерофтальмия — сухость глаз, светобоязнь, ощущение «песка» в глазах, частые конъюнктивиты. Кроме этих симптомов, у больных может

быть ревматоидный артрит или другие болезни соединительной ткани, ринит, фаринготрахеобронхит, вульвит, вагинит, сухость потовых и сальных желез кожи, ксеродермия.

Диагностика сиалозов представляет определенные трудности из-за разнообразия этиологических факторов, которые вызывают развитие заболевания. Установление диагноза основывается на анамнезе, клиническом обследовании, результатах УЗИ, сиалографии и сиалометрии, а также данных общеклинического лабораторного обследования пациента и морфологического исследования биоптатов слюнных желез. Кроме того, в некоторых случаях используется МРТ (рис. 2). Для диагностики важно активное участие других смежных специалистов.

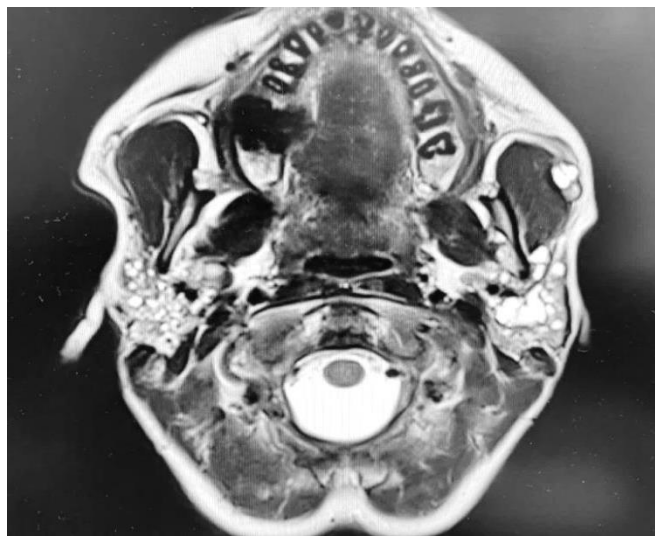


Рис. 2. Сиалоз околоушных слюнных желез при магнитно-резонансной томографии

Лечение сиалозов должно быть комплексным с участием терапевта, эндокринолога, ревматолога, невролога, окулиста, фтизиатра и других специалистов, в зависимости от выявленного фонового заболевания.

Роль стоматологов и челюстно-лицевых хирургов носит вспомогательный характер и заключается в улучшении трофики и секреторной способности пораженных слюнных желез, а также в профилактике и купировании обострений воспалительного процесса. Хирургическое лечение применяется как исключительная мера.

СЛЮННОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Слюннокаменная болезнь проявляется образованием конкрементов в слюнных железах и их выводных протоках. Среди всей патологии слюнных желез на долю слюннокамennой болезни приходится от 20,5 до 61,1 % случаев, с преобладающим поражением (91–95,4 %) поднижнечелюстных желез. Частота развития болезни у мужчин и женщин практически одинакова. Данному процессу подвержены люди в любом возрастном периоде, включая даже раннее детство. Слюнные конкременты поднижнечелюстной железы чаще

локализуются во внежелезистом отделе выводного протока — 49,5–53,3 % случаев. В 39,4–40,8 % случаев имеет место внутрижелезистое их расположение и в 5,6–11,1 % (при наличии нескольких конкрементов) — отмечается одновременная локализация в обоих отделах протоковой системы железы.

Слюнные конкременты — сложные органо-минеральные структуры (рис. 3). Основными составляющими минерального компонента являются фосфатные группы, характерные для апатитоподобных структур, и карбонатные — для соединений типа брушита, монейта и кальцита. Органическая субстанция слюнных конкрементов — это остатки клеток выстилки протоков, бактерии, грибковая микрофлора и другие органические компоненты слюны.



Рис. 3. Камень выводного протока подчелюстной слюнной железы

Этиология и патогенез слюннокаменной болезни окончательно не выяснены. В настоящее время нет убедительного научного объяснения, почему у одних пациентов факторы, рассматриваемые в качестве этиологических для слюннокаменной болезни, приводят к развитию других патологических процессов слюнных желез (сиаладенит, сиалодохит, ретенционные кисты), но формирование слюнного конкремента при этом не происходит, а у других пациентов бывает проблематичным назвать даже предположительный фактор, который способствовал образованию конкремента. На основании патогенеза формирования слюнных конкрементов считается, что компоненты слюны, слагающие конкремент, находятся в термодинамическом неустойчивом состоянии и склонны к коагуляции и кристаллизации. Появление ядра кристаллизации провоцирует данный процесс.

Клиника и диагностика. Слюннокаменную болезнь поднижнечелюстной железы у 71–80 % пациентов можно достаточно успешно диагностировать только по характерным жалобам, анамнестическим данным, результатам общеклинических методов исследования и обзорной рентгенографии. Специальные методы исследования дают дополнительную информацию, которая позволяет провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями и уточнить отдельные моменты течения данного процесса. Несмотря на это, частота диагностических ошибок при слюннокаменной болезни составляет 29,8–40,0 %: данное заболевание принимается за хронический сиаладенит, флегмону поднижнечелюстной области, обострение хронического тонзиллита, лимфаденит, опухоль, глоссалгию.

Характерной *жалобой* пациентов является возникновение «образования» в поднижнечелюстной области на пищевой раздражитель, которое, как правило, спустя некоторое время самостоятельно исчезает. При этом болевой синдром может либо полностью отсутствовать, либо имеют место типичные слюнные колики. Механизм возникновения слюнных колик — болевой рефлекс на закупорку протока конкрементом и растяжение его слюной.

Возможно и длительное бессимптомное течение заболевания, когда слюнный конкремент обнаруживается как случайная рентгенологическая

находка при проведении лучевой диагностики в челюстно-лицевой области по каким-то другим причинам либо первичное обращение к хирургу связано с проявлением обострения воспалительного процесса со стороны железы (сиаладенит) или окружающих мягких тканей (абсцесс и флегмона).

При *клиническом обследовании* пациента применяется бимануальная пальпация поднижнечелюстной железы и ее выводного протока. Для этого пальцы одной руки помещаются в полость рта на слизистую оболочку подъязычной области, а другой — на кожу поднижнечелюстной области. Метод бимануальной пальпации позволяет достаточно четко определить плотный конкремент, располагающийся во внежелезистой части выводного протока железы, его относительные размеры, а также изменения величины и консистенции самой слюнной железы.

При массаже железы визуально оценивают относительную степень сохранения ее секреторной функции и характер выделяемого секрета. Ретроградное зондирование выводного протока с помощью специальных зондов позволяет выявить находящийся в просвете протока несмещаемый конкремент. Не рекомендуется проводить зондирование протока в период обострения воспалительного процесса, т. к. это может привести к перфорации стенки воспаленного протока.

Начальная стадия слюннокаменной болезни характеризуется отсутствием клинических симптомов воспаления. На первый план выступают явления стаза слюны, возникающие в связи с повышением секреторной нагрузки в процессе приема пищи, особенно со слюногонным эффектом. Возникают слюнная колика и увеличение в размерах железы, которые самопроизвольно проходят. Железа мягкая. При массаже из протока выделяется прозрачная слюна либо она отсутствует. Пальпируется участок уплотнения в области протока или железы.

Между размерами конкремента и степенью нарушения слюноотделения не существует прямой взаимосвязи. Встречаются случаи, когда конкременты даже больших размеров обнаруживаются как случайная рентгенологическая находка. Иногда небольшие конкременты вызывают типичную клиническую симптоматику.

При клинически выраженной стадии болезни могут возникать признаки типичного воспалительного процесса хронически-рецидивирующего характера, осложняющие течение заболевания. Обострения воспалительного процесса могут протекать достаточно легко и быстро купироваться, но иногда развивается острый гнойный воспалительный процесс (гнойный сиаладенит, абсцесс, флегмона), требующий активного лечения. После купирования острых воспалительных явлений, железа длительное время остается плотной, при этом слюна может быть прозрачной или слизеподобной.

