

Красноярский государственный медицинский университет им. проф.  
В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

Институт стоматологии - научно-образовательный центр инновационной  
стоматологии

Кафедра-клиника хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Реферат на тему: **Острые воспалительные заболевания слюнных желез**

**Выполнил ординатор :**

**Тазаян А.Р**

**Красноярск 2018.**

## **Содержание:**

1.Этиология

2 Патогенез

3.Классификация

4.Клиника

5.Дифференциальная диагностика

6.Лечение

Воспалительные заболевания слюнных желез носят названия сиаладенитов.

Сиаладениты по течению бывают

- острые
- хронические.

### *1. Этиология и патогенез.*

Острые сиаладениты вызываются

- вирусами (фильтрующийся вирус при эпидемическом паротите - "свинке": вирусы гриппа, герпеса)
- бактериальной флорой (стрептококки, стафилококки, кишечная палочка и др.).

Распространение возбудителей может происходить

- гематогенно,
- лимфогенно,
- контактным путем при флегмонах околоушно-жевательной, подчелюстной и подъязычной областей),
- восходящим путем через проток. Острый воспалительный процесс в слюнной железе может развиваться при попадании в выводной проток инородного тела.

Бактериальные сиаладениты (чаще паротиты) обычно развиваются как постоперационные и постинфекционные (при любом тяжелом заболевании, чаще при тифах)

## **2.Классификация.**

Острые сиаладениты классифицируются:

I. *По этиологии:*

- Вирусные
- Неспецифические (бактериальные)

II. *По локализации:*

- Паротит (околоушная слюнная железа)
- Субмандибулит (подчелюстная)
- Сублингвит (подъязычная)

III. *По характеру воспалительного процесса:*

- Серозные (вирусные)
- Гнойные (бактериальные)
- Гнойно-некротические (бактериальные)

## **Клиника**

Основные клинические признаки острого сиаладенита:

- Болезненность в области железы
- Увеличение слюнной железы в размере и как следствие припухлость в соответствующей области, асимметрия лица
- Гиперемия и напряженность кожи над железой (при гнойных сиаладенитах)
- Уменьшение слюноотделения
- Отделение экссудата из протока (серозного при вирусных поражениях и гнойного при бактериальных)
- Ухудшение общего состояния

## Дифференциальная диагностика.

Имеет значение дифференциальная диагностика вирусного и бактериального сиаладенита.

Вирусный сиаладенит	Бактериальный сиаладенит
<ul style="list-style-type: none"><li>• Характерны двусторонние поражения</li><li>• Характерен инкубационный период</li><li>• Сиаладенит носит серозный характер, из протока - серозное отделяемое</li><li>• Кожа над железой, как правило, не изменена</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Обычно поражается одна железа</li><li>• Инкубационный период отсутствует</li><li>• Сиаладенит носит гнойный характер, из протока - гнойное отделяемое</li><li>• Кожа над железой гиперемирована, напряжена</li></ul>

## Лечение.

1) *Этиотропная терапия:*

- Антибиотики, сульфаниламиды при бактериальных сиаладенитах (введение в выводной проток, применение внутрь и внутримышечно при прогрессировании процесса)
- Интерферон, рибонуклеаза при вирусных сиаладенитах (полоскание рта, введение в проток, закапывание в нос)

2) *Увеличение слюноотделения:* пилокарпина гидрохлорид по 5-6 капель 3-4 раза в день, продукты, повышающие слюноотделение (кислые)

3) При серозном воспалении грелки, УВЧ, масляные компрессы

4) Компрессы с 30 % раствором димексида на 20-30 минут I раз в день

5) Нестероидные противовоспалительные средства, десенсибилизирующая терапия, витаминотерапия

6) Бужирование протока слюнной железы для улучшение оттока слюны и экссудата

7) При гнойно-некротическом процессе производят вскрытие капсулы железы

### **Хронические воспалительные заболевания слюнных желез. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.**

#### **Этиопатогенез**

Основной путь проникновения инфекции при данных заболеваниях, также как и при острых, *восходящий из полости рта на фоне снижения слюноотделения.*

Чаще эти заболевания вторичны и возникают на фоне общих патологических состояний организма.

