

- **Стоматологическая Ассоциация России**

Клинические рекомендации

## **СИАЛАДЕНОЗ (СИАЛОЗ)**

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **K11.8**

Возрастная категория: взрослые

Год утверждения (частота пересмотра):

Профессиональные некоммерческие медицинские организации-разработчики:

Ассоциация сиалологов России (секция сиалологии СтАР)

## Оглавление

Оглавление.....	2
Список сокращений.....	5
Термины и определения.....	6
1. Краткая информация по сиаладенозу.....	7
1.1 Определение сиаладеноза.....	7
1.2 Этиология и патогенез сиаладеноза.....	7
1.3 Эпидемиология сиаладеноза.....	8
1.4 Особенности кодирования сиаладеноза по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	9
1.5 Классификация сиаладеноза.....	11
2. Диагностика сиаладеноза, медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	13
2.1 Жалобы и анамнез.....	13
2.2 Физикальное обследование.....	13
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	15
2.4 Инструментальные диагностические исследования.....	16
Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2).....	22
2.5 Иные диагностические исследования.....	22
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	22
3.1 Консервативное лечение.....	22
3.2 Оперативное (хирургическое) лечение.....	27
3.3 Иное лечение.....	28
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов.....	28

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	28
6. Организация медицинской помощи.....	29
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	30
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	30
Список литературы.....	32
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	38
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	40
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата:.....	42
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	43

## **Список сокращений**

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем Всемирной организации здравоохранения десятого пересмотра

СЖ – слюнная железа

ОУСЖ – околоушная железа.

ПЧСЖ – поднижнечелюстная железа

## Термины и определения

- **Сиалоз (далее: сиаладеноз)** – группа заболеваний СЖ реактивно-дистрофической природы или с имеющих в своей основе врождённые нарушения выводных протоков или концевых отделов СЖ
- **Интерстициальный сиаладеноз** – хронический реактивно-дистрофический процесс в СЖ, возникающим на фоне системных заболеваний, сопровождающихся нарушением гомеостаза организма. Является основой для развития аналогичного сиаладенита
- **Паренхиматозный сиаладеноз** – хронический сиаладеноз, отличительным признаком которого на сиалограмме являются множественные округлые сиалэктазы концевых отделов. Является основой для развития аналогичного сиаладенита
- **Протоковый сиаладеноз** – хронический сиаладеноз, отличительным признаком которого на сиалограмме являются расширения (сиалэктазы) и резкие сужения (стриктуры) выводных протоков. Является основой для развития аналогичного сиаладенита
- **Субъективная ксеростомия** – жалобы на сухость полости рта, которые не подтверждаются во время осмотра (слизистая оболочка полости рта увлажнена) и результатами сиалометрии (количество слюны в норме или снижено незначительно)
- **Объективная ксеростомия** – жалобы на сухость полости рта, которые подтверждаются во время осмотра (слизистая оболочка полости рта сухая) и результатами сиалометрии (количество слюны снижено значительно или слюна не выделяется совсем)
- **Сиалометрия** – количественное и качественное исследование функциональных возможностей СЖ посредством сбора в течение определённого промежутка времени протоковой слюны с помощью полиэтиленовых катетеров или смешанной слюны посредством сплёвывания
- **Протоковая слюна** – секрет, полученный непосредственно из околоушного или поднижнечелюстного протока
- **Смешанная слюна** – совокупность ротовой жидкости, основу которой составляет слюна больших и малых СЖ. В смешанной слюне в незначительном количестве присутствуют: десневая жидкость, клетки слущенного эпителия протоков и слизистой оболочки полости рта, микрофлора, частицы зубного налета и пищевого детрита
- **Сиалография** – контрастная рентгенография СЖ, позволяющая обнаружить структурные нарушения выводных протоков и паренхимы врождённого или приобретённого в процессе заболевания характера. В качестве контрастного вещества используют масляные или водорастворимые вещества на основе йода

- **Сиалэндоскопия** - малоинвазивный метод диагностики и лечения заболеваний протоковой системы больших слюнных желез, осуществляемый при помощи полужесткого эндоскопа

## **1. Краткая информация по сиаладенозу**

### **1.1 Определение сиаладеноза**

Сиалоз К 11.84 в МКБ-10, в приложении «Гистологические типы опухолей слюнных желёз» в разделе «Опухолеподобные поражения» - Сиаладеноз 71000. В отечественной классификации заболеваний СЖ соответствует хроническому реактивно-дистрофическому процессу в слюнных железах, возникающему на фоне системных заболеваний в результате нарушения гомеостаза организма. По своей сущности таковым заболеванием является интерстициальный сиаладеноз. Другие формы сиаладеноза: паренхиматозный сиаладеноз и протоковый сиаладеноз возникают на фоне врождённых нарушений (мальформаций) выводных протоков и концевых отделов слюнных желёз. Представленные формы сиаладеноза являются основой для развития аналогичных форм сиаладенита [1; 2; 3; 4; 5; 6].

### **1.2 Этиология и патогенез сиаладеноза**

Различают:

1) приобретённую форму сиаладеноза, т.н. интерстициальный сиаладеноз, в виде реактивно-дистрофического процесса СЖ на фоне системных заболеваний, и

2) врождённые формы сиаладеноза, т.н. протоковый и паренхиматозный сиаладенозы, в виде мальформаций выводных протоков и концевых отделов СЖ. Интерстициальный сиаладеноз по своей патологической сущности является сосудисто-стромальной дистрофией СЖ, развитие которой может быть инициировано:

1) заболеваниями эндокринной системы, в частности: сахарным диабетом 1 или 2 типа; дисметаболическим синдромом; гипертиреозом, гипотиреозом и др. заболеваниями щитовидной железы, нарушающих её функцию; дисфункцией половой гормональной сферы у пациентов с нарушениями менструального цикла, хроническим простатитом, гипогонадизмом, при смене пола и т.п.;

2) заболеваниями нервной системы, в частности: психосоматическими состояниями на фоне стресса, неврозов, депрессивных состояний, анорексии и т.п.;

3) заболеваниями желудочно-кишечного тракта, в частности: хроническим гастритом, гепатитом, холециститом, гепатитом, язвенной болезнью желудка и т.п.; 3) нарушениями функции почек, в частности почечной недостаточностью;

4) заболеваниями крови и лимфатической системы, в частности: лейкозами, лимфогранулематозом и т.п.;

5) аллергическими заболеваниями;

6) аутоиммунными заболеваниями, в частности: тиреоидитом Хашимото, ревматоидным полиартритом, системной красной волчанкой, склеродермией и т.п.; 6) другими системными заболеваниями с неустановленным генезом.

Протоковый сиаладеноз по своей патологической сущности является нарушением морфогенеза структурных элементов СЖ в виде расширений (эктазий) выводных протоков и сужений (стриктур) расширенных протоков, которые при определённых обстоятельствах могут приводить к систематической задержке и конденсации слюны. Паренхиматозный сиаладеноз возникает у пациентов с врождёнными шаровидными расширениями (сиалэктазами) концевых отделов [4; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 19; 22; 23; 24; 25].

Доказана непосредственная патогенетическая связь между дистрофическим этапом развития заболевания, именуемого сиаладенозом и воспалительным этапом, именуемым сиаладенитом. Воспалительные явления могут возникать в СЖ уже на ранних стадиях развития сиаладеноза, в дальнейшем манифестировать, после лечения - купироваться, трансформируя патологический процесс опять до уровня сиаладеноза. В таком контексте нозологическая интерпретация сиаладеноза и сиаладенита является условной. Диагностируя сиаладеноз, следует предполагать возможное развитие аналогичной формы сиаладенита, диагностируя соответствующую форму сиаладенита, следует понимать, что она возникла на фоне соответствующей формы сиаладеноза. Тем более, что основные симптомы, выявляемые при сиаладените, по своей патологической сущности являются симптомами сиаладеноза, который ему предшествовал [6].

### **1.3 Эпидемиология сиаладеноза**

По данным Всероссийского центра по заболеваниям слюнных желёз пациенты с различными заболеваниями СЖ составляют около 6% от общего количества пациентов с заболеваниями хирургического профиля. Этот статистический анализ касается пациентов, направленных к специалисту с явной клинической симптоматикой. При целенаправ-

ленном обследовании пациентов из групп риска показатели заболеваемости существенно выше. Проведённое обследование в эндокринологическом отделении городской больницы позволило обнаружить увеличение СЖ у 33% пациентов, на которое пациенты не обращали внимание и которое не было учтено в комплексном диагнозе как проявление сопутствующего заболевания. Очевидно, что на фоне сахарного диабета у данных пациентов имелаась интерстициальная форма сиаладеноза [6]. Примерно в таком количестве [38%] интерстициальный сиаладеноз выявили при обследовании пациентов с хронически активным гепатитом [21]. Если ориентироваться на весьма распространённый среди пациентов стоматологического профиля симптом в виде ксеростомии, то помимо других стоматологических заболеваний необходимо обследовать СЖ в 10-12% [29], а то и в 40% [30] случаев. Привести достоверную статистику паренхиматозного сиаладеноза и протокового сиаладеноза практически невозможно в связи с бессимптомным течением данных форм, основными симптомами которых являются врождённые изменения, которые можно определить случайно или в случае развития сиаладенита с припухлостью СЖ и другими, характерными для него жалобами. Паренхиматозный сиаладеноз определяется на стадии сиаладенита в большинстве случаев еще в детском возрасте. Данные различия в симптоматике объясняют преобладание среди пациентов с различными формами сиаладеноза интерстициального сиаладеноза (84%) по сравнению с случайно выявляемыми: паренхиматозным сиаладенозом (9%) и протоковым сиаладенозом (7%) [24].

#### **1.4 Особенности кодирования сиаладеноза по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

Сиалоз - К 11.84 в МКБ-10, в приложении «Гистологические типы опухолей слюнных желёз» в разделе «Опухолеподобные поражения» представлен термином «Сиаладеноз» с кодом по МКБ-О и SNOMED 71000. В сложившейся отечественной клинической практике термин «Сиаладеноз» следует считать приоритетным. Согласно отечественной классификации сиаладеноз представлен различными формами: интерстициальным сиаладенозом, паренхиматозным сиаладенозом и протоковым сиаладенозом. Синдромы, которые лишь номинально можно отнести к сиаладенозам, представлены кодами в других разделах МКБ-10: синдром Шегрена M35.0X; синдром Герфорта D86.8X; болезнь Микулича K11.81. Синдром Кютнера, также как и сиаладеноз, представлен в приложении «Гистологические типы опухолей слюнных желёз» в разделе «Опухолеподобные поражения» отдельным заболеванием: хроническим склерозирующим сиаладениитом поднижнечелюстной железы (опухолью Кетнера) под кодом МКБ-О и SNOMED 45000.