В поздней стадии заболевания обострения наблюдаются значительно реже, симптоматика нерезко выражена, выявляется уплотненная увеличенная железа с клиническими признаками, характерными для сиалодохита и хронического сиаладенита.

За счет наличия в составе слюнных конкрементов неорганического компонента большинство из них являются рентгенопозитивными, хорошо визуализируются при *обзорной внеротовой рентгенографии* поднижнечелюстной области и *внутриротовой рентгенографии дна полости рта*. При этом конкремент, находящийся в переднем и среднем отделе выводного протока, лучше выявляется при рентгенографии дна полости рта, а при расположении внутри железы и в начальном отделе протока — на рентгенограмме поднижнечелюстной области в боковой проекции. Однако 15–40 % слюнных конкрементов являются рентгенонегативными и не выявляются при обзорной рентгенографии.

Контрастная сиалогграфия широко применяется в диагностике заболеваний больших слюнных желез и высокоинформативна при слюннокамменной болезни.

На контрастной сиалограмме определяются как рентгенопозитивные, так и рентгенонегативные (по наличию дефекта наполнения) конкременты, их локализация и относительные размеры. Кроме того, дополнительно получают информацию об изменениях со стороны протоковой системы железы, а по скорости резорбции контраста можно судить и о сохранении функциональной активности пораженного органа. Требуются определенные профессиональные навыки со стороны врача, выполняющего данное исследование, т. к. чрезмерное продвижение по протоку проводящего контраст катетера или введение контраста под большим давлением могут способствовать ретроградному смещению конкремента в более неблагоприятную зону локализации.

Применение данного метода исследования не желательно в период обострения воспалительного процесса, т. к. введение в проток контрастного вещества может вызвать дополнительную травму ткани железы и затруднить отток секрета из железы в связи с дополнительным смещением конкремента, а также при повышенной чувствительности к препаратам йода.

Рентген-компьютерная томография (РКТ) в 98 % случаев позволяет выявить как рентгенопозитивные, так и рентгенонегативные конкременты, определить их локализацию, размеры, а также относительное изменение размеров и структуры пораженной железы (рис. 4). Данный метод может применяться в сочетании с контрастной сиалографией или внутривенным введением рентгеноконтрастного вещества.

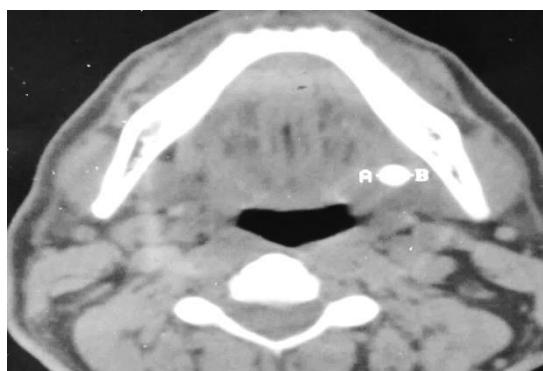


Рис. 4. Конкремент при рентген-компьютерной томографии дна полости рта

Ультразвуковое исследование (сонография) слюнных желез основано на разной способности тканей отражать ультразвуковые колебания в зависимости от плотности их структуры. С помощью разных типов датчика исследование может проводиться со стороны как кожных покровов, так и слизистой оболочки полости рта. При сонографии достаточно хорошо визуализируются слюнные конкременты, в том числе и рентгенонегативные, можно определить их размеры и локализацию. Метод позволяет определить размеры самой железы, а по изменению эхогенности можно судить о степени структурных нарушений железистой ткани — замещении ее акустически более плотной соединительной тканью.

Кроме того, для диагностики слюннокаменной болезни используют *специальные методы исследования*: сканирование слюнных желез, сиалосцинтиграфию, радиометрическое исследование слюны, а также эндоскопическое исследование выводных протоков.

Лучевые методы исследования являются ключевыми в плане проведения дифференциальной диагностики слюннокаменной болезни с другими заболеваниями и определения адекватного метода лечения.

Дифференциальную диагностику слюннокаменной болезни проводят с другими заболеваниями слюнных желез: сиаладенитами (особенно с миоэпителиальным сиаладенитом, для которого характерна интенсивная лимфоидная инфильтрация с включением в инфильтраты эпимиоэпителиальных островков с камнями-кальцификатами), опухолями, кистами, реактивно-дистрофическими изменениями слюнных желез. Также дифференцировать заболевание следует с патологическими процессами, не связанными со слюнными железами, но локализованными в зоне их анатомического расположения или выводных протоков: поражениями лимфатических узлов различной этиологии с явлениями их петрификации, кавернозной гемангиомой с наличием флеболитов, инородными телами мягких тканей дна полости рта (фрагменты удаленных зубов и костной ткани), патологическими изменениями со стороны нижней челюсти (остеома, остеофиты, ретенированные зубы, одонтома, хронический остеомиелит).

Лечение слюннокаменной болезни. В лечебной тактике определяющими критериями являются:

- локализация конкремента;
- структурно-функциональное состояние слюнной железы.

Локализация конкремента:

1. Дистальная часть внежелезистого отдела выводного протока железы.
2. Проксимальная часть внежелезистого отдела выводного протока железы выше уровня мышечной диафрагмы дна полости рта.
3. Проксимальная часть внежелезистого отдела выводного протока железы на уровне мышечной диафрагмы дна полости рта.
4. Проксимальная часть внежелезистого отдела выводного протока железы ниже уровня мышечной диафрагмы дна полости рта.
5. Внутрижелезистая локализация.

6. Внутрижелезистая и внежелезистая локализация при наличии нескольких конкрементов.

Структурно-функциональное состояние слюнной железы:

1. Незначительные структурно-функциональные изменения.
2. Выраженные структурно-функциональные изменения.

В связи с тем что этиология и патогенез слюннораменной болезни полностью не определены, ключевым моментом в лечении данного заболевания является устранение основного его проявления — удаление слюнных конкрементов. В зависимости от локализации конкремента и структурно-функционального состояния слюнной железы могут использоваться как неинвазивные (малоинвазивные), так и хирургические методы лечения.

К неинвазивным и малоинвазивным методам относятся:

- экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия;
- интракорпоральная ударно-волновая литотрипсия;
- эндоскопическое удаление конкремента;
- эндоскопическая интракорпоральная или экстракорпоральная литотрипсия.

Хирургические методы лечения:

- органосохраняющее лечение (удаление конкремента);
- неорганосохраняющее лечение (экстирпация железы).

Органосохраняющие операции на выводном протоке слюнной железы:

- микрохирургическая методика сиалодохотомии и формирования сиалодохостомы в области дистальной части внежелезистого отдела выводного протока поднижнечелюстной железы, в среднем отделе основного выводного протока, в устье основного выводного протока;
- микрохирургическая методика сиалодохотомии наружным доступом с последующим восстановлением целостности стенки проксимальной части внежелезистого отдела выводного протока поднижнечелюстной железы.

Показания к проведению органосохраняющей операции:

1. Локализация конкремента в дистальной или проксимальной части внежелезистого отдела выводного протока выше или на уровне мышечной диафрагмы дна полости рта независимо от структурно-функционального состояния слюнной железы.

2. Локализация конкремента в проксимальной части внежелезистого отдела выводного протока ниже уровня мышечной диафрагмы дна полости рта или во внутрижелезистом отделе протока с сохранением структурно-функциональной полноценности слюнной железы.

Критериями применения органосохраняющей операции при слюннораменной болезни поднижнечелюстной железы являются сохранение секреторной активности железистой ткани и отсутствие выраженных признаков замещения паренхимы железы соединительной тканью.

Показания для экстирпации поднижнечелюстной железы:

1. Наличие множественных конкрементов в различных отделах внутрижелезистой протоковой системы.

2. Наличие конкремента во внутрижелезистом отделе и проксимальной части внежелезистого отдела выводного протока ниже уровня мышечной диафрагмы дна полости рта с выраженными структурно-функциональными изменениями со стороны слюнной железы.

3. Длительное течение болезни при наличии выраженных изменений со стороны пораженной слюнной железы, сопровождающееся многократными повторными образованиями конкрементов после их удаления и частыми обострениями воспалительного процесса.

ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Опухоли (доброкачественные и злокачественные) слюнных желез составляют 0,5–5,0 % от всех опухолей человеческого организма, 3 % — от опухолей челюстно-лицевой области и 37 % — от всей патологии слюнных желез. Доброкачественные опухоли составляют 73,5–85,5 % всех опухолей слюнных желез.

Частота поражения по локализации:

- околоушная железа — 57,9–95,0 %;
- поднижнечелюстная железа — 5,0–10,8 %;
- малые слюнные железы — 2,8–10,7 %;
- подъязычная железа — 0,1–3,2 %.

Гистологическая классификация опухолей слюнных желез (А. И. Пачес, 1983):

I. Эпителиальные опухоли (91,2–97 %):

1. Аденомы:

- а) плеоморфная аденома;
- б) мономорфные аденомы:
 - аденолимфома;
 - оксифильная аденома;
 - папиллярная цистаденома.

2. Ациноклеточная опухоль.

3. Карциномы:

- а) аденокистозная карцинома;
- б) аденокарцинома;
- в) эпидермоидная карцинома;
- г) недифференцированная карцинома;
- д) карцинома в плеоморфной аденоме;
- е) мукоэпидермоидная карцинома.

II. Неэпителиальные опухоли:

- 1. Гемангиома.
- 2. Гемангиоперицитомы.
- 3. Неврилеммома.
- 4. Нейрофиброма.
- 5. Липома.

III. Неклассифицированные опухоли.

IV. Родственные состояния:

1. Доброкачественное лимфоэпителиальное поражение.
2. Сиалоз.
3. Онкоцитоз.

В соответствии с Международной классификацией ВОЗ (2005), по гистологическому строению выделяют:

I. Доброкачественные опухоли:

1. Эпителиальные:

- плеоморфная (полиморфная) аденома;
- оксифильная аденома;
- базальноклеточная аденома;
- миоэпителиома;
- аденолимфома;
- онкоцитомы и др.

2. Неэпителиальные:

- гемангиома;
- липома;
- фиброма;
- невринома и др.

II. Злокачественные опухоли:

1. Эпителиальные:

- мукоэпидермоидный рак;
- ацинозно-клеточный рак (ациноклеточная карцинома);
- аденокистозный рак (цилиндрома);
- аденокарцинома;
- эпидермоидная карцинома;
- эпителиально-миоэпителиальная карцинома;
- недифференцированная карцинома;
- злокачественные опухоли, развившиеся в плеоморфной аденоме.

2. Неэпителиальные опухоли (саркома).

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

Плеоморфная аденома. На долю плеоморфной аденомы приходится 36,5–80,0 % от общего количества опухолей слюнных желез и 53,9–90,0 % от всех доброкачественных опухолей слюнных желез (рис. 5). Она составляет 53,9–90,0 % всех опухолей околоушной железы.

Патогенез. Прежде опухоль рассматривали как производное двух зачатков — эпителиального и мезенхимального. Учитывая большое морфологическое разнообразие плеоморфных аденом, было предложено условно подразделить их гистологические компоненты на структуры с небольшим количеством клеток (мукоид, миксоид, хондроид) и с большим количеством клеток (протокоподобные и трабекулярные структуры, солидные поля и гнезда). Миксоид представлен слизеподобной основой, с редко располо-

женными клетками звездчатой и вытянутой формы, а хондроид — гиалиноподобным плотным основным веществом с единичными клетками округлой формы, напоминающими хондроциты. В настоящее время в результате иммуногистохимических исследований полностью доказана эпителиальная природа данной опухоли — она развивается из эпителиальных и миоэпителиальных клеток. Последние способны продуцировать гликозаминогликаны и впоследствии — коллагены II, III, IV типов. Данные вещества служат исходным материалом для формирования таких структур опухоли, как мукоид, миксоид и хондроид, которые ранее расценивались как производные соединительной ткани.



Рис. 5. Плеоморфная аденома околоушной слюнной железы справа

Клинико-биологические особенности. Считается, что оболочка плеоморфной аденомы является продуктом самой опухоли, состоит из скоплений стромальной ткани и неравномерна на всем протяжении. В результате этого опухолевая ткань непосредственно контактирует с прилежащей железистой тканью, может выходить за границы клинически определяемой оболочки и даже внедряться вглубь ткани железы. Данное явление можно условно охарактеризовать как относительный инфильтративный рост опухоли, но без разрушения прилежащих тканей, характерного для злокачественной опухоли. Преимущественное расположение миксоидного компонента непосредственно под оболочкой опухоли способствует свободному распространению его через дефекты этой оболочки по тканям, за счет чего нередко возникает многоузловой характер опухоли.

Выявление этой особенности позволило окончательно отказаться от удаления плеоморфных аденом путем выделения их по оболочке опухоли (энуклеация опухоли), а выделять их единым блоком вместе с прилежащей к ним железистой тканью. Несмотря на гистологическое строение и особенности роста опухоли, характерные для доброкачественного процесса, плеоморфная аденома может рецидивировать, т. е. повторно возникать после ее удаления (особенно характерно при локализации образования в околоушных железах). В качестве возможных объективных причин рецидива плеоморфной аденомы рассматриваются вышеотмеченные биологические особенности данной опухоли, первичный мультифокальный рост опухоли и высокая про-

лиферативная активность клеток опухоли. Во избежание рецидивирования плеоморфной аденомы до недавнего времени широко практиковалось проведение в послеоперационном периоде курса лучевой терапии, особенно если имели место определенные погрешности в выполнении оперативного вмешательства. В настоящее время считается, что за счет высокой дифференцировки клеток опухоль обладает радиорезистентностью, и применение лучевой терапии при плеоморфных аденомах нецелесообразно.

Более того, радиационное воздействие на ткань слюнной железы сегодня рассматривается как ведущий фактор в развитии опухолей этих органов с длительным латентным периодом более 20 лет. Даже при тщательно рассчитанной дозе облучения возникает определенный риск возникновения опухолей в облученной слюнной железе.

Плеоморфные аденомы имеют склонность к малигнизации. Переход ее в злокачественную опухоль отмечается у 2–5 % пациентов. Риску озлокачествления опухоли способствуют гистологические варианты плеоморфных аденом с преобладанием клеточного компонента.

Отмечается также возможность дегенеративных изменений в плеоморфных аденомах, приводящих к формированию полостного компонента в ней, что порой затрудняет проведение дифференциальной диагностики.

Для данной опухоли характерно отдаленное метастазирование гематогенным путем (легкие, печень, подвздошная кишка, кости).

Аденолимфома (Warthin's tumor, опухоль Уортина, бранхиома слюнной железы) составляет 1,7–10,1 % от всех доброкачественных опухолей слюнных желез и занимает второе место по частоте встречаемости после плеоморфных аденом, с избирательным поражением околоушной железы. Чаще развивается у мужчин (4–24 : 1) в пожилом возрасте (средний возраст 50–70 лет).

Клинико-морфологические варианты: микрокистозный, мультикистозный и макрокистозный.

Патогенез. Аденолимфома развивается из эпителиальных и миоэпителиальных клеток вставочных протоков, а лимфоидная инфильтрация — проявление реакции гиперчувствительности замедленного типа. Является сочетанием двух опухолей: эпителиальной (аденомы) и высокодифференцированной лимфомы.

Причины: табакокурение, хронический воспалительный процесс, воздействие на железистую ткань вируса Эпштейна–Барр, аутоиммунный механизм.

Из **клинико-биологических особенностей** данной опухоли отмечается ее медленный рост, склонность к нагноению; в 7–12 % случаев наблюдается первично множественный характер поражения одной железы или двустороннее поражение симметричных желез, в 11,3 % случаев — одновременная ассоциация с другими опухолями слюнных желез, а также вероятность малигнизации.

Сиалолипома. Достаточно большое присутствие жировой ткани в структуре околоушных слюнных желез может явиться морфологическим субстра-

том для развития внутриорганных липом. Внутриорганный локализация липом в околоушной слюнной железе составляет 1,0–3,1 % всех опухолей околоушных желез.

Сиалолипома состоит из зрелой жировой ткани, окруженной тонковолокнистой соединительнотканной оболочкой (рис. 6).

