

- **Стоматологическая Ассоциация России**

Клинические рекомендации

СИАЛОЛИТИАЗ (СЛЮННОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ)

Кодирование по Международной статистической классификации

болезней и проблем, связанных со здоровьем: К 11.5

Возрастная категория: взрослые

Год утверждения (частота пересмотра):

Профессиональные некоммерческие медицинские организации-разработчики:

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация по слюннокаменной болезни.....	6
1.1 Определение слюннокаменной болезни.....	6
1.2 Этиология и патогенез слюннокаменной болезни.....	6
1.3 Эпидемиология слюннокаменной болезни.....	6
1.4 Особенности кодирования слюннокаменной болезни по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	6
1.5 Классификация слюннокаменной болезни.....	7
2. Диагностика слюннокаменной болезни, медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	7
2.1 Жалобы и анамнез.....	8
2.2 Физикальное обследование.....	8
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	8
2.4 Инструментальные диагностические исследования.....	9
3. Лечение слюннокаменной болезни, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	10
3.1 Консервативное лечение.....	10
3.2 Оперативное (хирургическое) лечение.....	13
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.....	13
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	14
6. Организация медицинской помощи.....	15
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход слюннокаменной болезни).....	15
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	16
Список литературы.....	17
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	20
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	20
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	22

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 – подчелюстная железа.

СКБ - слюннокаменная болезнь

Термины и определения

- **Сиалoadенит (далее сиаладенит)** – группа заболеваний СЖ воспалительной природы
- **Протоковый сиаладенит** – хронический сиаладенит, отличительным признаком которого на сиалограмме являются расширения (сиалэктазы) и резкие сужения (стриктуры) выводных протоков. При наличии слюнных камней именуется слюннокаменной болезнью или калькулёзным сиаладенитом
- **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

1. Краткая информация по слюннокаменной болезни

1.1. Определение слюннокаменной болезни

Протоковый сиаладенит (K11.2) – хронический сиаладенит, отличительным признаком которого на сиалограмме являются расширения (сиалэктазы) и резкие сужения (стриктуры) выводных протоков.

При наличии слюнных камней именуется слюннокаменной болезнью или калькулёзным сиаладенитом (K11.5. Сиалолитиазис. Камни в слюнном протоке) [1; 2; 3; 4].

1.2. Этиология и патогенез слюннокаменной болезни

Слюннокаменная болезнь возникает на фоне врождённых изменений (мальформаций) выводных протоков в виде расширений (эктазий) и сужений (стриктур) расширенных протоков, которые способствуют задержке и конденсации слюны. Несмотря на то, что слюннокаменную болезнь считается полиэтиологическим заболеванием, остальные факторы по отношению к эктазиям могут рассматриваться лишь в качестве предрасполагающего фона [2; 8; 9; 39; 41]

1.3. Эпидемиология слюннокаменной болезни

Слюннокаменная болезнь встречается наиболее часто среди всех заболеваний слюнных желёз и составляет, по данным разных авторов, от 20,5% до 78%. Поднижнечелюстные железы поражаются в 90-95% случаев, околоушные железы - в 5-8% случаев [1; 5].

1.4. Особенности кодирования слюннокаменной болезни по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Слюннокаменная болезнь в классификации МКБ-10 является исключением из группы сиаладенитов, так как имеет свой собственный код (K11.5. Сиалолитиазис. Камни в слюнном протоке). Помимо этого, слюннокаменную болезнь можно представить кодами, которые по своей сущности являются лишь симптомами данного заболевания. Например, характерным симптомом слюннокаменной болезни являются врождённые расширения выводных протоков (K 11.83. Сиалэктазия). При слюннокаменной болезни, наряду с расширенными протоками (K11.83. Сиалэктазия), могут присутствовать стриктуры расширенных протоков, к которым можно применить код: 11.82. Стеноз (сужение) слюнного протока. При обострении калькулёзного сиаладенита (K.11.5. Сиалолитиазис), может возникнуть абсцедирование поражённой железы (K 11.3. Абсцесс слюнной железы). При слюннокаменной болезни в результате закупорки протока камнем может нарушаться выделение из протока слюны (K11.78. Другие уточнённые нарушения секреции слюнных желёз).