Наиболее часто они встречаются:

- У женщин, страдающих эндокринными нарушениями (нарушения менструального цикла, аменорея, патологический климакс и др.)
- При патологии щитовидной железы (гипотиреозы)
- При патологии поджелудочной железы (сахарный диабет) и др.
- У больных гипертонической болезнью II - III стадии на фоне гипотензивной терапии и др.

Сопутствующие заболевания помимо угнетения функции слюноотделения, приводят также к снижению иммунного барьера организма. Поэтому воспалительный процесс в слюнных железах развивается, в основном, по *гипоэргическому типу*, без выраженной симптоматики и протекает, как правило, исподволь, незаметно для больного.

Определенную роль в этиопатогенезе хронических воспалительных заболеваний слюнных желез играют перенесенные ранее острые эпидемические и неэпидемические сialoadenиты, описаны случаи

врожденных изменений системы протоков слюнных желез, дисплазии ее ткани с образованием полостей и пр.

### **Клиника.**

Различные формы хронических воспалительных заболеваний слюнных желез имеют много сходных черт, а именно:

- Эти заболевания характеризуются длительным рецидивирующим течением, чередованием периодов ремиссии и обострения.
- Периоды обострения провоцируются чаще всего такими факторами как переохлаждение организма, вирусные респираторные заболевания, полостные операции, патологические процессы в полости рта (одонтогенные воспалительные заболевания) и др.

### **Жалобы**

- На периодическое припухание слюнных желез
- снижение слюноотделения
- нарастающую сухость полости рта.

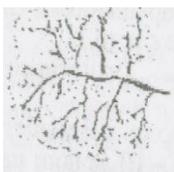
Основой для **дифференциальной диагностики** служат, как правило, лучевые методы исследования в следующей последовательности: ультразвуковое исследование, радиоизотопное исследование (сцинтиграфия), контрастное рентгенологическое исследование (сиалография).

**В комплексном обследовании слюнных желез** применяют водорастворимые и жирорастворимые контрастные вещества, предпочтение все-таки отдается последним, так как водорастворимые вещества быстро разводятся слюной и дают нечеткий рентгенологический рисунок. Обычно используют 30 % раствор йодлипола; реже 10 % раствор этиотраста.

## **Классификация.**

- 1) По этиологическому фактору различают хронические сиаладениты
  - Неспецифические
  - Специфические (туберкулез, актиномикоз, сифилис)
- 2) В зависимости от выявляемой сиалографической картины выделяют следующие клинико-рентгенологические формы заболеваний слюнных желез неопухолевой природы (см. рисунок)
  - интерстициальную
  - паренхиматозную
  - сиалодохит
  - смешанную
  - выраженные нарушения архитектоники железы.

Схематическое изображение сиалограмм слюнных желез:



а) норма



б) интерстициальная форма (сужение протоков)



в) паренхиматозная форма (шаровидные периферические эктазии)



г) сиалодохит (расширение протоков)

- 3) По течению (стадии) выделяют следующие формы
  - начальную

- выраженных признаков
- позднюю
- хроническую
- обострение хронической формы заболевания

## **Хронический интерстициальный сиалоаденит**

### ***Клиника:***

Больные предъявляют *жалобы* на периодическое припухание слюнных желез, сухость полости рта.

При *объективном исследовании* определяется

- Увеличение мягких тканей в проекции слюнных желез
- При пальпации - инфильтрация тканей железы, болезненности вне обострения пальпации не вызывает.
- Устье протоков не изменено, слюноотделение резко снижено, слюна прозрачная, иногда слюноотделение отсутствует.
- При сиалографическом исследовании определяется истончение протоков, протоки раздвинуты, заполняются не все протоки.

*В начальной стадии* больные обращаются редко, обострения процесса бывают кратковременным. В период ремиссии слюнные железы, обычно нормализуются в размерах, слюноотделение улучшается.

*В период выраженных признаков*, после обострения железы уменьшаются в размерах, но остаются несколько увеличенными, слюноотделение снижено, в поздних стадиях определяется стабильное увеличение, нарастающая сухость полости рта, слюноотделение резко снижено или отсутствует полностью

### ***Лечение:***

Можно условно разделить на общее и местное.