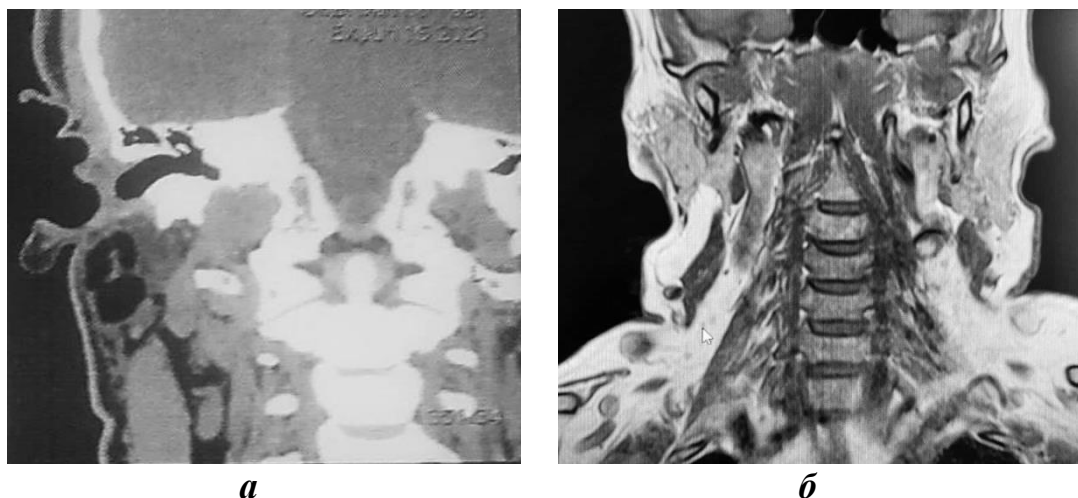


Рис. 6. Сиалолипома:

а — рентген-компьютерная томограмма; *б* — магнитно-резонансная томограмма

Дифференциальная диагностика. Наличие волокнистой оболочки, окружающей опухоль, позволяет дифференцировать ее от липоматоза железы.

Дифференциальная диагностика должна быть проведена также с липоаденомой и плеоморфной липоаденомой. Липоаденома представлена комбинацией жировой ткани и протоков, содержащих эозинофильный белковый компонент, но, в отличие от сиалолипомы, лишена ацинарных клеток. Плеоморфная липоаденома характеризуется наличием структурных элементов, свойственных для плеоморфной аденомы и зрелой жировой ткани, которая составляет более 90 % массы опухоли.

Гемангиома — достаточно редко встречающаяся опухоль для слюнных желез. Она составляет 1,1–1,6 % от всех опухолей данных органов. В большинстве случаев эта опухоль обнаруживается сразу при рождении, что дает основание предположить врожденную ее природу, в остальных случаях является приобретенной, развиваясь в раннем детстве.

Несмотря на то что гемангиома, с гистологической точки зрения, является доброкачественным образованием, в ряде случаев в процессе роста она достаточно активно внедряется в железистую ткань, что может характеризоваться как инвазивный рост опухоли.

Если для большинства доброкачественных опухолей слюнных желез характерным является длительный, медленный и относительно равномерный рост, особенность данной опухоли — достаточно быстрый рост вначале, который сменяется периодом его стабилизации, а иногда и с последующей тенденцией к регрессии новообразования.

Ациноклеточная опухоль. Обладает местнодеструктивным ростом, по клиническому течению напоминает доброкачественную опухоль. Встречается в большинстве своем у женщин. Чаще локализуется в околоушной железе. Признаки инфильтративного роста устанавливаются при микроскопическом исследовании.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

Различают следующие виды злокачественных новообразований слюнных желез:

1. Мукоэпидермоидная опухоль (карцинома) (метастазирование в регионарные лимфоузлы — 25 % случаев).

2. Аденокистозная карцинома (цилиндрома) (метастазирование в регионарные лимфоузлы — 9 % случаев, гематогенное метастазирование — 45 % случаев).

3. Другие карциномы (метастазирование в регионарные лимфоузлы в 50 % случаев).

Стадии распространения:

– I стадия (T1) — опухоль в наибольшем измерении до 2 см, располагается в паренхиме железы и не распространяется на капсулу. Кожа без изменений, симптомы поражения лицевого нерва отсутствуют;

– II стадия (T2) — опухоль размером от 2 до 3 см, отчетливо выступает в околоушной области. Капсула вовлечена в процесс, симптомы легкого пареза мимических мышц;

– III стадия (T3) — опухоль поражает большую часть околоушной железы и прорастает в одну из окружающих анатомических структур (кожа, нижняя челюсть, наружный слуховой проход, жевательная мышца). Симптомы поражения лицевого нерва;

– IV стадия (T4) — опухоль прорастает в несколько окружающих анатомических структур. Паралич мимической мускулатуры на стороне расположения опухоли.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Клинические методы обследования. Изначальное появление доброкачественной опухоли слюнной железы остается незамеченным пациентами, поскольку не сопровождается какой-либо клинической симптоматикой. В большинстве случаев опухоль замечается, когда, вырастая до определенного размера, начинает контурировать при внешнем осмотре либо случайно обнаруживается при пальпации. В более редких случаях она диагностируется при возникновении воспалительного процесса в ней или пораженной слюнной железе либо как случайная находка при проведении обследования по поводу других заболеваний в челюстно-лицевой области.

С учетом того, что все большие слюнные железы достаточно хорошо доступны пальпации, данный метод клинического обследования является основным в первичном обнаружении опухолей этих органов. Пальпаторно доброкачественная опухоль определяется как безболезненное узловое уплотнение либо размягчение в слюнной железе с относительно четким контуром, смещаемое, не спаянное с кожей или слизистой оболочкой полости рта и прилежащими к слюнной железе тканями, с отсутствием реакции со стороны регионарных лимфатических узлов.

Бимануальная пальпация позволяет обнаружить опухоль не только поверхностного, но и глубокого отдела слюнной железы. При этом можно получить исходную информацию об ориентировочной локализации опухоли, ее размерах, четкости границ, консистенции, болезненности, отношении к окружающим тканям.

Как правило, доброкачественные опухоли слюнных желез не сопровождаются какими-либо функциональными нарушениями, появление которых более характерно для злокачественных опухолей за счет прорастания их в нервы и прилежащие мышечные структуры. Функциональные нарушения в виде пареза или паралича мимической мускулатуры, болевого синдрома или снижения чувствительности кожи, ограничения открывания рта и затрудненного глотания на фоне быстрого роста опухоли являются основными дифференциально-диагностическими клиническими критериями между доброкачественным и злокачественным новообразованием слюнной железы.

Однако, наряду с этим, имеются наблюдения, свидетельствующие о возможности появления определенных функциональных нарушений и при доброкачественных опухолях. Так, отмечено, что образования больших размеров, исходящие из глубокого отдела околоушной железы и находящиеся в окологлоточном пространстве, могут вызывать выраженную асимметрию ротоглотки и дискомфорт при приеме пищи. Также указано на появление пареза мимической мускулатуры при доброкачественной опухоли околоушной железы (плеоморфной аденоме и аденолимфоме), который исчезал после удаления образования, что объясняется компрессией опухолью лицевого нерва при длительном ее росте.

Рецидивные опухоли отличаются более быстрым ростом, нередко состоят из нескольких узлов, за счет спаянности с окружающими тканями и кожей становятся плохо смещаемыми, могут быть слегка болезненными при пальпации.

Клинический метод обследования играет огромную роль в первичной диагностике опухолей больших слюнных желез, поэтому он должен широко применяться при проведении обследования любого пациента на приеме у врача-стоматолога или челюстно-лицевого хирурга. Клинические методы обследования позволяют в 45,6 % случаев установить первичный диагноз доброкачественной и в 51,7 % злокачественной опухоли. Однако в большинстве своем доброкачественные и злокачественные новообразования около-

ушной железы имеют ряд общих клинических признаков, что не позволяет на данном этапе обследования окончательно установить правильный диагноз.

Уточнить интересующую нас информацию и провести дифференциальную диагностику позволяет применение специальных методов исследования.