Интерстициальный, паренхиматозный и протоковый сиаладенозы (K11.84. Сиалоз (Сиаладеноз 71000)) можно представить дополнительно кодами, которые по своей сущности являются лишь симптомами данного заболевания. Например, характерным симптомом протокового сиаладеноза, который с развитием воспаления становится симптомом протокового сиаладенита (сиалодохита), являются врождённые расширения выводных протоков (К 11.83. Сиалэктазия). Характерным симптомом паренхиматозного сиаладеноза, который с развитием воспаления становится симптомом паренхиматозного сиаладенита, являются множественные округлые сиалэктазы, к которым также можно применить тот же код (К 11.83. Сиалэктазия). Характерным симптомом интерстициального сиаладеноза, а по сути и интерстициального сиаладенита, являются суженные протоки (К 11.82. Стеноз (сужение) слюнного протока). При протоковом сиаладенозе, а в последствии и при протоковом сиаладените, наряду с расширенными протоками (K11.83. Сиалэктазия) могут присутствовать стриктуры расширенных протоков, к которым также можно применить код: 11.82. Стеноз (сужение) слюнного протока. Слюнные железы при интерстициальном сиаладенозе за счет переполнения glanduloцитов секретом увеличиваются в размерах, что можно представить в виде кода: K11.1. Гипертрофия слюнной железы. Интерстициальный сиаладеноз может сопровождаться функциональными нарушениями (K11.7. Нарушения секреции слюнных желёз), с дополнительной характеристикой: K11.70. Гипосекреция и K11.71. Ксеростомия. При протоковом сиаладенозе слюна из glanduloцитов выделяется, но при этом нарушается ее передвижение по расширенным со стриктурами выводных протоках, что можно обозначить кодом K11.78. Другие уточнённые нарушения секреции слюнных желёз. Следует уточнить, увеличение СЖ при паренхиматозном и протоковом сиаладенозах не происходит, появление данного симптома (K11.1. Гипертрофия слюнной железы) может свидетельствовать о развитии на их фоне соответствующих форм сиаладенита.

Необходимо исходить из того, что классификация заболеваний СЖ, которые можно отнести в МКБ-10 к сиалозу (сиаладенозу), имеет прежде всего статистическое значение. Она должна применяться в контексте клинической классификации Ромачёвой И.Ф., Афанасьева В.В. и Щипского А.В. [2; 4; 6]. Тогда диагноз сиаладеноза в зависимости от выявленных симптомов по МКБ-10 можно представить следующим образом:

#### **Интерстициальный сиаладеноз:**

- **K11.84. Сиалоз (K11.84 (71000). Сиаладеноз)**
- К 11.82. Стеноз (сужение) слюнного протока
- К 11.1. Гипертрофия слюнной железы

- K11.7. Нарушения секреции слюнных желёз
- K11.70. Гипосекреция
- K11.71. Ксеростомия

#### **Паренхиматозный сиаладеноз:**

- **K11.84. Сиалоз (K11.84 (71000). Сиаладеноз)**
- K 11.83. Сиалэктазия (множественные округлые сиалэктазы)

#### **Хронический протоковый сиаладенит (сиалодохит):**

- **K11.84. Сиалоз (K11.84 (71000). Сиаладеноз)**
- K 11.83. Сиалэктазия (расширенные выводные протоки)
- 11.82. Стеноз (сужение) слюнного протока (стриктура расширенного протока)

K11.78. Другие уточнённые нарушения секреции слюнных желёз (замедленное перемещение по выводному протоку вязкого секрета)

#### **1.5. Классификация сиаладеноза**

В связи с разнообразием причин возникновения и вариантов течения классифицировать клинические формы сиаладеноза сложно. В ретроспективных классификациях сиалоз рассматривали по определённым принципам. Возникло понимание, что наиболее точную характеристику данного патологического процесса мог дать морфологический принцип классификации. Основоположник учения о сиалозах S. Rauch предложил различать: паренхиматозные сиалозы (со слабым участием соединительной ткани) и мезенхимные сиалозы (с большим поражением соединительной ткани) [1]. Идея правильная, но в клинической практике без проведения патоморфологических исследований реализовать её оказалось сложно. Впоследствии она стала прототипом паренхиматозной и интерстициальной форм сиаладеноза, диагностика которых возможна по клинической симптоматике и данным сиалографии [4; 6]. Помимо морфологического принципа, классификация интерстициального сиаладеноза, патогенетически взаимосвязанного с различными системными заболеваниями, учитывает прежде всего этиологический принцип анализа диагностически значимой информации. Классификации сиаладеноза, предлагающие использовать этиологический принцип, несмотря на понятный алгоритм диагностического поиска, слишком разнообразны для повседневной клинической практики. Да, и не во всех случаях врач-стоматолог в силу определённых объективных и субъективных причин может обнаружить причину реактивно-дистрофического процесса в СЖ. Поэтому информацию, полученную согласно этиологическому принципу классификации сиаладенозов, можно рекомендовать не столько для постановки определённого диагноза, сколько в

качестве дополнительной этиологической и патогенетической характеристики т.н. интерстициального сиаладеноза [11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 22; 23; 24; 25; 26; 27; 28]. Об этом сказано в разделе 1.2. (Этиология и патогенез) настоящих клинических рекомендаций. О рациональном характере именно такого клинического подхода можно убедиться при знакомстве с различными классификациями, использовавшими этиологический принцип диагностики сиаладеноза. Ретроспективно предлагали выделять: 1) аллергические сиалозы (синдром Шегрена, синдром Микулича, синдром Герфорта), гормональные сиалозы (при дисрегуляции половых гормонов, гормонов гипофиза и щитовидной железы), нейрогенные сиалозы (при поражении центральной и периферической нервной системы), дистрофические сиалозы (диспротеинозы и т.п.) [1]; 2) эндокринные сиалозы, нейрогенные сиалозы, сиалозы при нарушении питания, сиалозы смешанной и неясной этиологии [10]; нарушения выделительной и секреторной функции слюнных желёз при нейроэндокринных заболеваниях, при аутоиммунных ревматических заболеваниях (коллагенозах) [2; 4].

В Российской Федерации используется классификация воспалительных заболеваний СЖ Ромачевой И.Ф. [2], Афанасьева В. В. [4] и Щипского А.В. [6]. Согласно данной классификации выделяют следующие формы сиаладенозов:

- **интерстициальный сиаладеноз;**
- **паренхиматозный сиаладеноз;**
- **протоковый сиаладеноз.**

Интерстициальный сиаладеноз, как реактивно-дистрофический патологический процесс, при постановке диагноза может быть дополнен системным заболеванием, на фоне которого он возник:

- эндокринными заболеваниями;
- нервными и психосоматическими заболеваниями;
- заболеваниями желудочно-кишечного тракта;
- заболеваниями мочеполовой сферы;
- заболеваниями крови и лимфатической системы;
- аллергическими заболеваниями;
- аутоиммунными заболеваниями;
- другими неустановленного генеза заболеваниями.

Несмотря на возможную дискуссию, к сиаладенозам можно отнести:

- синдром или болезнь Шегрена;

- синдром Микулича;
- синдром Кюттнера (Кеттнера);
- синдром Хеерфордта (Гирфордта);
- синдром АОП (адипозитас-олигоменорея-паратидомегалия)
- синдром Маделунга (I тип) [6]

Особенности, которые учитывают при построении диагноза:

- локализация (указывают поражённую железу или группу желёз);
- течение: ремиссия, рецидив (обострение);
- активность: неактивное течение, активное течение;
- стадия: начальная, клинически выраженная, поздняя

Данная классификация имеет понятный дифференциально-диагностический алгоритм [6]. Её практическое использование не представляет особого труда при понимании дистрофического и воспалительного механизмов в развитии определённой формы сиаладеноза и сиаладенита как взаимообусловленного и диалектически единого патологического процесса.

## **2. Диагностика сиаладеноза, медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

### **2.1 Жалобы и анамнез**

Первичные пациенты с предполагаемым интерстициальным сиаладенозом на момент обращения к врачу могут предъявлять жалобы на припухлость в области ОУСЖ, ПЧСЖ или всех СЖ. Пациенты указывают, что припухлость СЖ в анамнезе возникла раньше и, несмотря на их ожидания, за истекший период не уменьшилась, а возможно и увеличилась, что и послужило причиной обращения к врачу. В качестве возможного варианта некоторые пациенты могут поступать на приём к специалисту от других стоматологов, реже от врачей других специальностей, чаще с диагнозом «Сиаладенит». В дополнении к анамнезу, отсутствие жалоб на боль позволяет многим пациентам с интерстициальным сиаладенозом игнорировать припухлость СЖ и в течение длительного времени не обращаться к врачу. Сиаладеноз у таких пациентов можно выявить раньше только при целенаправленной диспансеризации населения или во время обследования больных в общесоматических отделениях стационаров. Жалобы на боль в области увеличенных СЖ у пациентов с интерстициальным сиаладенозом можно расценивать в качестве симптома развития воспалительной реакции в виде интерстициального сиаладенита. В остальном

симптомы интерстициального сиаладеноза сходны с интерстициальным сиаладенитом в состоянии.

## **2.2 Физикальное обследование**

**При осмотре** конфигурация лица пациентов с интерстициальным сиаладенозом изменена из-за наличия припухлости, чаще - ОУСЖ, и практически всегда с обеих сторон. Припухлость ОУСЖ сходная по характеристикам с припухлостью при отёке, хотя таковым по своей сущности не является. Увеличение СЖ происходит за счёт секреторной гипертрофии. Стоит заметить, что данный тезис может быть правильным только до появления в СЖ с интерстициальным сиаладенозом явлений интерстициального сиаладенита. Консистенция увеличенных ОУСЖ у пациентов с интерстициальным сиаладенозом **при пальпации** мягкая, тестообразной консистенции, болевые ощущения отсутствуют. Поднижнечелюстные железы также достаточно часто вовлекаются в реактивно-дистрофический процесс, однако **при осмотре** обнаружить их припухлость в поднижнечелюстном треугольнике можно далеко не всегда. В таких случаях их мягкое безболезненное увеличение можно обнаружить только с помощью **пальпации**, лучше - с помощью **бимануальной пальпации**. Припухания ПЧСЖ становятся заметными в поднижнечелюстных областях при синдроме Кюттнера, который впрочем является интерстициальным сиаладенозом только по происхождению, а по состоянию представляет собой склерозирующий сиаладенит ПЧСЖ. Из-за плотной структуры увеличенных ПЧСЖ данное заболевание называют иногда «воспалительной опухолью Кюттнера».

В качестве дифференциальной диагностики, СЖ при паренхиматозном и протоковом сиаладенозах в отличие от интерстициального сиаладеноза не припухают. Припухлость при данных формах сиаладеноза может возникать периодически или наблюдаться постоянно в качестве симптомов паренхиматозного и протокового сиаладенитов.