*Общее лечение* направлено на устранение возможной причины гипосалии или лечение основного заболевания. При выявлении иммунологических сдвигов ИСПОЛЬЗУЮТ препараты вилочковой железы, например тимоген (Скуратов А. Г.. 1997).

*Местное лечение*, в основном симптоматическое.

При обострении лечение заключается в тепловых процедурах: сухое тепло, компрессы с камфорным маслом, бужирование через протоки антисептическими растворами: фурацилин, риванол, протеолитические ферменты: внутрь анальгетики, масляный раствор витамина А по 6-8 капель три раза в день после еды. Антибиотики при этой форме поражения не назначаются, В период ремиссии ограничиваются диспансерным наблюдением.

В поздних стадиях назначают препараты стероидных гормонов, рентгеновское облучение слюнных желез. При неэффективности консервативного лечения проводят хирургическое лечение - удаление слюнной железы.

### **Хронический паренхиматозный сиалоаденит.**

#### ***Клиника:***

#### ***Жалобы на***

- припухлость слюнных желез
- сухость полости рта

Заболевание длительно протекает, не причиняя каких-либо неудобств, больные не обращаются или лечатся у терапевтов, ЛОР-врачей и др.

Характеризуется периодическими обострениями, которые в начале заболевания бывают редко, а по мере развития патологического процесса они возникают чаще и бывают более длительными.

В период обострения, появляется

- боль
- значительное увеличение слюнных желез в объеме
- гноеотечение из протоков.

Различают

- начальную стадию, но она, как правило, протекает незаметно для больного,
- стадию выраженных признаков
- позднюю

По мере развития процесса увеличение желез сохраняется и в период ремиссии, сухость полости рта является постоянным симптомом и причиняет основное беспокойство больным.

На сиалограммах определяется расширение концевых протоков, внутрижелезистые протоки не выявляются, сиалозктазии по периферии железы, диаметр их может колебаться от 0,1 до 0,5 см. и более).

### *Лечение:*

В период обострения тепловые процедуры, *антибактериальная терапия*: антибиотики широкого спектра действия, лучше с учетом чувствительности микрофлоры, сульфаниламидные препараты, витамины группы А и С дегидратационная, десенсибилизирующая терапия.

Бужирование растворами протеолитических ферментов, антибиотиков.

При абсцедировании - раскрытие гнойных очагов хирургическими методами.

Вне обострения - общеукрепляющая терапия, санация полости рта, диспансерное наблюдение. При частых обострениях решается вопрос об удалении слюнных желез. При выявлении сопутствующего гипотиреоза, назначают тироксин.

## **Сиалодохиты.**

### ***Клиника:***

#### *Жалобы на*

- периодическое припухание слюнных желез, иногда связанные с приемом пищи или жеванием жевательной резинки
- боли, возникающие в момент увеличения слюнных желез.

При обострении появляется гноеотечение из выводных протоков.

В начальной стадии клинические симптомы выражены слабо, поэтому больные могут не обращаться.

В стадии выраженных признаков клинические проявления носят постоянный характер, появляются изменения по ходу главных выводных протоков: инфильтрация клетчатки, отек, иногда гиперемия слизистой вокруг протоков, устья выводного протока, уплотнение и деформация самих протоков.

*На сиалограммах* определяется расширение главных выводных протоков в начальных стадиях и расширение протоков более мелких в стадии выраженных признаков и поздних стадиях.

### ***Лечение.***

Бужирование слюнных желез через протоки растворами антисептиков, антибиотиков, протеолитических ферментов.

Мероприятия, направленные на стимуляцию слюноотделения: 1 % раствор пилокарпина гидрохлорида по 6-8 капель внутрь перед едой, 0.5 % раствор галантамина ежедневно подкожно по 1,0 мл на курс лечения 30 инъекций, его можно также вводить путем электрофореза. Можно также назначать электрофорез с йодистым калием, новокаиновые блокады по Вишневскому, применяя 0,5 % раствор, который вводится в клетчатку окружающую железу.

В случае частых обострений и неэффективности консервативного лечения применяют хирургическое лечение: перевязку главного выводного протока устья и последующую терапию, направленную на угнетение

функции слюнных желез: атропин подкожно по 1.0 мл - 5 инъекций  
рентгенотерапия или удаление слюнных желез.