Специальные методы исследования. Ультразвуковое исследование слюнных желез (сонография, ультрасонография, эхография). Считается, что при клиническом подозрении на наличие опухоли слюнной железы ультразвуковое исследование должно быть первоочередным среди других специальных методов обследования, поскольку является легко доступным и безвредным методом, обладающим достаточно высокой информативностью. Так, стандартная сонография в 97 % случаев позволяет визуализировать опухоль слюнной железы.

Метод дает возможность определить локализацию, размеры и степень поражения железы опухолевым процессом, четкость контура опухоли, наличие ее оболочки, эхогенных включений, увеличенных регионарных лимфатических узлов и взаимоотношения с окружающими тканями, однородность структуры, степень эхогенности (высокая, средняя, низкая) (рис. 7).

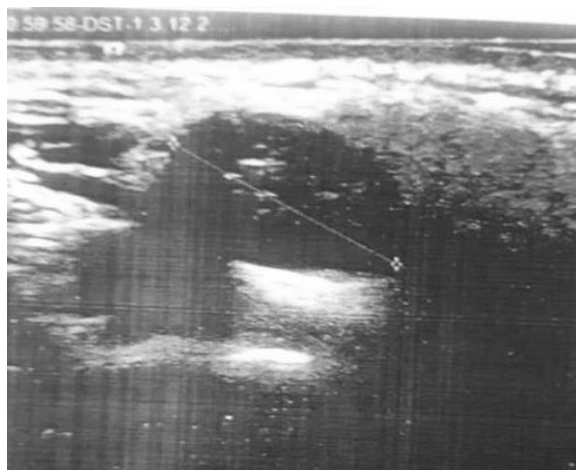


Рис. 7. Ультразвуковое исследование плеоморфной аденомы околоушной слюнной железы

Данные показатели могут служить относительными критериями при проведении дифференциальной диагностики доброкачественных опухолей со злокачественными, а также с другими клинически сходными заболеваниями.

При применении цветной доплеровской сонографии для доброкачественных опухолей характерно отсутствие или слабая внутриопухолевая васкуляризация, что дает возможность установить правильный диагноз доброкачественной опухоли в 99,2 %, а злокачественной — в 100 % случаев; также целесообразно ее применения при сосудистых опухолях.

УЗИ слюнных желез рекомендуется использовать для динамического наблюдения за опухолевым процессом и осуществления контроля за эффективностью лечения в послеоперационном периоде.

Контрастная сиалогграфия. Метод получения рентгенологического изображения контрастированных выводных протоков слюнной железы после

заполнения их рентгеноконтрастным раствором используется в диагностике опухолей этих органов достаточно давно, но актуален и в настоящее время. Диагностическая возможность выявления опухоли при использовании данного метода составляет 83 %. Доброкачественные новообразования на сиалограммах оттесняют протоки, контуры которых нередко повторяют очертания опухоли, в сторону, не вызывая изменений их структуры, выявляются в виде дефекта наполнения в паренхиме железы, а злокачественные опухоли характеризуются разрушением целостности и прерывистостью протоков.

Термография (термовизиография, тепловидение). Метод основан на контактном или дистанционном измерении поверхностной температуры тела в инфракрасном или сверхвысокочастотном (радио-) диапазоне и получении изображения различной интенсивности серых тонов, а при применении холестерических жидких кристаллов — цветного изображения.

Оценка термограмм слюнных желез включает определение температурной асимметрии, наличие патологических очагов гипо- или гипертермии, а проведение количественного анализа состоит в измерении градиента температуры в симметричных участках и площади патологической зоны.

Большинство доброкачественных опухолей слюнных желез выглядит как очаги локальной гипотермии, сосудистые опухоли — локальной гипертермии. Злокачественные новообразования характеризуются локальной гипертермией в проекции опухоли и регионарных лимфатических узлов, а при инфильтративном росте отмечается нечеткость контуров патологического очага.

Радионуклидное исследование. По накоплению и экскреции радиофармацевтического препарата, введенного внутривенно, данный метод позволяет получить информацию о структурных и функциональных нарушениях слюнных желез. Опухоль, не накапливая препарат, создает дефект изображения железы. Метод также используется для изучения функциональной способности слюнной железы после проведения органосохраняющей операции, а иногда — с целью подтверждения удаления всей железистой ткани после экстирпации слюнной железы.

Рентген-компьютерная томография (РКТ, СТ). Разрешающая возможность рентген-компьютерной томографии в диагностике опухолей больших слюнных желез достаточно высока и составляет 97,4 %. Отрицательный результат нередко связан с небольшим размером опухоли, когда шаг между сканами превышает его, либо с наличием выраженного рубцового процесса в зоне исследования. Причиной недостаточно хорошей визуализации опухолей слюнных желез также могут быть артефакты, возникающие от ортопедических металлических конструкций в полости рта, и малое отличие плотности опухоли от ткани слюнной железы.

Метод позволяет детально уточнить топографо-анатомическую локализацию и распространенность опухоли, ее форму, размеры, четкость и ровность контуров, структуру, взаимоотношение с прилежащими к ней тканями, наличие увеличенных регионарных лимфатических узлов (рис. 8, 9).



Рис. 8. Рентген-компьютерная томограмма доброкачественной опухоли околоушной слюнной железы

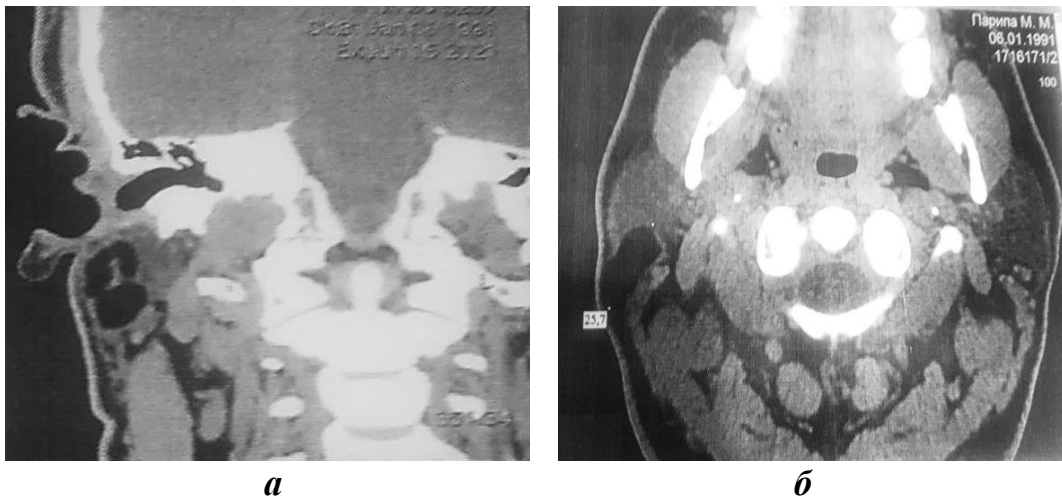
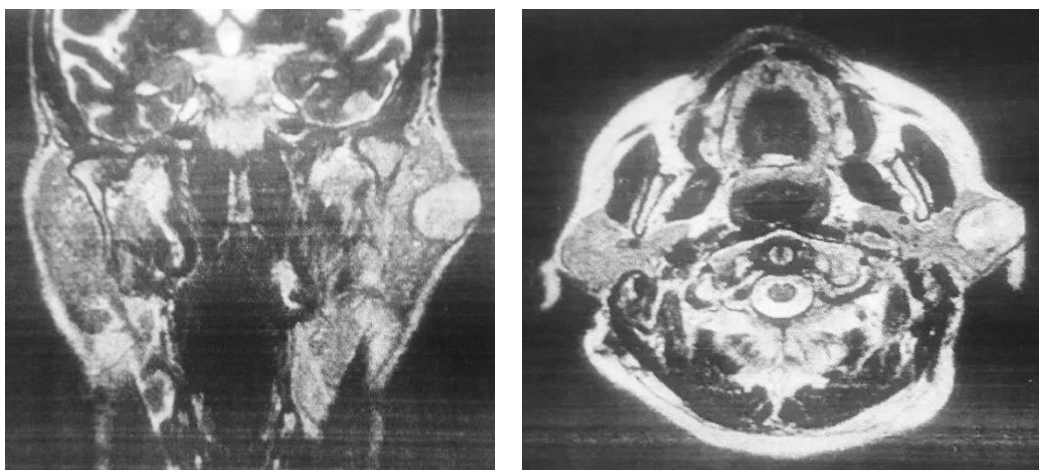


Рис. 9. Рентген-компьютерные томограммы сиалолипомы:
а — сагиттальный срез; *б* — горизонтальный срез

Рентген-компьютерная томография имеет бесспорное преимущество по сравнению с другими методами диагностики при расположении опухоли в глубоком отделе околоушной железы и при ее больших размерах. Однако для дифференциальной диагностики доброкачественной и злокачественной опухоли у данного метода относительно невысокая информативность (55,6 %).