Необходимо исходить из того, что классификации заболеваний слюнных желёз, представленная в МКБ-10, имеет прежде всего статистическое значение. Она должна применяться в контексте клинической классификации Ромачёвой И.Ф. и Афанасьева В.В. [8; 41]. Тогда диагноз в зависимости от выявленных симптомов по МКБ-10 можно представить следующим образом:

Хронический протоковый сиаладенит (слюннокаменная болезнь):

- K11.2. Сиалоаденит
- K11.5. Сиалолитиазис
- K 11.83. Сиалэктазия
- 11.82. Стеноз (сужение) слюнного протока
- K 11.3. Абсцесс слюнной железы
- K11.1. Гипертрофия слюнной железы
- K11.7. Нарушения секреции слюнных желёз
- K11.78. Другие уточнённые нарушения секреции слюнных желёз

1.5. Классификация слюннокаменной болезни

В Российской Федерации используется классификация воспалительных заболеваний СЖ Ромачевой И. Ф и Афанасьева В. В. [1; 5; 8; 41]. Согласно данной классификации диагностика слюннокаменной болезни должна учитывать:

- локализацию слюнного камня;
- течение калькулёзного сиаладенита: ремиссия, рецидив (обострение);
- активность калькулёзного сиаладенита: неактивное течение, активное течение;
- стадию калькулёзного сиаладенита: начальная, клинически выраженная, поздняя

2. Диагностика слюннокаменной болезни

С помощью опроса, (выяснения жалоб и анамнеза заболевания, перенесённых и сопутствующих заболеваний), внешнего осмотра, осмотра полости рта, пальпации и массажа слюнных желез), следует установить наиболее вероятный предварительный диагноз. Информацию для проведения дифференциальной диагностики можно получить с помощью общих, частных и специальных дополнительных методов исследования. Некоторые из них необходимы для постановки окончательного диагноза, другие - для характеристики активности и стадии воспалительного процесса, контроля за эффективностью лечения.

2.1. Жалобы и анамнез

Характерными жалобами слюннокаменной болезни являются: боль и припухание во время приёма пищи, которые возникают в результате острого стаза слюны вследствие обтурации протока конкрементом. Припухание носит непродолжительный характер и проходит самостоятельно. Такие симптомы возникают при расположении камня в околоушном или поднижнечелюстном протоке и его подвижности. Слюнные камни, которые располагаются в паренхиме слюнных желёз являются неподвижными и ретенционную симптоматику вызывают крайне редко. При обострении калькулёзного сиаладенита пациенты могут предъявлять жалобы (или указать на них в анамнезе) на боль, припухлость в области СЖ, чаще поднижнечелюстных, которая определяется при осмотре и с помощью пальпации в качестве инфильтрата. В состоянии ремиссии жалобы на боль и припухлость СЖ на момент обращения могут отсутствовать.

2.2. Физикальное обследование

При массаже слюна из протока может не выделяться или выделяется в большом количестве в виде слизи. С помощью пальпации по ходу поднижнечелюстного или околоушного протока или в паренхиме железы можно обнаружить уплотнение с характерным колющим эффектом, которое с большой долей вероятности будет соответствовать слюнному камню. Со временем в результате нарушения оттока слюны в СЖ может развиваться калькулёзный сиаладенит.

В клинически выраженной стадии калькулёзного сиаладенита припухлость СЖ при осмотре может сохраняться в течение длительного времени, а в поздней стадии - постоянно. Нарушение оттока из протока гнойного содержимого может привести к возникновению абсцесса, чаще всего в области дна полости рта. При обострении околоушной или поднижнечелюстной протоки могут пальпироваться в виде плотного болезненного тяжа [1; 5; 8; 41; 47; 48].