### **Смешанные сиалоадениты**

Имеют *клиническую картину*, сходную по течению с паренхиматозной формой или сиалодохитом. Выявляется только при сиалографическом исследовании. Подходы к лечению практически те же, что и при других формах сиалоаденитов ( см. выше).

### **Хронические специфические сиалоадениты**

#### ***Туберкулез.***

Первичное поражение слюнных желез бывает крайне редко. Чаще происходит диссеминация туберкулезных палочек из первичного очага, прежде всего из легких.

*Клиническое течение*, напоминает хронические сиалоадениты неспецифические - увеличение слюнных желез в объеме, снижение слюноотделения -при продуктивной (склерозирующей) форме и обострение хронического сиалоаденита - боль, припухлость, гиперемия кожи, флюктуация - при экссудативной (абсцедирующей форме).

*Дифференциальная диагностика* сложна. На сиалограммах при диффузном поражении определяются округлой формы полости, при очаговой - наблюдается одна неправильной формы полость (каверна).

Морфологическое исследование выявляет милиарные бугорки, в центре которых определяется грануляционная ткань и казеозный распад. Это исследование позволяет поставить окончательный диагноз.

*Лечение* специфическое, осуществляется фтизиатрами.

### ***Актиномикоз.***

Возбудителем является лучистый грибок - актиномицет. Основным путем проникновения через проток из полости рта. Различают актиномикоз собственно слюнных желез и лимфатических узлов в ткани слюнных желез. Актиномикоз собственно слюнных желез протекает в основном, в виде продуктивного воспаления, реже экссудативного.

*Клинически* определяется припухлость слюнных желез без четких границ, кожа в цвете, как правило не изменена, слюноотделение снижено. При экссудативной форме определяется напряжение кожи, синюшность, в центре постепенно происходит размягчение, образуется абсцесс, который если не вскрывается хирургически, может прорваться. Содержимое: жидкий гной с более плотными слизистыми комочками.

*Дифференциальная диагностика* сложна, должна проводиться с неопухолевыми поражениями и опухолевыми процессами.

Сиалографическое исследование позволяет увидеть при абсцедирующей (экссудативной форме) полости различной величины и формы, деформацию протоков.

При морфологическом исследовании редко удается найти друзы гриба, изменения в ткани слюнных желез сходны с хроническим воспалением.

*Диагноз* ставится, в основном, на основании клинического течения, серологического, цитологического исследования.

*Лечение* - комплексное:

Местно - сухое тепло компрессы, бужирование, антибактериальная терапия. Обязательным является включение в комплексную терапию актинолизата, препаратов йодистого калия, актиномицетной поливалентной вакцины. По показаниям - хирургическое лечение, редко рентгенотерапия.

## **Сифилис.**

Возбудителем заболевания является бледная трепонема. Встречается крайне редко, в литературе описаны лишь случаи поражения околоушных слюнных желез во вторичном периоде сифилиса. Течение заболевания напоминает хронический неспецифический паротит, иногда двусторонний. Железы увеличиваются, уплотняются, отмечается регионарный лимфаденит.

При сиалографическом исследовании определяют деформацию протоков, полости с нечеткими краями. При морфологическом исследовании - картина специфического воспаления - гуммы, что позволяет поставить окончательный диагноз.

*Лечение* проводится совместно с дерматовенерологами. Хирургическое лечение по устранению рубцовых деформаций проводится после проведенного курса лечения (курс бициллина, препараты висмута и др.).

## **Слюнно-каменная болезнь.**

### **Этиология, клиника, лечение, методы диагностики.**

Слюннокаменная болезнь (сиалолитиаз, калькулезный сиаладенит) характеризуется образованием камней в протоках слюнных желез.

### *Этиология и патогенез.*

Заболевание встречается одинаково часто у мужчин и женщин, во всех возрастах.

Причины образования камней до конца не выявлены. Известны лишь отдельные звенья этого сложного процесса:

- Нарушение минерального, главным образом, кальциевого обмена
- Гипо- и авитаминоз А и др.
- Нарушения секреторной функции и хроническое воспаление слюнной железы.