Магнитно-резонансная компьютерная томография (ядерно-магнитно-резонансная компьютерная томография, МРТ, ЯМРТ, MRI). Данный метод также применяется в диагностике опухолей больших слюнных желез.

Указывается на высокую информативность МРТ в плане уточнения топографо-анатомической локализации опухолей и их взаимоотношений с окружающими тканями и органами структурами. Целесообразно применение этого метода исследования при локализации опухоли в глубоком отделе околоушной железы и при рецидивных новообразованиях, при этом отмечается лучшая визуализация анатомических структур (в частности — лицевого нерва) по сравнению с рентген-компьютерной томографией (рис. 10, 11).

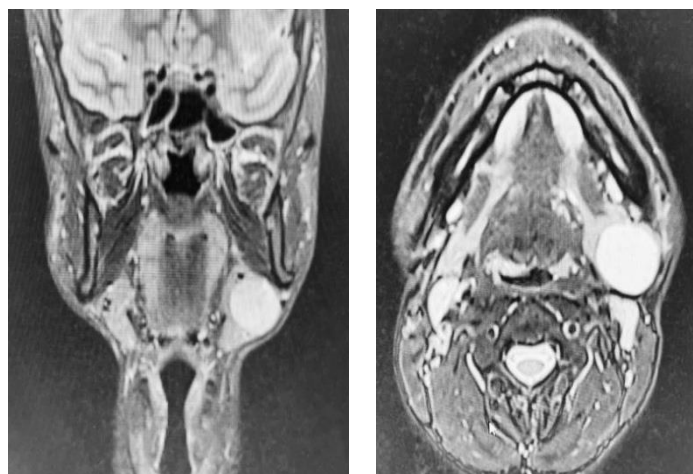


a

б

Рис. 10. Магнитно-резонансная компьютерная томограмма опухоли околоушной слюнной железы:

a — сагиттальный срез; *б* — горизонтальный срез



a

б

Рис. 11. Магнитно-резонансная компьютерная томограмма опухоли подчелюстной слюнной железы

a — сагиттальный срез; *б* — горизонтальный срез

Цитологическое исследование пунктатов опухоли позволяет в большинстве случаев верифицировать диагноз опухоли слюнной железы, провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, установить характер образования (доброкачественное или злокачественное) и, в ряде случаев, его конкретную гистологическую форму.

Материал для исследования получают путем проведения диагностической пункции определяемой опухоли и аспирации шприцем содержимого. С учетом того, что данная диагностическая манипуляция относится к инвазивным методам и может способствовать распространению опухолевых клеток по ходу движения иглы в прилежащие ткани, в последнее время при диагностике опухолей слюнных желез, чтобы получить материал для последующего цитологического исследования, широко применяется тонкоигольная

аспирационная биопсия. Кроме того, в качестве положительных моментов тонкоигольной биопсии отмечаются меньшее попадание в пунктат клеток крови, что облегчает врачу-цитологу интерпретацию результата исследования, а также меньшая болезненность и хорошая переносимость пациентами данной манипуляции.

Диагностическая точность цитологического исследования пунктатов опухолей слюнных желез составляет 83,8–98,2 %.

Когда опухоль, расположенная в глубоком отделе слюнной железы, пальпаторно плохо определяется, рекомендуется проводить пункцию такой опухоли под контролем ультразвуковой визуализации.

Гистологическое исследование материала, полученного путем пункционной, инцизионной и эксцизионной биопсий. Гистологическое исследование опухоли в настоящее время является самым точным методом дифференциальной диагностики, поскольку позволяет не только выявить опухоль, но и уточнить ее конкретную гистологическую форму.

Гистологическое исследование материала, полученного путем пункционной биопсии, возможно в том случае, когда удастся получить не отдельные клетки (пунктат), а фрагмент ткани (тканевой биоптат). Это осуществимо только при применении пункционной иглы большого диаметра.

С учетом того, что до контакта с опухолью игла проходит через другие ткани (кожа, подкожно-жировая клетчатка, мышцы), которые могут непреднамеренно заполнить просвет иглы, пункционная игла должна быть оснащена мандреном, который освобождает просвет иглы только после ее контакта с опухолью.

Окончательный диагноз устанавливается на основании планового гистологического исследования операционного материала, полученного путем эксцизионной биопсии (полного удаления опухоли слюнной железы).

Кроме выявления самой опухоли и ее природы, немаловажное значение для выбора адекватного метода лечения имеет топографо-анатомическая локализация ее, занимаемый объем в железе, взаимоотношение с прилежащими к железе анатомическими структурами и другие уточняющие моменты. Это возможно только путем проведения комплексного обследования. Выбор адекватного метода лечения с минимальным количеством возможных послеоперационных осложнений — самая важная задача предоперационного обследования пациента.

ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Хирургия **доброкачественных опухолей** околоушных желез прежде всего базируется на знании анатомических особенностей данных органов. Самой важной анатомической особенностью является прохождение в толще околоушной железы лицевого нерва. Стволовая часть лицевого нерва выходит из шилососцевидного отверстия, проникает в задневнутренний полюс околоушной железы и, проходя в ней, разделяется на ветви. Обнаружена его широкая анатомо-топографическая вариабельность. Протяженность стволо-

вой части нерва в железе до начала его деления может быть различная (иногда он начинает делиться сразу же после вхождения в железу, в других случаях — большую часть железы он проходит не делясь). Нет четкой закономерности в количестве основных ветвей, отходящих от ствола лицевого нерва и выходящих из слюнной железы. Иногда они выглядят как густая сеть ветвей нервов относительно малого диаметра с множеством анастомозов между собой, иногда — как небольшое количество достаточно крупных магистральных ветвей.

Выйдя из железы, ветви лицевого нерва направляются к мимической мускулатуре и иннервируют ее. Условно, в зависимости от иннервируемых групп мимических мышц, ветви подразделяют на лобные, скуловые, щечные, краевые, шейные и затылочные.

Плоскость ветвей лицевого нерва условно разделяет околоушную железу на два отдела: большая часть железы, находящаяся снаружи от ветвей лицевого нерва — поверхностный отдел, и несколько меньшая часть железы, находящаяся внутри от них — глубокий отдел околоушной железы. С точки зрения диагностики опухолей и особенностей их хирургического лечения, выделение в околоушной железе поверхностного и глубокого ее отделов целесообразно и общепринято.

Опухоли чаще располагаются в поверхностном отделе околоушной железы. Локализация их в глубоком отделе составляет около 20 %. Из опухолей поверхностного отдела железы на долю доброкачественных приходится 88,6 %, в глубоком отделе они составляют 63,2 %.

Достаточно крупным кровеносным сосудом, проходящим через околоушную железу, является зачелюстная вена.

Выводной проток околоушной железы выходит, как правило, из ее глубокого отдела (в 91,4 % случаев) в области передневнутреннего полюса либо гораздо раньше, продвигаясь кпереди по внутренней поверхности железы, которая прикрывает его снаружи. Выводной проток железы практически всегда сопровождают щечные ветви лицевого нерва. Иногда по ходу его в щечной области располагается добавочная доля околоушной железы, выводной проток (или несколько протоков) которой впадает в основной проток железы.