Пациенты с интерстициальным сиаладенозом могут предъявлять **жалобы** на периодическую или постоянную сухость полости рта. Данный симптом чаще всего встречается у пациентов, развитие сиаладеноза у которых обусловлено сахарным диабетом и психосоматическими расстройствами неврологического происхождения. **Жалобы** на сухость приобретают характер постоянной мучительной ксеростомии лишь у пациентов с синдромом Шегрена, аутоиммунный сиаладеноз, а правильней сказать - аутоиммунный сиаладенит, при котором разрушает ацинарную структуру СЖ. **При осмотре полости рта** слизистая оболочка у таких пациентов сухая, блестящая, с

участками гиперемии и повреждений. У пациентов с другими формами сиаладеноза слизистая оболочка **при осмотре полости рта** обычного бледно-розового цвета и нормального увлажнения. Некоторые девиации данных симптомов носят периодический характер и связаны с функциональным состоянием СЖ в зависимости от активности основного заболевания. При **массировании** неизменённых СЖ из околоушного или поднижнечелюстного протоков выделяется в умеренном количестве жидкая и прозрачная слюна. У пациентов с интерстициальным сиаладенозом данные характеристики изменяются незначительно, возможно более скудное выделение слюны, её мутный характер больше связан с развитием сиаладенита, чем с самим сиаладенозом. Сказать что либо определённое в этом плане по поводу паренхиматозного сиаладеноза сложно. Струйное выделение слюны **при массировании** СЖ может предполагать наличие эктазий выводных протоков, что можно подтвердить с помощью сиалографии. При синдроме Шегрена во время **массирования** СЖ слюна из протоков выдавливается в виде вязкой слизи или не выделяется совсем, что является одним из признаков т.н. объективной ксеростомии [3; 4; 5; 6; 7; 10; 12; 32].

И, наконец, при проведении диагностики сиаладеноза, особенно имеющего клинические симптомы интерстициального сиаладеноза, необходимо тщательно выяснять информацию о перенесённых и сопутствующих заболеваниях. Интерес представляют также лекарственные препараты с ксерогенным эффектом, которые пациенты используют для лечения многих заболеваний [32; 33; 34]. При необходимости пациенты направляются на обследование, диагностику и лечение к соответствующим специалистам (*см. информацию в разделах: 1.2. Этиология и патогенез, и 1.5. Классификация*). В некоторых случаях может идти речь о проведении диспансерного обследования основных органов и систем жизнедеятельности человека. Значение кооперации с другими специалистами является основополагающим, местное лечение СЖ у пациентов с интерстициальным сиаладенозом без эффективного лечения системных заболеваний может оказаться безуспешным.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)**

### **2.3 Лабораторные диагностические исследования**

Относятся к общим методам обследования пациентов с заболеваниями СЖ.

**Клинический анализ крови** для диагностики сиаладеноза не используется. Информация, полученная с помощью данного исследования, может быть маркером развития на фоне сиаладеноза воспаления в виде соответствующего сиаладенита. Значительное повышение СОЭ в крови на протяжении длительного времени может указывать на наличие многих

заболеваний с хроническим течением. Сиалологов интересует прежде всего вероятность развития диффузных заболеваний соединительной ткани: ревматоидного полиартрита, системной красной волчанкой, склеродермии, которые в виде синдрома Шегрена поражают в том числе и СЖ. В таком виде информация может повлиять на формирование соответствующего предварительного диагноза и послужить поводом для направления пациента к врачу-ревматологу для проведения дальнейшей дифференциальной диагностики. Более убедительным данный предварительный диагноз может быть при изучении некоторых показателей **биохимического исследования крови**. У пациентов с предполагаемым синдромом Шегрена может наблюдаться диспропорция между белковыми фракциями крови в сторону глобулиновых фракций, чаще в виде повышения гамма-глобулинов. В качестве дополнительного примера, **биохимический анализ крови** позволяет определить гормональный профиль щитовидной железы, поджелудочной и половых желёз, а, следовательно, выяснить у пациентов с интерстициальным сиаладенозом особенности патогенезе реактивно-дистрофического процесса, что важно для составления плана комплексного лечения. Без кооперации с другими специалистами, лечение пациентов с интерстициальным сиаладенозом может оказаться безуспешным. **Иммунография**, при правильной интерпретации показателей, может быть использована врачом-стоматологом для профилактики развития у пациентов с сиаладенозом воспалительных явлений в виде сиаладенита [4; 6; 7; 25; 28].

- **Рекомендуется** у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «синдром Шегрена» проведение анализов РФ, АНФ, анти-SSA/Ro, анти-SSB/La антиядерных антител для определения дальнейшей тактики лечения [68]

**Уровень убедительности рекомендаций –В (уровень достоверности доказательств –2)**

- **Рекомендуется** у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «сиалоз» связанным с патологией щитовидной железы, проведение анализов на ТТГ, Т3,Т4, для определения дальнейшей тактики лечения. [23]

**Уровень убедительности рекомендаций – В(уровень достоверности доказательств –2 )**

- **Рекомендуется** у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «сиалоз» связанным с сахарным диабетом, проведение анализов на гликированный гемоглобин (при подозрении на преддиабет) глюкозы в плазме, для определения дальнейшей тактики лечения.[69,70]

**Уровень убедительности рекомендаций –В (уровень достоверности доказательств –2)**

#### **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

### 2.4.1 Сиалометрия

**Рекомендуется** у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «сиалоз» (сиаладеноз), а так же при наличии жалобы на сухость полости рта , проведение **сиалометрии**, для определения тактики лечения.

*Комментарии:* Существуют различные способы проведения сиалометрии (по методам Андреевой Т.Б., Пожарицкой М.М., А. Chen , М. Fontana и др.).

При сиалометрии стимулированной протоковой слюны околоушных слюнных желез возможно применение капсулы Лешли-Ющенко-Красногорского или катетера, которая устанавливается в области устья протока, другой конец помещается в градуированную пробирку. Для увеличения продуцирования применяют 3% раствор аскорбиновой кислоты, который каждые 30 секунд наносят на язык. Сбор слюны осуществляют после появления первой капли в пробирке за 5 мин.

Степень снижения секреции определяют по следующим критериям:

- I степень — 2,4-2,0 мл слюны;
- II степень — 1,9-0,9 мл слюны;
- III степень — 0,8-0 мл слюны. [3; 4; 6; 11; 32; 33].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2)**

### 2.4.2 Обзорная рентгенография

• **Рекомендуется** у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «сиалоз» (сиаладеноз) проведение обзорной **рентгенографии** для исключения наличия конкрементов.

*Комментарии:* В зависимости от предполагаемого расположения конкремента, применяются различные рентгенологические проекции. При исследовании околоушной слюнной железы применяют прямую или боковую проекцию, внутриротовой снимок щечной области при локализации камня в Стеноновом (околоушном) протоке. Так же рентгенография в боковой проекции черепа проводится при локализации конкремента в паренхиме поднижнечелюстной слюнной железы. Рентгенограмма в прикус (внутриротовая рентгенограмма дна полости рта) проводится при подозрении на нахождение слюнного камня в устье или медиальной части Вартонова (поднижнечелюстного) протока. В случае локализации конкремента в дистальном отделе протока подчелюстной слюнной железы или в ее верхнем полюсе паренхимы можно провести рентгенографию в прикус по методу Коваленко В.С. (1964) или Абдусаламова М.Р. (2000) [6; 37; 38].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)**

### 2.4.3 Сиалография

- **Рекомендуется** у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «сиалоз» при подозрении на наличие конкремента, стриктуры или расширение протоковой системы, проведение **сиалографии**, для определения дальнейшей тактики лечения.

*Комментарий: Следует помнить, что большинство изменений выводных протоков и паренхимы СЖ, выявляемых на сиалограммах у пациентов с интерстициальным, протоковым и паренхиматозным сиаладенитами по своему происхождению являются симптомами соответствующей формы сиаладеноза. Таким образом можно получить уникальную информацию о состоянии СЖ: сужении и прерывистости выводных протоков при интерстициальном сиаладенозе, а при развитии воспаления и при интерстициальном сиаладените; множественных округлых сиалэкстазах при паренхиматозном сиаладенозе, а при развитии воспаления и при паренхиматозном сиаладените; расширении протоков разной степени со стриктурами при протоковом сиаладенозе, а при развитии воспаления и при протоковом сиаладените (сиалодохите); нечётких, как бы размытых, контурах протоков и округлых сиалэкстазов при поражении СЖ у пациентов с синдромом Шегрена. Следует иметь в виду, что основные нарушения СЖ, выявляемые на сиалограммах у пациентов с паренхиматозным и протоковым сиаладенозами, являются врождёнными. Следовательно, использовать сиалографию в динамике для определения эффективности лечебных мероприятий не получается в связи с неизменным характером данных нарушений. Как было установлено, клиническую симптоматику паренхиматозного или протокового сиаладенита с помощью эффективного лечения можно купировать, рентгеносемиотика паренхиматозного и протокового сиаладенозов останется неизменной. Обсуждение значения сиалографии для определения динамики интерстициального сиаладеноза, а возможно и интерстициального сиаладенита, не столь существенно в связи с минимальными нарушениями, а то и их отсутствием на сиалограммах [2; 4; 6; 7; 39; 40; 41; 42; 43; 44].*

Таблица . Водорастворимые препараты, применяемые для сиалографии

Международное непатентованное название	Торговое название аналогов	Содержание йода, мг/мл	Осмолярность, мОсмоль/кг	Характеристика
Ионные контрастные препараты				
Sodium amidotrizoate	Верографин, гипак, визотраст, тразограф, триомаст, триомбрин, уротраст	292	1550	Высокоосмолярный
Sodium amidotrizoate & Sodium ioksaglat	Урографин	292 (370)	1550	Высокоосмолярный
Неионные контрастные препараты				

Iohexol	Омнипак, юнипак, юнигексол, томогексол	140(180, 240, 300, 350)	884	Низкоосмолярный
---------	--	-------------------------	-----	-----------------

Таблица. Количество контрастного вещества при проведении сиалографии по данным Щипского А.В., Кондрашина С.А. (2015 г)

Состояние СЖ	Количества контрастного вещества, мл	
	ОУСЖ	ПЧСЖ
Неизмененные	1,5 ± 0,3	1,1 ± 0,4
Паренхиматозный паротит	1,4 ± 0,2	
Интерстициальная форма	1,6 ± 0,4	1,4 ± 0,2
Протоковая форма	2,5 ± 0,7	1,9 ± 0,5
Слюннокаменная болезнь		1,8 ± 0,4
Новообразования СЖ	1,7 ± 0,2	

## Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 2)

### 2.4.4 КТ-сиалография

- **Рекомендуется** у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «хронический сиалоаденит» при подозрении на наличие конкремента, стриктуры или расширение протоковой системы проведение **КТ- сиалографии** с реформацией изображения при наличии технического оборудования для определения дальнейшей тактики лечения [ 51,72].

## Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

### 2.4.5 Сиалосонография

- **Рекомендуется** у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «сиалоз» при подозрении на наличие конкрементов, изменения структуры железы, стриктур, расширений протоковой системы, а так же дифференциальной диагностики проведение **сиалосонографии** (УЗИ слюнных желез) для определения дальнейшей тактики лечения.