В большинстве случаев конкременты располагаются в поднижнечелюстной железе и поднижнечелюстном протоке, реже - в околоушной железе и околоушном протоке.

Форма камней может быть различной;

Камни, располагающиеся в области железы, округлые

Конкременты же, образовавшиеся в протоке слюнной железы, чаще всего продолговатые.

### **Клиника.**

Различают клинические стадии заболевания: *начальную* (протекающую без клинических признаков воспаления), *клинически выраженного воспаления* (протекающего с периодическим обострением сиаладенита) и *позднюю* (с выраженными симптомами хронического воспаления).

#### *Основные клинические симптомы начальной стадии:*

- Первым клиническим признаком являются симптомы задержки выделения секрета. Обычно во время еды наступает увеличение слюнной железы, появляется ощущение ее распирающей, а затем боль («слюнная колика»). Эти явления держатся иногда несколько минут или часов и постепенно проходят, но повторяются во время следующего приема пищи, а иногда даже при мысли о еде.
- Увеличенная железа при пальпации безболезненная, мягкая; при расположении камня в железе имеется участок уплотнения. При бимануальной пальпации по ходу поднижнечелюстного протока можно обнаружить небольшое ограниченное уплотнение (камень). Слизистая оболочка полости рта и в области устья протока без воспалительных изменений. При зондировании протока в случае' расположения камня в переднем и среднем отделах поднижнечелюстного протока определяется шероховатая поверхность конкремента.

- На сиалограммах обнаруживается равномерное расширение протоков сзади от места расположения камня. Протоки имеют ровные и четкие контуры:

изображение паренхимы железы, как правило, не изменено.

Если в начальной стадии заболевания длительное время не обращаться к врачу, воспалительные явления нарастают, и заболевание переходит во вторую стадию - *клинически выраженного воспаления*, когда, кроме симптомов ретенции слюны, возникают признаки обострения хронического сиаладенита. Обострение сиаладенита при наличии камня в протоке или железе у некоторых больных может быть первым проявлением заболевания, так как камень не всегда является препятствием для оттока слюны, и симптома «слюнной колики» не бывает.

В этой стадии клиника характеризуется следующими моментами:

Пациенты жалуются на появление болезненной припухлости в подъязычной или щечной области, затрудненный прием пищи, повышение температуры тела, общее недомогание.

При внешнем осмотре больного обнаруживается припухание в области соответствующей железы.

При пальпации определяется резкая болезненность в области железы.

При осмотре полости рта определяется гиперемия слизистой оболочки подъязычной или щечной области с соответствующей стороны.

При пальпации можно определить плотный, болезненный инфильтрат по ходу протока. При бимануальной пальпации проток прощупывается в виде тяжа.

Сиалография позволяет выявить расширение и деформацию протоков слюнной железы за камнем; чем большее число обострений перенесено больным, тем значительно деформированы протоки.

С каждым обострением процесса изменения в железе нарастают, и заболевание может перейти в *позднюю стадию*, в которой выражены клинические признаки хронического воспаления:

Больные жалуются на постоянную припухлость в области слюнной железы, слизисто-гнойное отделяемое из протока, редко отмечаются признаки «слюнной колики».

При осмотре можно установить припухание, ограниченное пределами железы, плотное, безболезненное при пальпации.

Из выводного протока при массировании железы выделяется слизеподобный секрет с гнойными включениями, устье протока расширено.

При пальпации по ходу околоушного или поднижнечелюстного протока обнаруживается уплотнение протока - признак сиалодохита

При исследовании определяется снижение секреторной функции пораженной железы.

### **Диагностика.**

#### **Клиническая картина**

Диагноз слюннокаменной болезни подтверждается рентгенологическим исследованием.

- На рентгенограмме дна полости рта обычно хорошо выявляются камни переднего и среднего отделов поднижнечелюстного протока.
- Камень железы может быть обнаружен также при рентгенографии нижней челюсти в боковой проекции. При этом тень камня иногда определяется выше основания нижней челюсти или накладывается на ее угол.
- Камень околоушной железы можно определить при рентгенографии в передней прямой проекции черепа, камень околоушного протока - в боковой проекции черепа или при внутриротовой рентгенографии через мягкие ткани щеки.
- Сиалографию (рентгенографическое исследование железы с введением в проток контрастного вещества) проводят только после

стихания обострения, когда без искусственного контрастирования камень не определяется

### **Лечение.**

При слюнокаменной болезни может использоваться ультразвуковое дробление камня (массово этот метод не применяется). Основное значение имеет хирургическое лечение.