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 необходим при обострении калькулёзного сиаладенита, особенно в случае возникновения гнойного воспаления. Биохимический анализ крови, изученный стоматологом, позволяет предположить у пациента со слюннокаменной болезни предрасполагающих факторов, таких как нарушение функции щитовидной железы и кальциевого обмена.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

2.4. Инструментальные диагностические исследования

Методы инструментальной диагностики могут быть частными и специальными.

Обзорная рентгенография. Относится к частным методам обследования пациентов с заболеваниями СЖ. С помощью обзорной рентгенографии можно обнаружить в проекции СЖ рентгенологическую тень, которая соответствует слюнному камню. Для этого следует выбрать правильную укладку, учесть вероятность т.н. "рентгенонегативных" конкрементов и артефактов в виде флеболитов или петрификатов регионарных лимфатических узлов. Информация, полученная с помощью обзорной рентгенографии, становится более достоверной при сопоставлении с данными других лучевых методов исследования: сиалографии и компьютерной томографии. При этом повышается вероятность определения множественных конкрементов [1; 5; 8; 48; 49].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Сиалография (аналоговая и цифровая сиалография, ортопантомсиалография, дигитальная субтракционная сиалография). Относится к частным методам обследования пациентов с заболеваниями СЖ. Наиболее прецизионной методикой сиалографии является дигитальная субтракционная сиалография, выполняемая под флюорографическим контролем на ангиографических аппаратах. По этой причине, оставаясь по своей диагностической сути частным методом исследования СЖ, в плане аппаратного обеспечения дигитальную субтракционную сиалографию можно отнести к специальным методам исследования слюнных желёз. Сиалография в комплексном обследовании пациента с предполагаемой слюннокаменной болезнью является незаменимым исследованием. Только с помощью сиалографии можно получить уникальную информацию о расширении протоков разной степени со стриктурами, дефектах наполнения протоков, которые соответствуют слюнным камням. Информация, полученная с помощью сиалографии, необходима для планирования патогенетического хирургического лечения пациентов со слюннокаменной болезнью, при лечении которой помимо удаления конкремента следует рассечь стриктуры и создать в области расширенного протока дополнительное соустье [1; 5; 20; 35; 36; 40; 47; 48; 49; 50].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 2)

Сонография. Относится к специальным методам обследования пациентов с заболеваниями СЖ. Доступность и биологическая безвредность сонографии позволяет использовать её без каких либо ограничений. 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. В остальных случаях сонография не должна подменять сиалографию, а лишь её дополнять. Сонографию можно использовать для диагностики слюнных камней больших размеров, которые помимо

гиперэхогенных структур способны формировать звуковую дорожку (зону ослабления эхосигнала). При этом, наличие на сонограмме СЖ мелких гиперэхогенных структур без звуковой дорожки нельзя интерпретировать в качестве достоверного признака слюнных камней [26; 35; 45; 47; 48].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Компьютерная томография относится к специальным методам обследования пациентов с заболеваниями СЖ. Метод особенно показан для дифференциальной диагностики СКБ, особенно в случае рентгенонегативных конкрементов, позволяет определить множественные слюнные камни, в том числе и в противоположной СЖ [1; 5; 35; 47; 48]. При необходимости компьютерную томографию можно совместить с сиалографией [40]. Контрастный препарат, введённый в выводные протоки, позволяет создать 3D-реконструкцию слюнной железы.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

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

Лечение слюннокаменной болезни имеет определённые особенности в зависимости от расположения слюнного камня, наличия калькулёзного сиаладенита, обострения или ремиссии, активности и стадии воспалительного процесса. Может быть консервативным и хирургическим, местным и общим, стационарным и амбулаторным.

3.1. Консервативное лечение

3.1.1. Консервативное лечение при обострении калькулёзного сиаладенита

Консервативное лечение при обострении калькулёзного сиаладенита включает комплекс противовоспалительных мероприятий, направленных на купирование интенсивности воспалительного процесса в поражённой слюнной железе, предупреждение распространения гнойно-воспалительного процесса на окружающие ткани и клетчаточные пространства, предупреждение генерализации бактериальной инфекции и нормализация общего состояния пациента. Условно консервативное лечение при обострении хронического сиаладенита можно разделить на общее и местное.