*Комментарии: Ультразвуковая картина сиалозов не очень характерна. Первоначально наблюдается только увеличение железы (обычно околоушной железы). Более поздние стадии заболевания напоминают хроническое воспаление с признаками паренхиматозного фиброза. Иногда можно наблюдать утолщение стенок расширенных внутриглангулярных протоков, а также области секреторной ретенции в слюнных долях. Эхогенность железы значительно неоднородна и повышена, а граница между паренхимой и окружающими тканями постепенно становится размытой. Сонография высокого разрешения по качеству визуализации искомых деталей приближается по информативности к сиалографии и может даже в отдельных случаях рассматриваться*

*в качестве альтернативы сиалографии у пациентов с непереносимостью к препаратам йода, у ослабленных пациентов старшего возраста и у маленьких детей. На сонограмме СЖ при синдроме Кюттнера определяются также как и опухоли в виде гипоехогенного образования с наличием звуковой дорожки. Различия лишь в размерах данной гипоехогенной зоны. При внутрижелезистых опухолях она занимает часть СЖ, при синдроме Кюттнера всю слюнную железу. Это следует знать, чтобы не использовать сходную с опухолью информацию сонографии у пациента с синдромом Кюттнера в качестве показания для удаления ПЧСЖ. Стоит быть Информацию, полученную с помощью сонографии, можно использовать в качестве вспомогательной для динамического контроля за результатами лечения сиаладенозов и возникших на их фоне сиаладенитов. В данном качестве сонография, наоборот, может быть более информативной по сравнению с контрастной рентгенографией СЖ [5; 6;45;. 46; 47,73].*

#### **Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)**

##### **2.4.6 Сцинтиграфия**

Относится к специальным методам обследования пациентов с заболеваниями СЖ. Является радионуклидным методом исследования и в связи с этим должна применяться по особым показаниям. Например, для дифференциальной диагностики сиаладенозов с выраженной сухостью полости рта и синдромом Шегрена, при котором ксеростомия является патогномичным симптомом. Однако и в этом случае факт объективной ксеростомии должен быть установлен с помощью сиалометрии и может быть правильно интерпретирован с помощью динамической сцинтиграфии. При синдроме Шегрена разрушенные аутоимунным процессом СЖ теряют свойство депонировать радиофармпрепарат, сцинтиграфическая кривая "активность-время" всех СЖ лишена характерных сегментов и приобретает плоский вид. Такую же картину можно наблюдать со стороны ПЧСЖ у пациентов с синдромом Кюттнера, который может возникать при сахарном диабете. Ревматологами обнаружен при синдроме Кюттнера Ig4 сиаладенит, что с патогенетической точки зрения роднит данное заболевание с синдромом Шегрена [6; 48; 49; 50].

#### **Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2)**

##### **2.4.7 Компьютерная томография**

Относится к специальным методам обследования пациентов с заболеваниями СЖ. Самостоятельная ценность компьютерной томографии СЖ при проведении дифференциальной диагностики различных форм сиаладеноза отсутствует. Учитывая то, что сиаладеноз отнесён в МКБ-10 в раздел «Опухолеподобные поражения»,

мультиспиральную или конусно-лучевую компьютерную томографию можно использовать для дифференциальной диагностики интерстициального сиаладеноза с внутрижелезистыми опухолями, которые определяются на томограммах в виде ограниченной структуры с большей или меньшей по сравнению с паренхимой плотностью. При протоковом сиаладенозе с помощью компьютерной томографии можно подтвердить или опровергнуть предположения о наличии в расширенных выводных протоках слюнных камней. Важно, что патогенез образования слюнных камней при протоковом сиаладенозе, а затем и сиаладените, предполагает этап конденсации вязкой слюны с минимальной плотностью. В отличие от обзорной рентгенографии, компьютерная томография позволяет выявлять такие рентгенонегативные конкременты.

#### **2.4.8 Магнито-резонансная томография**

- **Рекомендуется** у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «сиалоз» проведение **магнито-резонансной томографии** для оценки структуры железы, а так же дифференциальной диагностики со слюннокаменной болезнью, новообразованием при невозможности проведения сиалографии, для определения дальнейшей тактики лечения. [6; 37; 39; 40].

*Комментарий: На МРТ слюнные камни диагностируются как различные виды сигнальных пустот внутри протоковой системы. При стенозе протока наблюдается резкий переход от расширения протока к сигнальной пустоте. При синдроме Шегрена визуализируются точечные или полостные образования в периферических отделах протоковой системы, которые имеют яркие сигналы в связи с наличием там жидкости. Может быть использован как альтернативный метод визуализации протоковой системы при аллергической реакции пациента на йодсодержащий контраст [74].*

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2)**

#### **2.4.9 Биопсия малых слюнных желез**

Относится к специальным методам обследования пациентов с заболеваниями СЖ. Биопсия малых слюнных желёз для диагностики хронических форм сиаладеноза не является достаточно информативным исследованием. Метод широко используется только для дифференциальной диагностики интерстициального сиаладеноза [4; 6; 14; 54; 55] с жалобами на сухость полости рта функционального происхождения с синдромом Шегрена, при котором ксеростомия является следствием разрушения ацинарной структуры СЖ лимфоидными инфильтратами [6; 7]. В случае обнаружения картины синдрома Шегрена биопсия малой СЖ может быть дополнена по направлению врача-ревматолога более информативной **расширенной биопсией околоушных желёз**

[20; 52; 53]. Несмотря на дискуссию специалистов о её относительной информативности, биопсия малой слюнной железы продолжает сохранять свою актуальность в связи с малоинвазивным характером и возможностью проведения данного исследования у первичных пациентов с жалобами на ксеростомию с в амбулаторных условиях стоматологической клиники.

#### **Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2)**

##### **2.4.10 Сиалэндоскопия**

- **Рекомендуется** у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «сиалоз» при подозрении на наличие стриктуры или расширение протоковой системы проведение диагностической **сиалэндоскопии** при наличии технического оборудования для определения дальнейшей тактики лечения [74,75].

#### **Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)**

##### **2.5 Иные диагностические исследования**

Не выполняются.

### **3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

Характер комплексного лечения реактивно-дистрофических заболеваний СЖ определяется общесоматическими заболеваниями, которые являются основной причиной развития интерстициального сиаладеноза и формируют индивидуальные особенности его клинической картины. При планировании лечебных мероприятий у пациентов с паренхиматозным и протоковым сиаладенозами необходимо учитывать характер врождённых нарушений СЖ. В зависимости от этого лечение пациента с сиаладенозом может быть: консервативным и хирургическим, местным и общим, стационарным и амбулаторным.

#### **3.1 Консервативное лечение**

Консервативное лечение пациентов с интерстициальным сиаладенозом включает комплекс мероприятий, направленных на уменьшение интенсивности дистрофического процесса за счёт улучшения трофики тканей, функциональных способностей СЖ и предотвращения возникновения на его фоне сиаладеноза воспалительного процесса в виде сиаладенита. Лечение паренхиматозного и протокового сиаладеноза включает комплекс

общих и местных лечебных мероприятий, а протокового сиаладеноза, в том числе с использованием хирургических методик, направленных на устранения причин, нарушающих отток слюны из выводных протоков [3; 4; 8; 10; 12; 38; 56].

### **Общее консервативное лечение сиаладеноза.**

Общее консервативное лечение пациентов с интерстициальным сиаладенозом тех предполагает прежде всего лечение общесоматических заболеваний, которые послужили причиной развития реактивно-дистрофического процесса СЖ и должно проводиться профильными специалистами или в кооперации с таковыми специалистами:

1) с эндокринологами для лечения пациентов сахарным диабетом и его осложнениями, для профилактики и лечения дисметаболического синдрома [19; 24; 25];

2) с эндокринологами для лечения заболеваний щитовидной железы, гипертиреоза, гипотиреоза и др. [23; 26];

3) с эндокринологами для лечения пациентов с дисфункцией половой гормональной сферы, нарушениями менструального цикла, гипогонадизмом, нарушениями при смене пола и т.п. [6; 15; 16; 17; 28];

4) с урологами для лечения пациентов с хроническим простатитом, хронической почечной недостаточностью [14; 22];

5) с невропатологами и психиатрами для лечения пациентов с заболеваниями нервной системы, психосоматическими состояниями на фоне стресса, неврозами, депрессивными состояниями, анорексией и т.п.;

6) с гастроэнтерологами для лечения пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, хроническим гастритом, гепатитом, холециститом, язвенной болезнью желудка и т.п. [11; 13; 21; 27];

7) с гематологами для лечения пациентов с заболеваниями крови и лимфатической системы, лейкозами, лимфогранулематозом и т.п.;

8) с ревматологами для лечения пациентов с аутоиммунными заболеваниями, тиреоидитом Хашимото, ревматоидным полиартритом, системной красной волчанкой, склеродермией и т.п. [7; 20; 52; 53];

9) с другими специалистами в случае диагностики заболеваний, которые могут оказывать отрицательное влияние на весь организм, в том числе и СЖ.

Местное консервативное лечение пациентов с интерстициальным сиаладенозом без лечения основного заболевания может иметь симптоматический характер, неполный и кратковременный результат.

В стоматологической клинике общее консервативное лечение пациентов с интерстициальным сиаладенозом направлено на профилактику возникновения в СЖ воспалительного процесса в виде сиаладенита и предполагает коррекцию нарушенного иммунитета (повышение неспецифической резистентности организма) под наблюдением врача - иммунолога, особенно осенью и весной:

- **Рекомендуется** у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «сиалоз» связанного с дисметаболическим синдромом, патологией щитовидной железы, дисфункцией половой гормональной сферы, нарушениями менструального цикла, гипогонадизмом, нарушениями при смене пола и т.п. консультация эндокринолога для лечения основного заболевания пациента [19; 24; 25;23; 26;6; 15; 16; 17; 28];

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)**

- **Рекомендуется** у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «сиалоз» связанного с хроническим простатитом, хронической почечной недостаточностью консультация уролога для лечения основного заболевания пациент с урологами для лечения пациентов [14; 22];

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2)**

- **Рекомендуется** у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «сиалоз» связанного с заболеваниями нервной системы, психосоматическими состояниями на фоне стресса, невротами, депрессивными состояниями, анорексией и т.п. консультация невропатолога и психиатра для лечения основного заболевания пациент

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2)**

- **Рекомендуется** у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «сиалоз» связанного с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, хроническим гастритом, гепатитом, холециститом, язвенной болезнью желудка и т.п. консультация гастроэнтеролога для лечения основного заболевания пациент [11; 13; 21; 27];

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2)**

- **Рекомендуется** у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «сиалоз» связанного с заболеваниями крови и лимфатической системы, лейкозами, лимфогранулёматозом и т.п. консультация гематолога для лечения основного заболевания пациент

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2)**

- **Рекомендуется** у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «сиалоз» связанного с аутоиммунными заболеваниями, тиреоидитом Хашимото, ревматоидным

полиартритом, системной красной волчанкой, склеродермией и т.п. консультация ревматолога для лечения основного заболевания пациент [7; 20; 52; 53];

### **Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)**

Местное консервативное лечение пациентов с интерстициальным сиаладенозом без лечения основного заболевания может иметь симптоматический характер, неполный и кратковременный результат.

В стоматологической клинике общее консервативное лечение пациентов с интерстициальным сиаладенозом направлено на профилактику возникновения в СЖ воспалительного процесса в виде сиаладенита и предполагает коррекцию нарушенного иммунитета (повышение неспецифической резистентности организма), особенно осенью и весной:

а) с помощью методики Оглазовой Н.М., которая предполагает приёма натрия нуклеината® (действующее вещество: натрия нуклеинат, Sodium nucleinate) внутрь по 0.25 г 3 раза в день в течение 14 дней, 2-3 раза в год [57];

б) с помощью курсовых приёмов поливитаминов и микроэлементов;

в) устранение регионарных инфекционных очагов: санация полости рта, лечение у ЛОР-врача заболеваний околоносовых придаточных синусов, зева и глотки [2; 4].