При обострении калькулезного сиаладенита показано то же лечение, что и при любом остром сиаладените (противовоспалительная терапия)

Если камень находится в выводном протоке, то производят вскрытие (продольное рассечение) протока над камнем. При вскрытии протока камень может выделиться самопроизвольно или его удаляют. Операция проводится в амбулаторных условиях. Швы на рану не накладывают.

Если камень находится в подчелюстной слюнной железе или если имеет место рецидив слюнокаменной болезни после удаления камня из протока железы, то производят экстирпацию железы в условиях стационара.

Если камень находится в околоушной слюнной железе, то в условиях стационара удаляют участок железы с камнем.

Лечение может считаться успешным и законченным при полном или частичном восстановлении функции железы.

### **Свищи слюнных желез.**

Этиология, классификация, клиника, методы диагностики, лечение.

Слюнные свищи чаще наблюдаются в области околоушных и значительно реже в области подчелюстных и подъязычных желез.

#### **Этиология.**

В этиологии свищей слюнных желез и их протоков основная роль принадлежит *травме* как огнестрельного, так и неогнестрельного происхождения.

Наиболее часто возникают повреждения околоушной слюнной железы, что обусловлено расположением ее на наружной поверхности ветви челюсти и позадищеюстной области. Подчелюстные и подъязычные слюнные железы защищены нижней челюстью, реже подвергаются травмам.

*Огнестрельные ранения* нередко приводят к обширным разрушениям паренхимы железы и ее протоков.

*Неогнестрельные повреждения* слюнных желез обычно наблюдаются на ограниченном участке и возникают в результате оперативных вмешательств на ветви нижней челюсти, суставном отростке, после вскрытия гнойных очагов при остром паротите, удаления опухолей слюнных желез и т. д.

Повреждения периферических отделов выводных протоков больших слюнных желез и ткани подъязычной слюнной железы зубным бором при обработке кариозной полости зуба и сепарационным диском при подготовке коронки зуба для протезирования.

При травме происходит рассечение или размозжении паренхимы железы и ее протоков. При этом секрет железы в зоне ее ранения частично поступает в раневую канал и окружающие мягкие ткани. Нередко при длительном лечении повреждения слюнной железы наступает эпителизация раневого канала за счет эпителия. При этом формируется стойкий слюнной свищ, связанный с паренхимой железы или с ее протоком. Наиболее стойкие слюнные свищи возникают при ранениях выводных протоков.

### **Классификация**

Свищи слюнных желез бывают:

I. По расположению устья свища:

*Наружные* - слюна вытекает на кожные покровы лица и шеи

*Внутренние* - устье свища открывается в полость рта

II. По степени выраженности нарушения оттока слюны нормальным путем:

*Полные* - слюна выделяется только через свищ (не выделяется через проток). Такие свищи образуются при поперечном разрыве железы.

*Неполные* - слюна выделяется через свищ и нормальным путем - через выводной проток.

Ш. По происхождению (свищи околоушной железы):

*Свищи протока* (внежелезистой части главного протока)

*Свищи паренхимы* (свищи протоков отдельных долек железы).

### **Клиника.**

Наличие внутреннего слюнного свища не вызывает никаких расстройств, и лечение не показано.

Наружные слюнные свищи, при которых выделяется слюна на кожные покровы лица и шеи, причиняют больным большие неудобства и страдания.

Вследствие постоянной мацерации кожи нередко развиваются дерматиты.

При свищах, связанных с паренхимой железы на коже в пределах анатомических границ железы определяется точечное отверстие. При массировании железы при приеме больным пищи, особенно кислой (например, лимона), из такого свища в умеренном количестве выделяется прозрачная слюна. В промежутках между приемами пищи выделений из свища не наблюдается или они незначительны.

При этом свищ имеет короткий ход и идет в направлении ткани железы.

При повреждении главного выводного протока околоушной слюнной железы из отверстия на коже щеки на уровне жевательной мышцы или впереди от нее выделяется значительное количество слюны, причем даже в промежутках между приемами пищи.