Общее консервативное лечение при обострении хронического сиаладенита включает: 1) проведение антибактериальной терапии антибиотиками широкого спектра действия. В качестве примера можно рассмотреть применение амоксиклава® (*действующие вещества: Амоксициллин (Amoxicillin) в форме тригидрата 500 мг, Клавулановая кислота (Clavulanic acid) в форме калиевой соли 125 мг*) внутрь 625 мг каждые 8 часов в день в течение 10-14 дней, цифрана® (*действующие вещества: цiproфлоксацин, Ciprofloxacin, в форме гидрохлорида моногидрата 500 мг*) внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 10-14 дней). Возможно применение других антибиотиков согласно принципам антибактериальной терапии и рекомендациям производителя фармакологического препарата; 2) проведение противовоспалительной терапии с использованием нестероидных противовоспалительных средств (придерживаясь рекомендаций фирмы-производителя); 3) проведение десенсибилизирующей терапии с использованием антигистаминных препаратов (придерживаясь рекомендаций фирмы-производителя); 4) проведение дезинтоксикационной терапии в случае выраженной интоксикации (обильное питьё, по показаниям внутривенно растворы с низкой молекулярной массой) [5; 8; 19; 46].

Местное консервативное лечение при обострении калькулёзного сиаладенита включает: 1) компрессы наружно на область поражённой железы с 10-30% р-ром димексида® (действующее вещество: диметилсульфоксид (Dimethyl sulfoxide) во флаконах по 50 мл) ежедневно в течение 1-го часа на протяжении недели; 2)) наружные блокады через день в виде инфильтрации подкожной клетчатки в области поражённой железы 0.5% раствора новокаина® (действующее вещество: прокаин (Procaine) в ампулах по 10 мл) или лидокаина® (действующее вещество: лидокаина гидрохлорид (Lidocaine hydrochloride) в ампулах по 10 мл 2% раствора) в изотоническом растворе хлорида натрия, избегая при этом повреждения сосудов и попадания раствора в паренхиму слюнной железы; 3) осторожное массирование поражённой слюнной железы с целью максимальной эвакуации из выводных протоков гнойного содержимого; 4) при неэффективности консервативного лечения и формирования абсцесса показано хирургическое лечение в условиях челюстно-лицевого стационара. Слюнный камень может быть удалён вместе с гнойным содержимым во время вскрытия абсцесса. Во всех других случаях удаление слюнного камня показано только в состоянии ремиссии. Прогноз благоприятный, при проведении патогенетического лечения слюннокаменной болезни вероятность повторного образования слюнного камня минимальная [5; 8; 19; 46].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

3.1.2. Консервативное лечение пациентов с калькулёзным сиаладенитом в состоянии ремиссии

Консервативное лечение пациентов с калькулёзным сиаладенитом в состоянии ремиссии может быть эффективным только в случае патогенетического лечения, элементами которого являются: удаление слюнного камня и создание условий для положительного клиренса слюны. Консервативное лечение в таких случаях будет способствовать реабилитации слюнной железы после калькулёзного сиаладенита [5; 8; 19; 46].

Местное консервативное лечение калькулёзного сиаладенита в состоянии ремиссии.

После удаления слюнного камня и создания положительного клиренса слюны для купирования явлений калькулёзного сиаладенита возможны следующие лечебные мероприятия: 1) наружные блокады через день в виде инфильтрации подкожной клетчатки в области поражённой железы 20-40 мл 0.5% раствора новокаина® (действующее вещество: прокаин (Procaine) в ампулах по 10 мл) или лидокаина® (действующее вещество: лидокаина гидрохлорид (Lidocaine hydrochloride) в ампулах по 10 мл 2% раствора) с 4 мл мексидола® (действующее вещество: этилметилгидроксипиридина сукцинам (Ethylmethylhydroxypyridine succinate) 50 мг в ампулах по 5 мл) в изотоническом растворе хлорида натрия, через каждые 2-3 дня, всего 10 блокад на курс; 2) компрессы наружно на область поражённой железы с 10-30% р-ром димексида® (действующее вещество: диметилсульфоксид (Dimethyl sulfoxide) во флаконах по 50 мл) с 5000 ЕД гепарина® (действующее вещество: гепарин натрия (Heparin sodium) во флаконах и ампулах по 5 мл, в 1 мл 5000 ЕД) ежедневно, 2 раза в сутки, в течение 8-10 дней; 3) физиолечение: а) гальванизация или электрофорез области поражённой СЖ с различными лекарственными препаратами (0.5% раствор новокаина® новокаина® (действующее вещество: прокаин (Procaine), 0.5%-1.0% раствор галантамина в виде нивалина® (действующее вещество: галантамина гидробромид (galantamine) в ампулах по 10 мг), 5% раствор витамина С в виде аскорбиновой кислоты раствора для инъекций 5% ®) (действующее вещество: аскорбиновая кислота (Ascorbic acid) 50 или 100 мг