Для улучшения трофики тканей у пациентов с сиаладенозом можно рекомендовать:

а) проведение инфузионной терапии с использованием: Декстран (Dextran) с молекулярной массой от 30 000 до 40 000, флаконы по 200 мл и 400 мл) в виде внутривенного капельного введения 400 мл препарата курсовыми дозами в количестве 5-7 вливаний. Оценку эффективности лечения целесообразно проводить в отдаленный период (через месяц и более) в связи с постепенным наступлением лечебного эффекта [59];

б) консультация врача-физиотерапевта для решения вопроса о назначении гипербарической оксигенации

### **Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2)**

#### **Местное консервативное лечение сиаладеноза.**

Учитывая патогенетическую связь сиаладеноза и сиаладенита и весьма условное различие в их клинической симптоматике, для местного лечения сиаладеноза можно использовать не только непосредственные методики, но и методики, адаптированные из комплекса лечебных мероприятий, применяемых при аналогичной форме сиаладенита:

1) наружные блокады через каждые 2-3 дня в виде инфильтрации подкожной клетчатки в области поражённой железы препаратами для местной инфильтрационной анестезии

2) наружные блокады через каждые 2-3 дня в виде инфильтрации подкожной клетчатки в области поражённой железы 20-40 мл препаратами для местной инфильтрационной анестезии. Блокады можно сочетать с внутривенным введением 0,2 мл раствора Траумель С® и наружным применением мази Траумель С® 2 раза в сутки на 20 минут в виде согревающей повязки. После завершения курса блокад для закрепления достигнутого эффекта возможен приём сублингвально таблеток Траумель С® 3 раза в сутки в течение 10-14 дней. [63] необходимо рассмотреть вопрос о целесообразности внутривенного введения препарата Траумель.

3) компрессы наружно на область поражённой железы с 10-30% р-ром димексида® [2; 4];

4) введение в протоки СЖ масла шиповника или масляного раствора витамина А в виде ретинола ацетата® в количестве 0,2 - 0,3 мл однократно с интервалом 3-4 месяца, 1-2 раза в год [2; 4];

5) гальванизацию или электрофорез области поражённой СЖ с различными лекарственными препаратами, магнитотерапия, гирудотерапия назначаемые физиотерапевтом [2; 4];

Для лечения пациентов с ксеростомией, помимо комплексного лечения сиаладеноза, предполагающей устранение функциональных нарушений, существует необходимость поддержания должного уровня качества жизни пациентов с помощью местной заместительной терапии. У пациентов с интерстициальным сиаладенозом заместительная терапия может иметь временный характер, у пациентов после лучевой терапии - применяться длительно, у пациентов с синдромом Шегрена - постоянно. У пациентов, принимающих для лечения общесоматических заболеваний лекарственные препараты с ксерогенным эффектом, по возможности необходимо провести коррекцию препаратов с ксерогенным эффектом на препараты с отсутствием такового. Препараты для заместительной терапии при ксеростомии постоянно обновляются, некоторые из них уходят из рынка, другие появляются. Из апробированных методик заместительной терапии при ксеростомии можно рекомендовать: 1) ферментосодержащие препараты Биотин® и др. саливозаменители. Консервативное лечение рекомендовано применять в случае диагностирования свежего (до 10 суток) неполного наружного слюнного свища. Принципы консервативного лечения пациентов со свищом слюнной железы направлены на:

- уменьшение объема секретируемой слюны;
- устранение факторов, способствующих эпителизации свищевого хода;

- повышение качества жизни пациентов [1, 2, 4, 5, 9, 10, 12, 15, 20].

*Консервативное лечение свища слюнной железы в большинстве случаев включает:*

- с целью уменьшения объема секретируемой слюны применяют системное назначение антихолинэргических средств (0,1% раствор атропина сульфата) – по 8 капель за 30 минут до еды, тугое бинтование;
- с целью устранения факторов, способствующих эпителизации свищевого хода рекомендуется применять прижигание свищевого хода 5% раствором йода, 70% спиртовым раствором;
- рекомендации для пациента (см. Приложение В) [1, 2, 4, 5, 9, 10, 12, 15, 20].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

### **3.2 Оперативное (хирургическое) лечение**

Хирургическое лечение может рассматриваться в качестве альтернативного консервативным методам лечения у пациентов с протоковым сиаладенозом: 1) в виде рассечения расширенного околоушного или поднижнечелюстного протоков, устранения стриктуры расширенного протока и создания нового устья, например, по методу **Афанасьева В.В.**, что необходимо для улучшения оттока слюны в полость рта. Операция проводится внутриротовым доступом в амбулаторных условиях или по показаниям в челюстно-лицевом стационаре [37; 38; 56]; 2) в виде реконструктивно-пластической операции по уменьшению диаметра внутрижелезистой части расширенного околоушного протока на полиэтиленовом катетере, что необходимо для улучшения оттока слюны. Операция проводится наружным доступом в челюстно-лицевом стационаре [37; 38; 56]; 3) в отдельных случаях, при невозможности эффективной реконструктивно-пластической операции на выводных протоках, можно прибегнуть к погашению секреторной функции ОУСЖ посредством перевязки околоушного протока по методу Афанасьева В.В. Операция проводится наружным доступом в челюстно-лицевом стационаре [37; 38; 56; 66].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)**

- **Рекомендуется** у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «сиалоз» при подозрении на наличие стриктуры протоковой системы проведение устранения ее при помощи баллонов высокого давления, микродриллов, щипцов с эндоскопической

визуализацией при наличии технического оборудования, для уменьшения травматизации протоковой системы.[76,77]

#### **Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2)**

- **Рекомендуется** у всех пациентов с предполагаемым диагнозом «сиалоз» при отсутствии эффективности применения консервативной и малоинвазивной терапии проведение поверхностной резекции или экстирпации околоушной слюнной железы с препаровкой и сохранением ветвей лицевого нерва под контролем нейромонитора [78,79,80]

#### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3)**

### **3.3 Иное лечение**

В связи с тем, что сиаладеноз может протекать на фоне депрессии, ипохондрии, повышенной тревожности, в комплексном лечении пациента с данным заболеванием желательно применять препараты, назначенные неврологом.

#### **Сложившаяся клиническая практика (GPP)**

## **4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов**

Учитывая хронический характер течения интерстициального, паренхиматозного и протокового сиаладенозов и условный характер положительных исходов, мероприятия по реабилитации пациентов совпадают с лечебно-профилактическими мероприятиями. В качестве дополнительной меры реабилитации СЖ можно рекомендовать пациенту слюногонную диету и научить его приёмам массажа слюнных желёз с целью регулярного освобождения выводных протоков слюнных желёз, особенно в состоянии эктазии, от застойного секрета.

#### **Сложившаяся клиническая практика (GPP)**

## **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

Из-за наличия врождённых изменений в СЖ у пациентов с паренхиматозным и протоковым сиаладенозами, рассчитывать на выздоровление даже при самом

эффективном консервативном лечении не приходится. Профилактика в данных случаях направлена на предупреждение развития на фоне паренхиматозного сиаладеноза паренхиматозного сиаладенита, на фоне протокового сиаладеноза - сиалодохита и слюннокаменной болезни. Наиболее эффективной профилактикой развития сиалодохита и слюннокаменной болезни при определённых показаниях может быть хирургическое лечение в виде пластики расширенного выводного протока и создание искусственного соустья, что позволит устранить застойные явления и улучшить отток слюны в полость рта. В случае мегостенона без реконструктивно-пластической операции по его устранению явления протокового сиаладеноза не устранить и развитие сиаладенита не предотвратить. Профилактикой интерстициального сиаладеноза можно считать эффективное лечение общесоматических заболеваний у профильных специалистов, в качестве профилактики интерстициального и паренхиматозного сиаладенозов пациентам рекомендовано: соблюдать режим дня, труда и отдыха, избегать стрессовых ситуаций, заниматься физкультурой, чаще бывать на свежем воздухе, избегать переохлаждений, соблюдать рациональную диету, отказаться от вредных привычек (употребления наркотиков, курения табака, злоупотребления алкоголем).

Пациенты с сиаладенозом должны находиться под диспансерным наблюдением даже в состоянии постоянно. В случае возникновения жалоб своевременно обратиться к лечащему врачу [3; 6; 29].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3)**

## **6. Организация медицинской помощи**

Эффективное лечение пациентов с сиаладенозами зависит от взаимодействия между врачами-стоматологами районного звена с врачами-специалистами консультативно-диагностических центров по заболеваниям СЖ. Врачи-стоматологи должны обладать должными знаниями и мануальными навыками для обследования первичного пациента и формирования предварительного диагноза. С учётом данных требований должны быть составлены программы последипломного повышения профессиональной квалификации. Центры по заболеваниям СЖ должны быть организованы с учётом доступности, укомплектованы специалистами, оснащены современной диагностической аппаратурой, инструментарием и лекарственными препаратами, необходимыми для лечения пациентов с различными формами сиаладеноза. В зависимости от формы сиаладеноза, особенностей клинической картины заболевания,

особенностей методик консервативных и хирургических мероприятий, лечебная помощь пациентам с сиаладензом может оказываться амбулаторно или в условиях челюстно-лицевого стационара. После курсового лечения пациент направляется с соответствующими рекомендациями под наблюдение к врачу-стоматологу по месту жительства и остаётся под диспансерным наблюдением специалиста в специализированном лечебно-диагностическом учреждении [3; 6; 29].

### **Сложившаяся клиническая практика (GPP)**

## **7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)**

Диагностика и лечение сиаладеноза требует от врача определённых мануальных навыков и должного опыта, которые приобрести и получить в условиях первичного звена оказания медицинской помощи не всегда представляется возможным. В связи с этим, стоматологи на местах должны адекватно оценивать свою квалификацию, возможности для проведения диагностических исследований и лечебных процедур. В любом случае врачи первичного звена должны обращать должное внимание на жалобы пациентов, связанные с заболеваниями СЖ, провести опрос, физикальное обследование и направить пациента с соответствующим предварительным диагнозом к специалисту [3; 6; 29].

### **Сложившаяся клиническая практика (GPP)**

## **Критерии оценки качества медицинской помощи**

В данном разделе указаны рекомендованные Рабочей группой критерии качества оценки медицинской помощи в РФ пациентам с хроническими сиаладенитами. Критерии оценки качества медицинской помощи соответствуют тезисам-рекомендациям и уровням УДД и УУР (таб. 1).