Любая операция на околоушной железе сопряжена с риском повреждения вышеназванных анатомических структур. Хирургический доступ к железе предполагает хороший обзор операционного поля, минимальный риск случайного повреждения важных органных структур и малозаметность послеоперационного рубца.

Ушно-височный нерв отходит от третьей ветви тройничного нерва и проникает в глубокий отдел околоушной железы. В железе нерв поднимается вертикально вверх, выходит из нее и в сопровождении височных сосудов достигает височной области. В толще железы он нередко образует анастомозы с ветвями лицевого нерва. В состав ушно-височного нерва также входят парасимпатические нервные волокна, идущие от ушного узла вегетативной нервной системы.

Все доброкачественные опухоли околоушной железы удаляются с обязательным сохранением анатомической целостности лицевого нерва. Это считается самым сложным этапом при операциях на околоушной железе.

Виды операций на околоушной железе. При доброкачественных опухолях околоушной железы в настоящее время применимы четыре основных метода их удаления, три из которых являются органосохраняющими, но при всех сохраняется анатомическая целостность лицевого нерва:

- 1) выделение опухоли по ее оболочке;
- 2) частичная паротидэктомия;
- 3) субтотальная паротидэктомия;
- 4) тотальная паротидэктомия.

Выбор конкретного вида операции зависит не только от гистологической формы опухоли. Определяющим моментом также являются топографо-анатомическая локализация и размер новообразования, особенности клинического течения. Поэтому при одной и той же гистологической форме опухоли объем выполняемой операции может быть различным.

Опухоли подчелюстных слюнных желез удаляются путем экстирпации железы.

Лечение **злокачественных опухолей** слюнных желез в зависимости от стадии опухоли включает хирургические методы, лучевую и химиотерапию.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Назовите общепринятые методы исследования у пациентов с патологией больших слюнных желез.
2. Назовите пути проникновения инфекции в слюнные железы.
3. Назовите сиаладениты вирусного происхождения.
4. Дайте клиническую характеристику острого сиаладенита в зависимости от степени тяжести (легкая, средняя, тяжелая).
5. Укажите возможные осложнения при эпидемическом паротите.
6. Составьте план лечения пациента с эпидемическим паротитом.
7. Назовите причины возникновения бактериальных сиаладенитов.
8. Что лежит в основе патогенеза бактериальных сиаладенитов?
9. Опишите клинику острых бактериальных сиаладенитов.
10. Составьте план лечения пациента с острым бактериальным сиаладенитом.
11. Какова этиология и патогенез хронических сиаладенитов?
12. Назовите фоновые заболевания, способствующие развитию хронических воспалительных процессов слюнных желез.
13. Опишите клинику хронических паренхиматозных сиаладенитов.
14. Опишите клинику хронических интерстициальных сиаладенитов.
15. Опишите клинику хронических сиалодохитов.

16. Опишите сиалограмму хронических сиаладенитов: паренхиматозных, интерстициальных и сиалодохитов.
17. Проведите дифференциальную диагностику хронических сиаладенитов.
18. Составьте план лечения пациентов с хроническими сиаладенитами.
19. Укажите этиологию и патогенез дистрофических заболеваний слюнных желез.
20. Укажите клинико-морфологические стадии в развитии сиалозов.
21. Опишите клинику синдрома Шегрена.
22. Дайте определение слюннокаменной болезни. Укажите этиологию и патогенез этого заболевания.
23. Опишите клинику слюннокаменной болезни.
24. Назовите общепринятые методы исследования у пациентов со слюннокаменной болезнью больших слюнных желез.
25. Определите показания к органосохраняющей операции при локализации конкремента в дистальной части основного выводного протока (сиалодохотомии) подчелюстной слюнной железы.
26. Определите показания к органосохраняющей операции при локализации конкремента в проксимальной части основного выводного протока и внутрижелезистой протоковой части (микрохирургическое удаление камня).
27. Составьте план комплексного лечения пациента со слюннокаменной болезнью.
28. Назовите доброкачественные опухоли слюнных желез, дайте их клинико-морфологическую характеристику.
29. Назовите лучевые методы диагностики новообразований слюнных желез.
30. Назовите принципы лечения доброкачественных опухолей слюнных желез.
31. Укажите оперативные доступы и методики препарирования ветвей лицевого нерва при доброкачественных образованиях слюнных желез.

ТЕСТЫ

1. Укажите основные функции больших слюнных желез:

- а) пищеварительная;
- б) накопительная;
- в) выделительная;
- г) эндокринная;
- д) защитная.

2. Анализ сиалограммы включает:

- а) изучение изображения главного выводного протока (степень заполнения контрастом, положение, длина, ширина, форма, контуры);
- б) изучение взаимоотношения мягких тканей челюстно-лицевой области и контрастируемой железы;

в) изучение изображения внутрижелезистой части протоков (их взаимоотношение, степень заполнения контрастом, положение, длина, ширина, форма, контуры);

г) определение величины, формы, структуры и топографии исследуемой слюнной железы.

3. Укажите возможные пути проникновения инфекции в слюнную железу:

- а) стоматогенный ретроградный;
- б) гематогенный;
- в) трансплацентарный;
- г) лимфогенный;
- д) контактный.

4. Какая слюнная железа вырабатывает большее по объему количество слюны:

- а) околоушная;
- б) поднижнечелюстная;
- в) подъязычная;
- г) все в одинаковом количестве?

5. Какие заболевания относятся к острым сиаденитам вирусного происхождения:

- а) эпидемический паротит;
- б) постгриппозный паротит;
- в) болезнь Шегрена;
- г) слюннокаменная болезнь?

6. Какой специальный метод обследования не применяется при заболеваниях больших слюнных желез вне обострения:

- а) сиалография;
- б) стинциграфия;
- в) ЯМР КТ;
- г) ангиография;
- д) КТ?

7. Уровень какого фермента в крови значительно повышается при эпидемическом паротите:

- а) АСТ;
- б) лактатдегидрогеназы;
- в) α -амилазы;
- г) АЛТ?

8. Болевые точки Филатова при остром сиадените околоушной слюнной железы располагаются:

- а) впереди мочки уха;
- б) в наружном слуховом проходе;
- в) в области верхушки сосцевидного отростка;
- г) в области полулунной вырезки ветви нижней челюсти;
- д) по краю нижней челюсти.

9. Показатели α -амилазы крови при эпидемическом паротите:

- а) в пределах нормы;
- б) 64–128 ЕД и выше;
- в) 12–24 ЕД.

10. Укажите возможные осложнения эпидемического паротита:

- а) орхит;
- б) мастит;
- в) панкреатит;
- г) остеомиелит челюстной кости.

- 11. Укажите местные причины возникновения острого бактериального сиаладенита:**
- а) травма железы;
 - б) лимфаденит внутриорганных лимфатических узлов;
 - в) болезни прорезывания зуба мудрости;
 - г) стоматиты;
 - д) попадание в проток инородного тела.
- 12. Укажите рентгенологические симптомы, характерные для хронического паренхиматозного сиаладенита:**
- а) паренхима железы видна нечетко;
 - б) отмечается стеноз основного выводного протока;
 - в) в концевых отделах протоков располагаются полости разной величины, заполненные рентгеноконтрастным веществом;
 - г) отмечается сужение всех протоков железы, они имеют четкие и ровные контуры;
 - д) нет изображения протоков IV–V порядка.
- 13. Укажите рентгенологические симптомы, характерные для хронического интерстициального сиаладенита:**
- а) паренхима железы видна нечетко;
 - б) нет изображения протоков IV–V порядка;
 - в) в концевых отделах протоков располагаются полости разной величины, заполненные рентгеноконтрастным веществом;
 - г) отмечается стенозирование всех протоков железы с четкими и ровными контурами;
 - д) отмечается расширение основного выводного протока.
- 14. Какие клинические проявления характерны для болезни Шегрена:**
- а) сухой кератоконъюнктивит;
 - б) ксеростомия и (или) паренхиматозный сиаладенит;
 - в) системная красная волчанка;
 - г) ревматоидный полиартрит?
- 15. Какие клинические проявления характерны для синдрома Шегрена:**
- а) сухой кератоконъюнктивит;
 - б) ксеростомия и (или) паренхиматозный сиаладенит;
 - в) аутоиммунное заболевание соединительной ткани?
- 16. Какие клинические признаки относятся к синдрому Шегрена:**
- а) нечеткость контуров протоков на сиалограмме;
 - б) ксеростомия;
 - в) наличие петрификатов в железе;
 - г) ксерофтальмия;
 - д) диспротеинемия;
 - е) резкое увеличение железы в объеме при приеме пищи?