### **Диагностика.**

Для определения характера слюнного свища (полный или неполный) можно применить красящие жидкости, в частности 3 % водный раствор метиленового синего или 2 % водный раствор бриллиантового зеленого.

При введении красящего вещества в устье выводного протока необходимо установить, не вытекает ли оно через свищевой ход, а при введении в свищевой ход - не поступает ли оно в полость рта из устья главного протока.

При наличии неполного слюнного свища красящее вещество в свищ проникает через устье протока в полость рта, а при введении в устье протока выделяется через свищ и окрашивает кожные покровы вокруг него.

При полных свищах красящее вещество, введенное в устье протока слюнной железы, не выделяется из свищевого хода. При введении его в свищевой ход также не наблюдается выделения красящего вещества из устья протока.

Наибольшее диагностическое значение имеет контрастная рентгенография, при которой выявляется не только характер свища, но и связь его с дольками железы и главным протоком, а также состояние паренхимы и протоков железы. При наличии слюнного свища протоки железы заполняются неравномерно: не всегда определяется и паренхима долек. При неполных слюнных свищах йодолипол, введенный или в устье протока, или через слюнный свищ, заполняет сохранившуюся, хорошо функционирующую часть железы и выводной проток. При полном свище йодолипол, введенный в свищевой ход, заполняет систему протоков связанной с ним части или всей железы. При введении контрастного вещества через главный проток заполняются связанные с этим протоком только периферические отделы железы

### **Лечение.**

При наличии сформировавшихся слюнных свищей применяются консервативные и оперативные методы лечения.

#### *Консервативные методы.*

Иногда в первом периоде сформировавшегося слюнного свища благоприятное действие оказывают препараты, введенные в свищевой ход с целью развития асептического воспаления в стенках его с последующим

развитием слипчивого процесса. Такими свойствами обладают 50 % раствор нитрата серебра и 5% спиртовой раствор йода, которые вводят в свищевой ход с помощью шприца через тонкую иглу в количестве 0.1-0,2 мл 2-3 раза в неделю.

Некоторые авторы рекомендуют прижигание свищевого хода при помощи диатермокоагуляции или кристаллов нитрата серебра. При использовании последнего раскаленный зонд предварительно погружают в палочку нитрата серебра, затем вводят его в свищевой ход. Эти мероприятия оказывают благоприятное действие в основном при неполных свищах.

#### *Хирургические методы*

При полных и длительно существующих слюнных свищах радикальным является хирургическое лечение. Оперативным вмешательством достигается механическое препятствие для оттока слюны через свищ. Создаются условия для оттока слюны в полость рта.

При *неполных* свищах околоушного протока благоприятные исходы лечения наблюдаются после операции создания механического препятствия для оттока слюны в сочетании с временным погашением секреторной функции железы (посредством рентгенотерапии). При этом создаются условия для оттока слюны естественным путем.

При этом показаны операции механического закрытия отверстия свищевого хода по К. П. Сапожкову (1926) или М. П. Жакову (1943), или А. А. Лимбергу (1943).

*Метод Сапожкова* заключается в иссечении свищевого хода и наложении на подкожную клетчатку крестового шва.

*Метод Лимберга.* После выделения и иссечения свищевого хода вокруг раны производят перемещение встречных треугольных лоскутов под углом 45° или языкообразного лоскута, выкроенного в области здоровых тканей.

При *полных* свищах лучше всего подходит операция, позволяющая восстановить непрерывность околоушного протока. Операция заключается в

сшивании концов протока над введенной в проток тefлоновой или полиэтиленовой трубкой.

Для пластического восстановления околоушного протока применяют методику операции, предложенную Г. А. Васильевым. При операции после выделения из рубцовых тканей оставшейся части протока ее подшивают к языкообразному лоскуту, выкраенному на слизистой оболочке щеки.

Языкообразный лоскут выкраивается основанием кпереди и проводится через вертикальный разрез, сделанный у переднего края жевательной мышцы.

При заращении и сужении протоков показано бужирование специальными коническими зондами разных размеров. Если бужирование не дает эффекта, прибегают к хирургическому устранению стриктуры.