**Таблица 1. Критерии качества медицинской помощи пациентам с сиаладенозами**

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения	УДД	УУР
1	Выполнен осмотр и физикальное обследование первичного пациента	Да/нет	2	В
2	<i>Вариант 1. Первичный пациент в районной поликлинике.</i> Проведён анализ информации, полученной при обследовании первичного пациента, установлен наиболее вероятный предварительный диагноз, пациент направлен в специалисту в клинко-диагностический центр	Да/нет	2	В
3	<i>Вариант 2. Первичный пациент в клинко-диагностическом</i>	Да/нет	2	В

	<i>центре.</i> Проведён анализ информации, полученной при обследовании первичного пациента, установлен наиболее вероятный предварительный диагноз, определён алгоритм дополнительных исследований			
4	С учётом наиболее вероятного предварительного диагноза проведён комплекс дополнительных исследований	Да/нет	2	В
5	С учётом информации, полученной с помощью дополнительных исследований, проведена дифференциальная диагностика между наиболее вероятным предварительным диагнозом и остальными, близкими к нему по клинической картине заболеваниями	Да/нет	2	В
6	Установлен окончательный клинический диагноз	Да/нет	2	В
7	Составлен план лечебных: консервативных или хирургических мероприятий	Да/нет	2	В
8	Проведена оценка эффективности проведённого лечения, намечены реабилитационные и профилактические мероприятия	Да/нет	3	С

## Список литературы

1. Ромачева, Ирина Федоровна. Воспалительные заболевания слюнных желез : автореф. дис. ... д-ра мед. наук, - М., 1973. - 23 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01007205303>]
2. Афанасьев Василий Владимирович. Сиаладенит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Экспериментально-клиническое исследование) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук, - М., 1993. - 49 с. [<http://weblib.omsk-osma.ru>]
3. В.В. Афанасьев, М.Л. Павлова, Х.А. Ордашев. "Ксеростомия. Сухость полости рта. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение / - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2019.-160 с.: ил. 500 экз.
4. Щипский Александр Васильевич. Сиаладенит (сиалоз). Классификация, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и выбор схем лечения. (клинико-экспериментальное исследование) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук, - М., 2002. - 36 с. [[https://rusneb.ru/catalog/000200\\_000018\\_RU\\_NLR\\_bibl\\_511413/](https://rusneb.ru/catalog/000200_000018_RU_NLR_bibl_511413/)]
5. Симонова Марина Владимировна. Болезнь и синдром Шегрена, клиника, диагностика, лечение поражения слюнных желез и полости рта : Автореф. дис. ... канд. мед. наук, - М., 1982, - 24 стр.
6. Пожарицкая Мария Михайловна. Поражение органов и тканей полости рта при болезни Шегрена (патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук, - М., 1989. - 47 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01000079113>]
7. Ронь Галина Ивановна. Хронические заболевания слюнных желез (эпидемиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение сиалозов и сиаладенитов) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук, - Москва, 1992. - 52 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01000342583>]
8. Васильев Владимир Иванович. Болезнь Шегрена: клинико-лабораторные, иммуноморфологические проявления и прогноз : автореф. дис. ... д-ра мед. наук, - М., 2007. - 46 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01004304352>]
9. Саидкаримова Умида Акиловна. Клиника, диагностика и лечение хронического интерстициального сиалоаденита : Автореф. дис. ... канд. мед. наук, - М., 1973. - 15 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01007433111>]
10. Саидкаримова Умида Акиловна. Сиалозы (этиология, патогенез, диагностика, клиника, профилактика и лечение). Автореф. дис. ... д-ра мед наук. - М., 1991. - 37 с. [<http://mednet.by/cgi-bin/irbis64>]

11. Никифоров Вадим Станиславович. Хронический сиалодохит /протоковый сиаладенит/ клиника, диагностика, лечение : Автореф. дис. ... канд. мед. наук, 1998 . – 24 с. [<http://lib.tvgmu.ru/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/IdNotice:2191/Source:default>]
12. Абдусаламов Магомед Расулович. Органосохраняющие методы лечения больных слюнно-каменной болезнью : автореф. дис. ... д-ра мед. наук, - Москва, 2006. - 249 с. : 47 ил. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01004302132>]
13. Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р. и др. Слюннокаменная болезнь: диагностика и лечение с использованием метода сиалолитотрипсии/ -М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. - 96 с.б.
14. Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р. Атлас заболеваний и повреждений слюнных желёз / -М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2008. -192 с.
15. Афанасьев В. В., Титов С. А., Дубов Д.В., Абдусаламов М.Р. Хирургический метод лечения протокового сиаладенита больших слюнных желез. Российский стоматологический журнал.- том 24.- 1.-2020.-С 8-10.
16. В.В. Афанасьев, У.Р. Мирзакулова. Слюнные железы. Болезни и травмы. Руководство для врачей.- Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».-2019.- 320 стр.
17. Дубов Дмитрий Владимирович. Особенности оперативного вмешательства у больных со слюннокаменной болезнью и протоковыми деформациями околоушной слюнной железы : Автореф. дис. ... канд. мед. наук, - Москва, 2013. - 24 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01005555203>]
18. Москаленко Галина Николаевна. Хронический паренхиматозный паротит у детей : Автореф. дис. ... канд. мед. наук, - М., 2018. - 24 с. [[http://mednet.by/cgi-bin/irbis64r\\_14/cgiirbis](http://mednet.by/cgi-bin/irbis64r_14/cgiirbis)]
19. Клиновская Анна Сергеевна. Особенности врожденных пороков развития околоушной слюнной железы в этиологии и патогенезе хронического паренхиматозного паротита у детей : Автореф. дис. ... канд. мед. наук, - М., 2018. - 24 с. [<https://www.docme.ru/doc/4221589/osobennosti-vrozhdennyh-porokov-razvitiya-okoloushnoj-slyunno...>]
20. Оглазова Надежда Михайловна. Хронический паротит (клиника, лечение, состояние факторов неспецифической защиты : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1982. - 20 с. [[http://weblib.omsk-osma.ru/cgi-bin/irbis64r\\_15/cgiirbis](http://weblib.omsk-osma.ru/cgi-bin/irbis64r_15/cgiirbis)]
21. Фасхутдинов Дамир Камильевич. Клинико-лабораторное обоснование применения иммуномодулятора полиоксидония в комплексном лечении хронического неспецифического сиаладенита : Автореф. дис. ... канд. мед. наук, - Москва, 2008.- 129 с.

[<http://www.dslib.net/stomatologia/kliniko-laboratornoe-obosnovanie-primeneniija-immunomoduljatora-polioksidonija-v.html>]

22. Поленичкин Владимир Кузьмич. Клиника, диагностика и лечение неспецифических паротитов (клинико-лабораторное исследование) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Куйбышев, 1974. - 22 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01007330370>]

23. Морозов Александр Николаевич. Пантомосиалография при хронических некалькулезных сиалоаденитах] : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1978. - 17 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01007786959>]

24. Кондрашин, Сергей Алексеевич. Лучевая диагностика заболеваний слюнных желез : автореф. дис. ... д-ра мед. наук, 1997. - 42 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01000044019>]

25. Литвин Владимир Олегович. Дигитальная сиалография в диагностике слюннокаменной болезни : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2010. - 24 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01004611626>]

26. В. В. Афанасьев, М. Р. Абдусаламов, С. М. Курбанов ; под общ. ред. В. В. Афанасьева Хирургическое лечение заболеваний и повреждений слюнных желёз с основами сиалэндоскопии. Атлас /. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 200 с. 700 экз.

27. Щипский А.В., Афанасьев В.В. Дифференциальная диагностика заболеваний слюнных желез (обзор). Проблемы нейростоматологии и стоматологии. 1997; 2: 58–62. <http://webirbis.spsl.nsc.ru/irbis64r>]

28. Шориков Алексей Юрьевич. Ультразвуковое исследование высокого разрешения в комплексной диагностике и лечении заболеваний слюнных желез : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2013. - 23 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01005540154>]

29. Васильева Юлия Николаевна. Совершенствование ультразвукового исследования протоковой системы больших слюнных желез : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2015. - 22 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01006644952>]

30. Юдин Леонид Андреевич. Радиоизотопное исследование слюнных желез : автореф. дис. ... д-ра мед. наук, - М., 1969. - 31 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01007049769>]

31. Добровольская Людмила Петровна. Радионуклидная диагностика функции слюнных желез при сиалопатиях : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Киев, 1985. - 17 с. [[http://mednet.by/cgi-bin/irbis64r\\_14/cgiirbis](http://mednet.by/cgi-bin/irbis64r_14/cgiirbis)]

32. Доценко Александр Николаевич. Сцинтиграфия в диагностике заболеваний слюнных желез : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 1987. - 17 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01000105397>]

33. Обиня Николай Павлович. Современные лучевые методы в диагностике и планировании лечения заболеваний слюнных желёз : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, - Москва, 2012. - 24 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01005046495>]
34. Гайдук Игорь Викторович. Изменения в слюнных железах у больных ревматоидным артритом и системной красной волчанкой : автореф.дис..канд. мед.наук. - М., 2003. - 28 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01003437312>]
35. Митриков Бато Васильевич. Особенности лимфопролиферативных поражений слюнных желез у пациентов с болезнью Шегрена : автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Москва, 2008. - 21 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01003453250>]
36. Шумихина Лариса Александровна. Комплексное лечение острого сиаденита : диссертация ... кандидата медицинских наук : автореф.дис..канд. мед.наук. - Пермь, 2007. - 138 с. [<http://www.dslib.net/stomatologia/kompleksnoe-lechenie-ostrogo-sialadenita.html>]
37. Максютa Дмитрий Александрович. Применение излучения гелий-неонового лазера в комплексном лечении обострений хронического паротита : автореф. дис. ... канд. мед. наук. 2003. - 14 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01002651358>]
38. Яценко Игорь Владленович. Анализ исходов и прогноз у больных острым и хроническим паротитом : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Полтава, 1992. – 24 с. [<http://elib.umsa.edu.ua/handle/umsa/7826>]
39. Афанасьев В. В., Калинин С.Ю., Дамадаев М.М. Дистрофические болезни слюнных желез, возникающие на фоне дефицита стероидов (гипогонадизм). Российский стоматологический журнал.- том 24.- 1.-2020.-С 4-7.
40. Ирмияев Анисим Асафович. Клинико-фармакологическое обоснование применения препарата мексидол в комплексном лечении больных с ксеростомией : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2005. - 23 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01003008063>]
41. Великовская Наталия Владимировна. Использование гипербарической оксигенации для лечения пациентов с воспалительными и дистрофическими заболеваниями слюнных желез : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2008. - 23 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01003172875>]
42. Хачкинаян Гоар Левоновна. Выбор тактики и объема хирургического лечения больных хроническим калькулезным сиаденоитом : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2013. - 24 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01005535959>]
43. Серова, Александра Ярославовна. Совершенствование диагностики и лечения слюннокаменной болезни : дис. ... канд. мед. наук. - г Санкт-Петербург, 2017. - 126 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01005103239>]