- 17. Врачи каких специальностей должны принимать участие в лечении больных с синдромом Шегрена:**
- а) ревматолог;
 - б) челюстно-лицевой хирург;
 - в) инфекционист;
 - г) офтальмолог;
 - д) гематолог?
- 18. Какие клинико-морфологические стадии различают при развитии сиалоза:**
- а) стадия гиперсекреции;
 - б) стадия истощения секретообразования;
 - в) стадия слюнной колики;
 - г) стадия липоматоза и вторичных воспалительных изменений?
- 19. Каким образом возникают воспалительные изменения в слюнных железах при сиалозах:**
- а) первично, вследствие инфицирования паренхимы;
 - б) вторично (ретроградно), вследствие нарушения секреции и транспорта слюны?
- 20. Какая слюнная железа наиболее часто поражается слюннокаменной болезнью:**
- а) подъязычная;
 - б) поднижнечелюстная;
 - в) околоушная;
 - г) малые слюнные железы?
- 21. Могут ли встречаться нерентгеноконтрастные конкременты при слюннокаменной болезни:**
- а) да;
 - б) нет?
- 22. Какие методы лучевого исследования показаны при диагностике слюннокаменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы:**
- а) панорамная рентгенография;
 - б) обзорная рентгенография нижней челюсти в боковой и прямой проекциях;
 - в) рентгенография дна полости рта;
 - г) ЯМР КТГ;
 - д) РКТ;
 - е) сиалография;
 - ж) ангиография?
- 23. Укажите критерии применения органосохраняющей операции при слюннокаменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы:**
- а) сохранение секреторной активности железистой ткани;
 - б) наличие множественных конкрементов в разных отделах протоковой системы железы;
 - в) отсутствие выраженных признаков замещения паренхимы железы соединительной тканью;
 - г) выраженные рубцовые изменения в тканях, окружающих слюнную железу и ее выводной проток, как следствие ранее проводимых хирургических вмешательств.

24. Сиалодохотомия при слюннокаменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы показана:

- а) при локализации конкремента в дистальном отделе основного выводного протока;
- б) локализации конкремента во внутрижелезистой части выводного протока;
- в) локализации конкремента в среднем отделе основного выводного протока;
- г) локализации конкремента в устье основного выводного протока.

25. Экстирпация поднижнечелюстной слюнной железы при слюннокаменной болезни показана:

- а) при длительном течении болезни с частыми обострениями;
- б) значительном замещении железистой ткани соединительной тканью;
- в) наличии нескольких конкрементов во внежелезистой части выводного протока;
- г) значительном снижении секреторной функции железы;
- д) наличии множественных конкрементов в различных отделах протоковой системы.

26. Какую информацию может дать ультразвуковой метод исследования при опухолях челюстно-лицевой области:

- а) распространенность опухолевого процесса;
- б) размер образования;
- в) локализация опухоли;
- г) эхо-структура опухолевой ткани;
- д) четкость или размытость границ опухоли;
- е) гистологическая структура опухоли?

27. Какой вид биопсии необходимо применить с целью верификации опухоли слюнной железы:

- а) инцизионный;
- б) эксцизионный;
- в) трепанационный;
- г) пункционный?

28. Укажите виды оперативных вмешательств при удалении доброкачественных эпителиальных опухолей околоушных слюнных желез:

- а) экскохлеация;
- б) микрохирургическое удаление с частичной резекцией железы;
- в) паротидэктомия;
- г) микрохирургическое удаление с частичной резекцией железы и препарированием ветвей лицевого нерва.

Ответы: 1 — а, в, г, д; 2 — а, в, г; 3 — б, г, д; 4 — б; 5 — а, б; 6 — г; 7 — в; 8 — а, в, г; 9 — б; 10 — а, в; 11 — а, б, г, д; 12 — а, в, д; 13 — а, г; 14 — а, б; 15 — а, б, в; 16 — б, г; 17 — а, б, г; 18 — а, б, г; 19 — б; 20 — б; 21 — а; 22 — а, б, в, д, е; 23 — а, в; 24 — а, в, г; 25 — а, б, г, д; 26 — а, б, в, г, д; 27 — г; 28 — б, г.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Амбулаторная хирургическая стоматология. Современные методы : руководство для врачей / В. М. Безруков [и др.].* Москва : Мед. информ. агентство, 2004. 108 с.
2. *Бернадский, Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский.* Витебск : Белмедкніга, 1998. 404 с.
3. *Вязьмина, А. В. Хирургическая стоматология : практикум / А. В. Вязьмина.* Ростов-на-Дону : Феникс, 2006. 349 с.
4. *Денисов, А. Б. Слюнные железы. Слюна / А. Б. Денисов.* Москва : РАМН, 2003. 134 с.
5. *Кислых, Ф. И. Челюстно-лицевая хирургия : учеб. пособие для мед. вузов / Ф. И. Кислых, В. Н. Перепилицын, И. А. Баландина.* Ростов-на-Дону : Феникс, 2007. 160 с.
6. *Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи (руководство для врачей) / под ред. А. Г. Шаргородского.* Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2002. 528 с.
7. *Ластовка, А. С. Органосохраняющая микрохирургия больших слюнных желез : монография / А. С. Ластовка.* Минск : БГМУ, 2007. 146 с.
8. *Муковозов, И. Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области / И. Н. Муковозов.* Москва : МЕДпресс, 2002. 224 с.
9. *Рабухина, Н. А. Стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Атлас рентгенограмм / Н. А. Рабухина, А. П. Аржанцев.* Москва : Мед. информ. агентство, 2002. 304 с.
10. *Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии : в 2 т. / под ред. В. М. Безрукова, Т. Г. Робустовой.* Москва : Медицина, 2000. Т. 1. 771 с. Т. 2. 488 с.
11. *Солнцев, А. М. Заболевания слюнных желез / А. М. Солнцев, В. С. Колесов, Н. А. Колесова.* Киев : Здоров'я, 1991. 312 с.
12. *Соловьев, М. М. Пропедевтика хирургической стоматологии / М. М. Соловьев.* Москва : МЕДпресс-информ, 2007. 264 с.
13. *Тимофеев, А. А. Основы челюстно-лицевой хирургии : учеб. пособие / А. А. Тимофеев.* Москва : Мед. информ. агентство, 2007. 696 с.
14. *Machtens, E. Salivary gland diseases / E. Machtens // Mund Kiefer Gesichtschir.* 2000. Vol. 4, Suppl. 1. S. 401–413.
15. *North, E. Submandibular sialoplasty for stone removal and treatment of a stricture / E. North // Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* 1998. Vol. 36, N 3. P. 213–214.
16. *Rabinov, J. D. Imaging of salivary gland pathology / J. D. Rabinov // Radiol. Clin. North Am.* 2000. Vol. 38. P. 1047–1057.
17. *Wolf, J. S. Pleomorphic adenoma of the parotid / J. S. Wolf, A. N. Goldberg, D. C. Bigelow // Am. Fam. Physician.* 1997. Vol. 56, N 1. P. 185–192.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Функциональная значимость больших слюнных желез	3
Классификация заболеваний слюнных желез	4
Сиаладениты	5
Острый вирусный сиаладенит	6
Острый бактериальный сиаладенит	9
Хронический сиаладенит	13
Сиалозы	18
Слюннокаменная болезнь	22
Опухоли слюнных желез	28
Доброкачественные опухоли	29
Злокачественные опухоли	33
Дифференциальная диагностика опухолей слюнных желез	33
Лечение опухолей слюнных желез	39
Самоконтроль усвоения темы	41
Контрольные вопросы	41
Тесты	42
Список использованной литературы	47

ISBN 978-985-21-1290-1