в ампулах по 1 и 2 мл, б) магнитотерапия, в) внутривидеотерапия ультрафиолетовое облучение; в) гипербарическая оксигенация [5; 8; 27; 46]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

3.2. Оперативное (хирургическое) лечение

Хирургическое лечение пациентов со слюннокаменной болезнью может быть применено в следующих случаях: 1) при гнойном обострении калькулёзного сиаладенита, в случае абсцедирования: ОУСЖ - наружным разрезом, ПЧСЖ - разрезом по ходу челюстно-язычного желобка, в условиях челюстно-лицевого стационара [19]; 2) при расположении слюнного камня во внежелезистой части околоушного или поднижнечелюстного протоков - удаление слюнного камня внутривидеотерапевтическим способом с одновременной пластикой расширенного протока и созданием нового устья, в амбулаторных условиях или в челюстно-лицевом стационаре [6; 30; 37]; 3) при расположении слюнного камня во внежелезистой части околоушного или поднижнечелюстного протоков - удаление слюнного камня эндоскопическим способом с одновременной пластикой расширенного протока и созданием нового устья, в амбулаторных условиях или в челюстно-лицевом стационаре [7; 42; 44]; 4) при расположении слюнного камня в паренхиме поднижнечелюстной железы - экстирпация поднижнечелюстной железы вместе со слюнным камнем наружным доступом в условиях челюстно-лицевого стационара; 5) при расположении слюнного камня в паренхиме околоушной железы - удаление слюнного камня из околоушной железы наружным доступом с одновременной пластикой расширенного протока на полиэтиленовом катетере в условиях челюстно-лицевого стационара [16; 18; 21; 23; 29]; 6) при расположении слюнного камня в паренхиме околоушной или поднижнечелюстной железы - литотрипсия (дробление) с помощью литотриптора в несколько этапов и пластикой протока для отхождения мелких фрагментов [1; 2; 3; 4; 10; 11; 13; 14]; 7) при расположении слюнного камня в труднодоступных отделах околоушной железы - погашения секреторной функции ОУСЖ при сохранении эндокринной функции посредством перевязки околоушного протока в условиях челюстно-лицевого стационара [5; 32].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

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

В случае развития у пациентов со слюннокаменной болезнью хронического калькулёзного сиаладенита необходим период реабилитации, который примерно совпадает с периодом нахождения в слюнной железе слюнного камня. После удаления камня 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 [1; 12; 13].

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

Из-за наличия у пациентов со слюннокаменной болезнью врождённых изменений выводных протоков СЖ, рассчитывать на полное выздоровление после удаления слюнного камня сложно. Риск повторного образования слюнного камня, несмотря на пластику протока и создание искусственного соустья, сохраняется. По аналогии с другими хроническими сиаладенитами положительным исходом при калькулёзном сиаладените можно считать условное состояние, при котором слюнные железы не беспокоят пациента в течение 3 и более лет. Если период ремиссии составляет от 1 года до 3 лет, то такое состояние можно оценивать как улучшение. Если ремиссия продолжается не более 1 года, то состояние больного оценивается - без перемен. Пациенты должны находиться под диспансерным наблюдением. В качестве профилактических мероприятий 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). В случае возникновения жалоб своевременно обратиться к лечащему врачу [1; 8ж 12; 13; 28].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 3)

6. Организация медицинской помощи

Диагностика и лечение слюннокаменной болезни и калькулёзного сиаладенита 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, характерные для слюннокаменной болезни, провести опрос и физикальное обследование и направить пациента с соответствующим предварительным диагнозом к специалисту [1; 5; 8; 48; 49].