44. Фахрисламова Лилия Рауиловна. Обострение хронического сиаденита: клиника, диагностика, профилактика, лечение в комплексе с психологическим воздействием : дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2003.- 138 с. [<http://www.dslib.net/stomatologia/obostrenie-hronicheskogo-sialadenita-klinika-diagnostika-profilaktika-lechenie-v.html>]
45. Громова, Оксана Юрьевна. Совершенствование организации амбулаторно-поликлинической стоматологической хирургической помощи населению : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1990. - 24 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01002288689>]
46. Marchal F. Salivary stones and stenosis. A comprehensive classification./ Marchal F. et al./ Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. 2008; 109: P. 233-236
47. Российские клинические рекомендации. Ревматология / Е. Л. Насонов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 230-235с]. Эпидемический паротит. Современные представления о возбудителе, клиника, диагностика, профилактика / Под ред. А. П. Агафонова. - Новосибирск: ЗАО “Медикобиологический Союз”, 2007 - 82 с.
48. Bertin H, Bonnet R, Delemazure AS, Mourrain-Langlois E, Mercier J, Corre P. Three-dimensional cone-beam CT sialography in non tumour salivary pathologies: procedure and results. Dentomaxillofac Radiol. 2017;46(1):20150431. doi:10.1259/dmfr.20150431
49. Orlandi MA, Pistorio V, Guerra PA. Ultrasound in sialadenitis. J Ultrasound. 2013;16(1):3-9. Published 2013 Feb 26. doi:10.1007/s40477-013-0002-4
50. Marchal, F. Interventional sialendoscopy / F. Marchal // New England Journal of Medicine. – 1999. –№ 341. – P.1242-1243. Marchall, F. Interventional sialendoscopy / F. Marchall/ Laryngoscope -№ 110. – 2000. – P.318-320.
51. Васильев В.И., Сокол Е.В., Родионова Е.Б., Пальшина С.Г., Александрова Е.Н., Раденска-Лоповок С.Г., Пробатова Н.А., Кокосадзе Н.В., Ковригина А.М., Сафонова Т.Н., Боровская А.Б., Гайдук И.В. Связанные с IgG-4 поражения слюнных желез. Терапевтический архив. 2015;87(8):92-102.
52. Uggia L, Ravanelli M, Pallottino AA, Farina D, Maroldi R. Diagnostic work-up in obstructive and inflammatory salivary gland disorders. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2017 Apr;37(2):83-93. doi: 10.14639/0392-100X-1597. PMID: 28516970; PMCID: PMC5463527.
53. Abdel Razek AAK, Mukherji S. Imaging of sialadenitis. Neuroradiol J. 2017;30(3):205-215. doi:10.1177/1971400916682752 Minimally Invasive Options for Salivary Calculi / R.L. Witt, M. Koch, J. Zenk, H. Iro // Laryngoscope. – 2012. – Vol.122. – P.1306–1311.
54. Nahlieli, O. Salivary gland endoscopy. A new technique for diagnosis and treatment of sialolithiasis / O. Nahlieli // Journal Oral Maxillofacial Surgery. – 1994. – Vol.52. – P.1240-1242.

55. Koch, M, and H Iro. "Salivary duct stenosis: diagnosis and treatment." "Stenosi duttali salivari: diagnosi e terapia." *Acta otorhinolaryngologica Italica : organo ufficiale della Societa italiana di otorinolaringologia e chirurgia cervico-facciale* vol. 37,2 (2017): 132-141. doi:10.14639/0392-100X-1603
56. Gallo A, Benazzo M, Capaccio P, et al. Sialoendoscopy: state of the art, challenges and further perspectives. Round Table, 101(st) SIO National Congress, Catania 2014. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2015;35(4):217-233.
57. Patrick, J.B. *Salivary Gland Disorders and diseases: diagnosis and management* / J.B. Patric // Georg Thieme Verlag. – 2011. № 73-83. – P. 136-152.
58. Афанасьев В.В., Стародубцев В.С. Оперативные вмешательства на слюнных железах / Практическое руководство. -М.: ВУНМИЦ, 1998, -106 с.
59. Kim JE, Lee SS, Lee C, Huh KH, Yi WJ, Heo MS, Choi SC. Therapeutic effect of intraductal saline irrigation in chronic obstructive sialadenitis. *BMC Oral Health.* 2020 Mar 24;20(1):86. doi: 10.1186/s12903-020-01078-7. PMID: 32204705; PMCID: PMC7092600.
60. Lele SJ, Hamiter M, Fourrier TL, Nathan CA. Sialendoscopy With Intraductal Steroid Irrigation in Patients With Sialadenitis Without Sialoliths. *Ear Nose Throat J.* 2019 Jun;98(5):291-294. doi: 10.1177/0145561319841207. Epub 2019 Apr 23. PMID: 31012349.
61. Motamed M, Laugharne D, Bradley PJ. Management of chronic parotitis: a review. *J Laryngol Otol.* 2003;117:521–526.
62. Nahlieli O, Bar T, Shacham R, et al. Management of chronic recurrent parotitis: current therapy. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62:1150–1155.
63. Koch M, Iro H. Salivary duct stenosis: diagnosis and treatment. *Stenosi duttali salivari: diagnosi e terapia. Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2017;37(2):132-141. doi:10.14639/0392-100X-1603
64. Terrell JE, Kileny PR, Yian C, Esclamado RM, Bradford CR, Pillsbury MS, Wolf GT. Clinical outcome of continuous facial nerve monitoring during primary parotidectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997 Oct;123(10):1081-7. doi: 10.1001/archotol.1997.01900100055008. PMID: 9339985.
65. Румянцев П. О. Интраоперационный нейромониторинг при операциях на голове и шее // Опухоли головы и шеи. 2012. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/intraoperatsionnyy-neyromonitoring-pri-operatsiyah-na-golove-i-shee>
66. Шахгильдян В.И. Цитомегаловирусная инфекция в «Вирусные болезни: учебное пособие / под ред. Н.Д. Ющука. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016: 540 с.

67. Львов Николай Дмитриевич, Дудукина Е.А. Ключевые вопросы диагностики Эпштейна-Барр вирусной инфекции // Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. 2013. №3 (4). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/klyuchevye-voprosy-diagnostiki-epshteyna-barr-virusnoy-infektsii> (дата обращения: 03.04.2022).

## **Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций**

- 1. Афанасьев Василий Владимирович**, Заслуженный врач Российской Федерации; Заслуженный стоматолог России, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и травматологии Росунимед, НОИ МСИ им. А.И. Евдокимова, Президент Ассоциации сиалологов России (СтАР)
- 2. Щипский Александр Васильевич**, Профессор кафедры ЧЛХ и травматологии НОИ МСИ им. А.И. Евдокимова, Исполнительный секретарь Ассоциации сиалологов России (СтАР), профессор, доктор медицинских наук
- 3. Абдусаламов Магомед Расулович**, Профессор кафедры ЧЛХ и травматологии НОИ МСИ им. А.И. Евдокимова, профессор, доктор медицинских наук, ответственный за клиническую работу на кафедре
- 4. Шинкевич Дмитрий Сергеевич**, Профессор кафедры ЧЛХ и травматологии НОИ МСИ им. А.И. Евдокимова, профессор, доктор медицинских наук, зав. учебной части кафедры
- 5. Яременко Андрей Ильич**, доктор медицинских наук., профессор вице-президент ООО «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии»
- 6. Разумова Александра Ярославовна**, кандидат медицинских наук, доцент, член ООО «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии»
- 7. Епифанов Сергей Александрович**, Заведующий кафедрой ЧЛХ и стоматологии ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Доктор мед. наук, доцент
- 8. Золотухин Сергей Юрьевич**, Ассистент кафедры ЧЛХ и стоматологии ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, кандидат мед. наук

Конфликт интересов: отсутствует.

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

### Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-стоматологи детские;
2. Врачи-стоматологи общей практики;
3. Врачи-стоматологи хирурги;
4. Врачи челюстно-лицевые хирурги

**Таблица 1.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Источник доказательств
1.	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3.	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Таблица 2.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Источник доказательств
1.	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2.	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3.	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование "случай-контроль"
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Таблица 3.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Источник доказательств
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

**Порядок обновления клинических рекомендаций** – механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев

**Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата:**

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 786н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях"

## Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Таблица 6.

Дифференциально-диагностический алгоритм хронического интерстициального сиаладеноза как реактивно-дистрофического процесса.



**Таблица 7.**  
**Дифференциально-диагностический алгоритм хронического протокового сиаладеноза как врождённой мальформации в виде эктазии выводных протоков.**

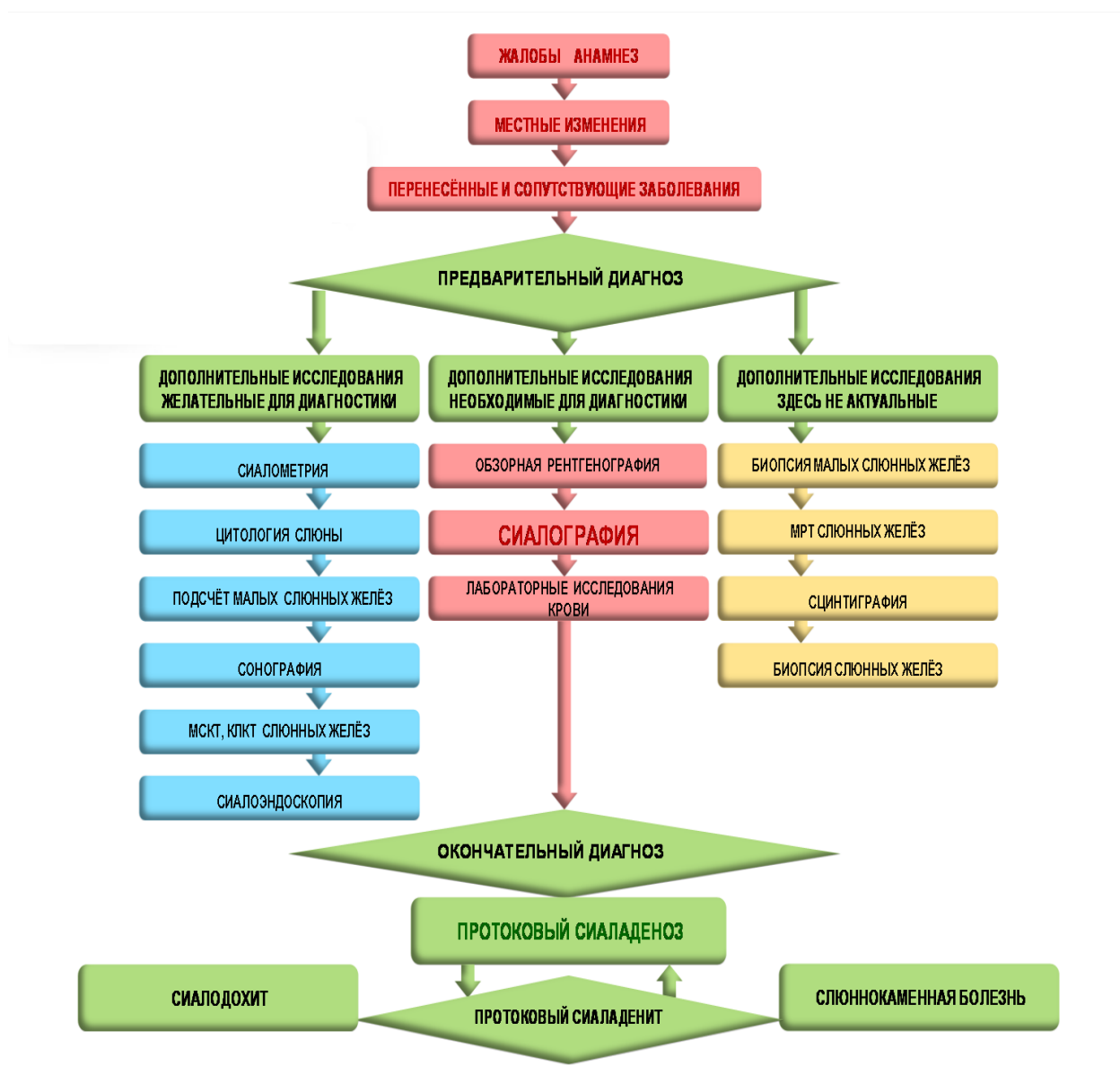


Таблица 8.

