

# СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ

Маланчук В.А., Гуч А.А., Логановская Е.Н., Перерва В.В.

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,  
г. Киев, Украина*

**Введение** Хронические воспалительные и дистрофические заболевания околоушных слюнных желёз отличаются многообразием и часто отражают общее состояние организма человека, нарушения эндокринной, пищеварительной, иммунной систем (И.Ф. Ромачева, 1973; И.Г. Лесовая, 2002). Ошибочность диагностики и, соответственно, неправильное их лечение приводит к возникновению аутоиммунных расстройств и злокачественных новообразований (И.Г. Лесовая, 2001).

**Цель работы** - усовершенствование методов диагностики хронических и дистрофических заболеваний околоушных слюнных желёз с использованием ультрасоно- и доплерографии.

**Объект и методы.** Обследовано 160 пациентов с хроническими воспалительными и дистрофическими заболеваниями околоушных слюнных желёз. Возраст пациентов составил 25-72 года, мужчин - 70, женщин - 90. По предварительному клиническому диагнозу, установленному классическими методами обследования, выделено три группы пациентов: 34 - с сиалозом, 30 - с хроническим сиалоаденитом и 96 - с хроническим лимфаденитом.

Для уточнения диагностики проводили ультрасоно- и доплерографию околоушных слюнных желёз с одновременным обследованием бокового отдела шеи. В результате данных исследований ультрасоно- и доплерографии пациенты были распределены по группам следующим образом: 1-я группа - сиалоз околоушных слюнных желёз - 24 пациента; 2-я группа - хронический сиалоаденит - 34 пациента (28 - с паренхиматозным и 6 - с интерстициальным); 3-я группа - хронический лимфаденит как в околоушно-жевательной области, внутри самих желёз (псевдопаротит Герценберга), так и вне их - 102 пациента. Ультрасонографию проводили по общепринятой методике (Э.М. Нахутина,

1974) - сканирование железы осуществляли узким линейным датчиком в продольном и поперечном его положении с частотой 5-10 МГц на аппаратах Philips-Envizor, в продольном и поперечном его положениях. Кровоснабжение околоушной слюнной железы и прилежащего бокового отдела шеи изучали методом цветной доплеровской ультрасонографии.

**Результаты.** Сиалоз околоушных слюнных желез. Жалобы пациентов однотипны: нарушение выделительной и секреторной функций желёз, увеличение и уплотнение их; начало заболевания установить не удаётся; как правило, боль отсутствует. Осмотр: асимметрия лица за счёт припухлости одной или реже - обеих околоушных слюнных желёз, плотность железы увеличена, поверхность чаще гладкая, иногда бугристая; устье Стенонова протока сужено; при массаже железы из него выделяется слюна (белесоватая, с примесью густой слизи, в небольшом количестве, иногда отсутствует). Для сиалоза околоушных слюнных желёз характерны дольчатое строение и неоднородная экзогенность паренхимы, зернистое строение; гипозоногенные участки разделены толстыми фиброзными перегородками - линейный фиброз, что является характерным признаком сиалоза; некоторое увеличение объёма железы; чёткость контуров железы во всех наблюдениях; лимфатические узлы вне околоушных слюнных желёз не определяются, внутри железы определяются чаще, чем отсутствуют. Данные доплерографии, свидетельствовали, что при сиалозе околоушных слюнных желёз имеют место признаки уменьшения кровоснабжения обеих околоушных слюнных желёз.

Хронический паренхиматозный паротит. Обследованы 28 пациентов с клиническим диагнозом «хронический паренхиматозный паротит». У 16 пациентов были поражены обе околоушные слюнные железы. Точное начало заболевания также установить не удалось, однако болезнь продолжалась от нескольких месяцев до года, наблюдалось чередование улучшения и ухудшения состояния. При ухудшении отмечалось болезненное припухание железы. Все пациенты отмечали облегчение при местном применении тепла. При осмотре практически никаких изменений конфигурации лица не определялось, пальпировались болезненные точки, как правило, в позадичелюстной области. Устье протока железы - без изменений, при массаже железы из устья выделялась слюна с примесью слизи и белесоватых «хлопьев».

Для хронического паренхиматозного паротита свойственны следующие сонографические признаки: неоднородность паренхимы - в 100% наблюдений, наличие чётких множественных

рассеянных гипозоногенных образований — в 100%; увеличение объёма железы — в 100%, преобладание нечёткости контуров железы (64,3% наблюдений), увеличение перигландулярных лимфатических узлов у преобладающего большинства пациентов. При хроническом паренхиматозном сиалоадените отмечено отклонение от нормы показателей обеих желёз в сторону их значительного повышения: выражен стеноз сосудов и увеличен объёмный кровоток.

Хронический интерстициальный паротит. В этой группе наблюдали 6 человек. У всех пациентов были поражены обе околоушные слюнные железы. Пациенты обращались в клинику спустя 3-6 месяцев после того, как замечали припухлость в околоушной области. Железы были безболезненны, мягкие, кожа над ними физиологической окраски, из устья Стенонова кровотока выделялась чистая прозрачная слюна. Пациенты указывали, что припухлость нарастала, иногда могла уменьшиться. В клинику обращались в период обострения. Применение тепла на железу улучшало состояние пациентов. В стадии ремиссии объём железы уменьшался, но устье протока оставалось суженным, процесс не прекращался, но медленно прогрессировал.

Согласно данным ультрасонографии можно сделать вывод, что для интерстициального паротита характерны гиперэхогенность и неоднородность паренхимы; отсутствие очаговых поражений; увеличение объёма; чёткость контуров железы; не увеличенные одиночные перигландулярные лимфатические узлы. Данные доплерографии не отличаются от таковых при паренхиматозном паротите (усилен стеноз сосудов, увеличен объёмный кровоток). В иммунограммах при интерстициальном паротите существенных изменений не выявлено, имеющиеся отклонения не являются патогномичными и диагностической ценности не представляют.

**Заключение.** Классические методы обследования оказались малоинформативными и недостаточными для точной диагностики, поскольку ошибка при установлении клинического диагноза на основании стандартных методов обследования до проведения специальных методов исследования составила в среднем 17,9% (сиалоз - 29,4%, сиалоаденит - 13,3%, хронический лимфаденит - 10,9%), в результате 20 пациентов изменили группу первичного распределения по морфологическим формам. Наиболее сложными в диагностике оказались сиалозы, при которых ошибки первичной диагностики составили 29,4%. Обследование пациентов с воспалительными и дистрофическими заболеваниями околоушных слюнных желез современными методами ультрасоно- и доплерографии позволяет получить изображение структуры железы, оценить её кровоснабжение,

и на основании дополнительных данных уточнить диагноз при хронических неопухолевых заболеваниях слюнных желёз. Ультрасоно- и доплерография околоушных слюнных желёз являются перспективными, достоверными, правомочными методами для дифференциальной диагностики, что даёт основание рекомендовать их включение в алгоритм обследования пациентов данной категории.