Дифференциально-диагностический алгоритм хронического паренхиматозного сиаладеноза как врождённой мальформации в виде множественных округлых сиалэктазов в паренхиме слюнных желёз.

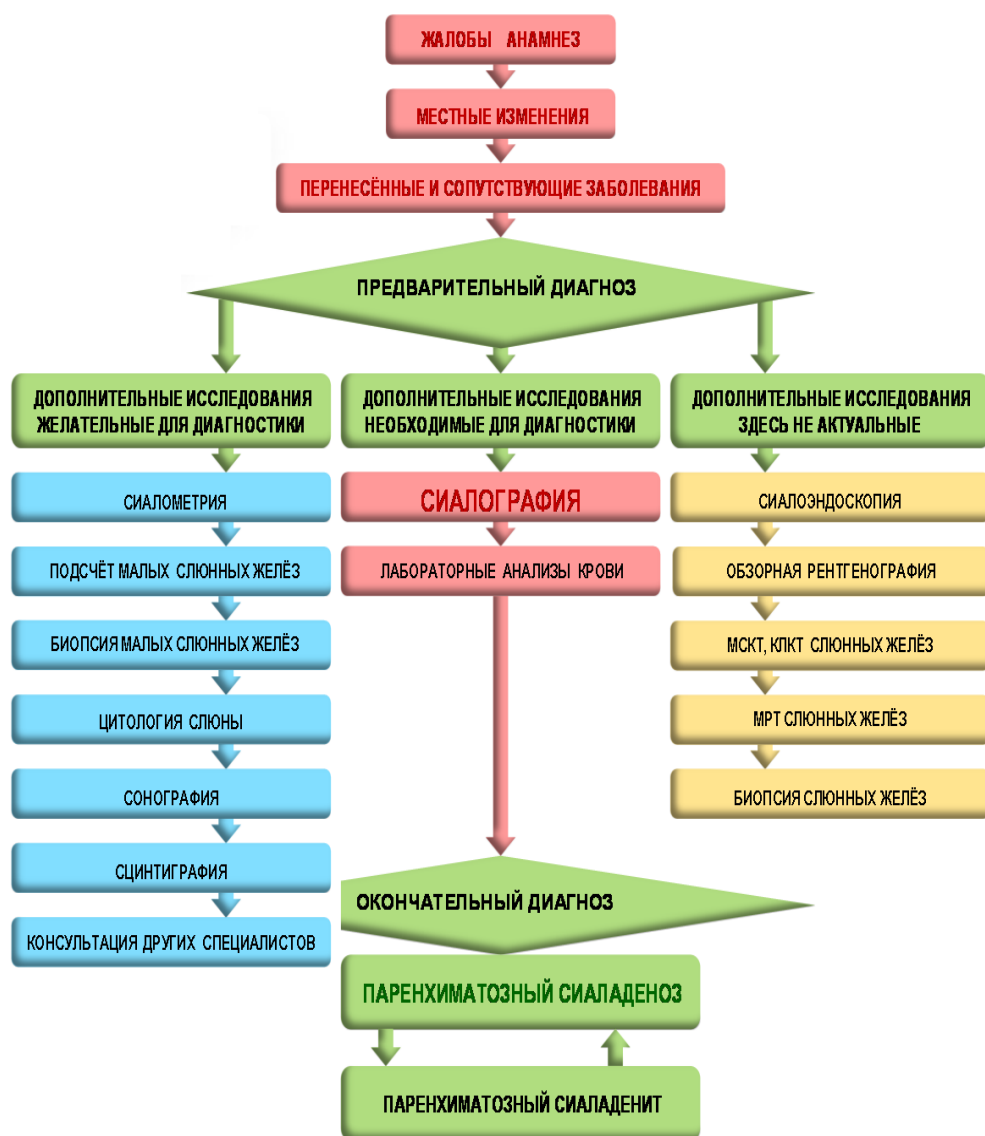


Таблица 9.

Примерный алгоритм консервативных методов лечения интерстициального сиаладеноза как реактивно-дистрофического процесса.

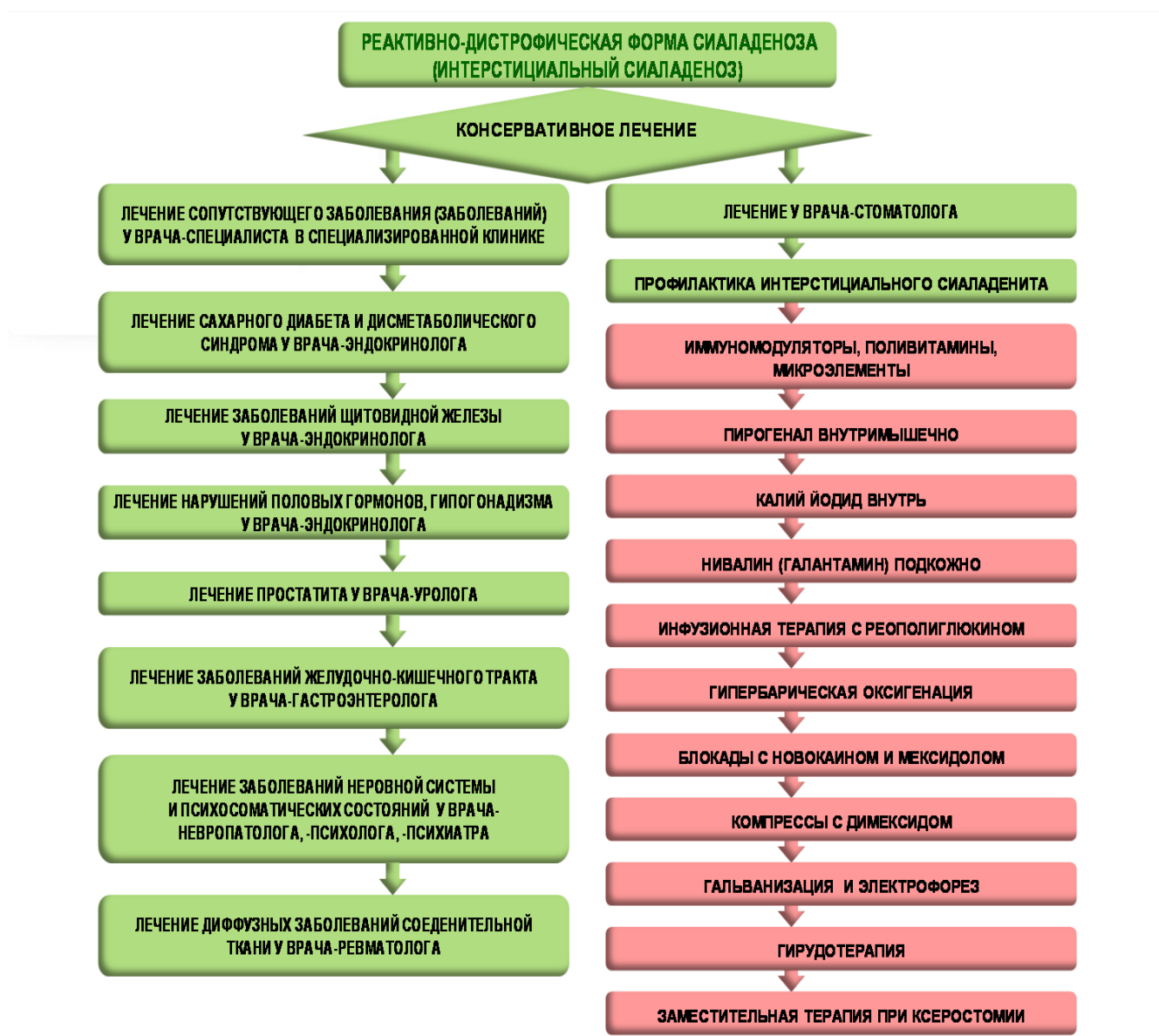
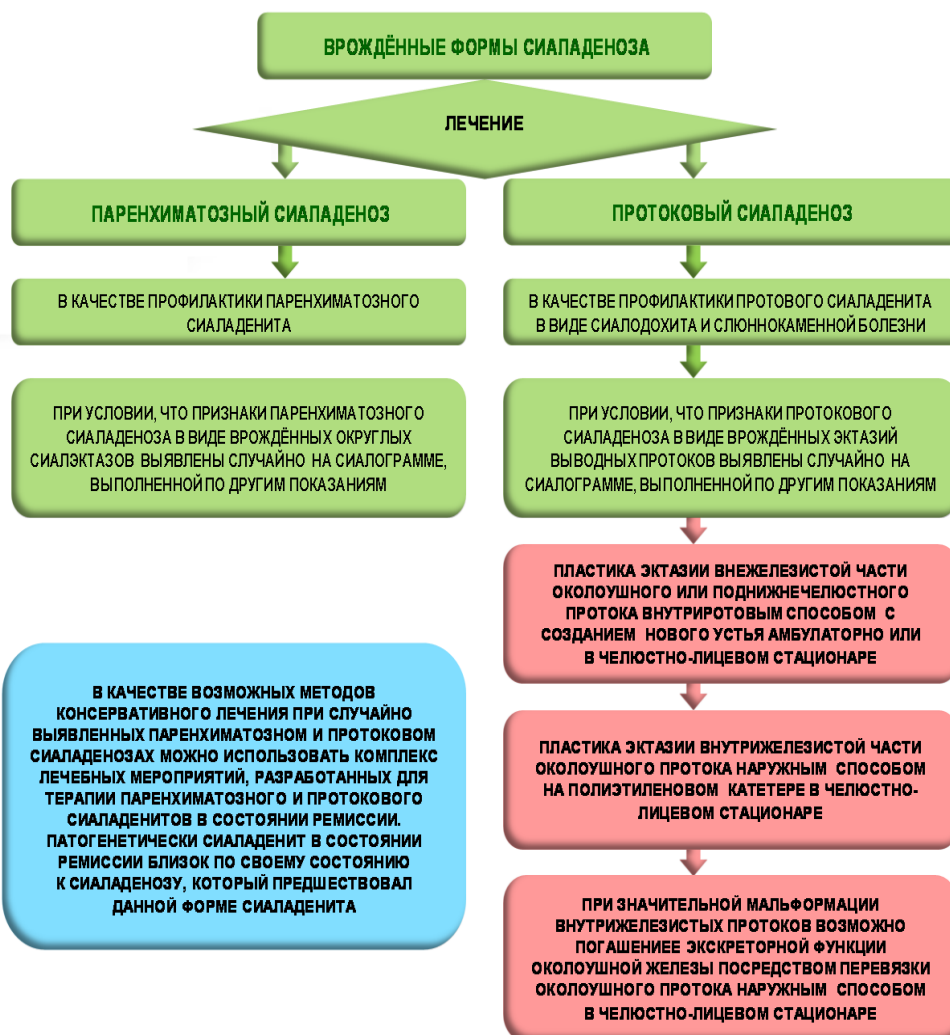


Таблица 10.

Примерный алгоритм консервативных и хирургических методов лечения паренхиматозного и протокового сиаладенозов как врождённых форм патологического процесса.



1.