7. Дополнительная информация (в том числе факторы влияющие на течение и исход кист слюнных желез)

Эффективное лечение пациентов со слюннокаменной болезнью 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 оказания эффективной лечебной помощи пациентам со слюннокаменной болезнью. В зависимости от расположения слюнного камня, сложности хирургического лечения, возраста пациента, наличия сопутствующих и перенесённых заболеваний, лечение пациента может быть оказано амбулаторно или в условиях челюстно-лицевого стационара. После стационарного лечения пациент направляется с соответствующими рекомендациями под наблюдение и продолжение лечения к врачу-стоматологу по месту жительства или в специализированное лечебно-диагностическое учреждение для продолжения диспансерного наблюдения [1; 5; 8; 48; 49].

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 хроническими сиаладенитами

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
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 центре.</i> Проведён анализ информации, полученной при обследовании первичного пациента, установлен наиболее вероятный предварительный диагноз, определён алгоритм дополнительных исследований	Да/нет	2	В
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. Абдусаламов М.Р. Использование сиалолитотрипсии в комплексном лечении больных слюннокаменной болезнью: автореферат дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2000. - 24 с. (научный руководитель: проф. В.В. Афанасьев)
2. Абдусаламов М.Р., Афанасьев В.В., Ткаленко А.Ф.. Сравнительное изучение состава слюнного и зубного камней у больных слюннокаменной болезнью с учетом результатов проведения метода сиалолитотрипсии// Российский стоматологический журнал, 2003, № 1, 44-46.
3. Абдусаламов М.Р., Ткаленко А.Ф., Афанасьев В.В.. Состав ротовой жидкости смешанной слюны в зависимости от результатов лечения пациентов со слюннокаменной болезнью с помощью метода сиалолитотрипсии // Журнал «Стоматология», 2003, № 5, стр. 36-38.
4. Абдусаламов М.Р. Использование метода сиалолитотрипсии для малоинвазивного лечения больных слюннокаменной болезнью // Журнал «Стоматолог», М., 2005, № 8, стр. 41-43.
5. Абдусаламов М.Р. Органосохраняющие методы лечения больных слюннокаменной болезни: дис. ... докт. мед. наук. - Москва, 2006. - 249 с. (научный консультант: проф. В.В. Афанасьев)
6. Абдусаламов М.Р., Афанасьев В.В., Магадов И.А.. Особенности удаления камней из дистальных отделов протоков поднижнечелюстных слюнных желёз // Российский стоматологический журнал, 2010, № 5, стр. 15-16.
7. Абдусаламов М.Р., Афанасьев В.В., Курбанов С.М. Сиалэндоскопия - новый метод диагностики и лечения слюннокаменной болезни. Границы необходимости использования // Стоматология 2018, №4, стр. 28-30.
8. Афанасьев В.В. Сиаладенит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение): дисс ... докт. мед. наук, - Москва, 1993, - 372 стр.
9. Афанасьев В.В., Юдин Л.А., Щипский А.В., Кондрашин С.А. К вопросу об этиологии слюннокаменной болезни // Стоматология, 1994, №.4, стр.28 - 30.
10. Афанасьев В.В., Мешков В.М., Абдусаламов М.Р., Брестовицкий С.М., Кудряш В.Л.. Литотрипсия слюнных камней// Стоматология, М., 1998, спец. выпуск, стр. 19-20.
11. Афанасьев В.В., Мешков В.М., Абдусаламов М.Р., Брестовицкий С.М. Дробление слюнных камней (литотрипсия) с помощью аппаратов-литотрипторов "Modulith SLX" и "EDAP"// Проблемы стоматологии и нейростоматологии, М., 1999, № 1, стр. 25-27.
12. Афанасьев В.В., Мешков В.М., Абдусаламов М.Р. Реабилитация больных слюннокаменной болезнью после проведения ультразвуковой литотрипсии. International Journal on Immunorehabilitation, 1999, с. 12-17.
13. Афанасьев В.В., Мешков В.М., Абдусаламов М.Р., Брестовицкий С.М. Реабилитация больных слюннокаменной болезнью после проведения литотрипсии. J. on Immunorehabilitation, Испания, 1999, № 12, стр. 97.
14. Афанасьев В.В., Мешков В.М., Абдусаламов М.Р., Брестовицкий С.М. Литотрипсия слюнных камней // Стоматология, М., 1999, т. 78, № 7, стр. 30-32.
15. Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р. и др. Способ лечения слюннокаменной болезни / Роспатент, Патент на изобретение №:2143855. - 2000
16. Афанасьев В.В., Стародубцев В.С., Абдусаламов М.Р. Способ лечения хронического паротита (сиалодохита) и слюннокаменной болезни при расширении внутрижелудочковой части околоушного протока // Роспатент, патент на изобретение № 2240060. Бюллетень «Изобретение полезной модели», М., 2003, № 35.

17. Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р. Дивертикулы протоков поднижнечелюстной слюнной железы // *Стоматология*, т. 83, 2004, № 5, стр. 31-33.
18. Афанасьев В.В., Стародубцев В.С., Абдусаламов М.Р. Новый способ лечения хронического сиалодохита и слюннокаменной болезни при расширении внутрижелезистой части околоушного протока // *Стоматология*, 2004, № 3, стр. 30-32.
19. Афанасьев В.В., М.Р. Абдусаламов. Клинические особенности течения слюннокаменной болезни и выбор метода лечения в период обострения сиаладенита // *Стоматология*, 2007, том 86, № 5, С. 48-49.
20. Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р. Дигитальная сиалография в диагностике больных слюннокаменной болезнью // *Российский стоматологический журнал*, 2010, № 1. стр.8-10.
21. Афанасьев В.В., Дубов Д.В. Особенности удаления слюнных камней, расположенных в околоушной слюнной железе // *Cathedra*. – 2013. – № 44. – С. 28-29.
22. Афанасьев В.В., Дубов Д.В. Новый метод оперативного лечения полного наружного слюнного свища околоушного протока // *Российская стоматология*. –2013 – №3. – С. 7-9.
23. Афанасьев В.В., Дубов Д.В. Лечение выраженных протоковых деформаций околоушной слюнной железы // *Стоматология*. –2013 – №5. – С. 38-39.
24. Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р., Гаматаев И.И. Ударно-волновая литотрипсия при лечении больных слюннокаменной болезнью // *Стоматология*, 2014, №2, стр. 31-32.
25. Афанасьев В.В., Дубов Д.В., Целоев М.М., Титов С.А.. Отдаленные результаты оперативных вмешательств у больных слюннокаменной болезнью и протоковыми деформациями околоушной слюнной железы // *Стоматология*. – 2018. – Т. 97, №2. – С.49 –51.
26. Васильева Юлия Николаевна. Совершенствование ультразвукового исследования протоковой системы больших слюнных желез : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2015. - 22 с.
27. Великовская Н.В. Использование гипербарической оксигенации для лечения пациентов с воспалительными и дистрофическими заболеваниями слюнных желез: дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2008. - 142 с. (*научный руководитель: проф. В.В. Афанасьев*)
28. Громова, Оксана Юрьевна. Совершенствование организации амбулаторно-поликлинической стоматологической хирургической помощи населению : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1990. - 24 с.
29. Дубов Д.В. Оперативное вмешательство при врожденной протоковой деформации околоушной слюнной железы (случай из практики) // *DentalForum*. – 2011. – № 3. – С. 47.
30. Дубов Д.В. Особенности удаления слюнных камней, расположенных в околоушном протоке // *DentalForum*. – 2012. – № 3. – С. 33-34.
31. Дубов Д.В. Особенности оперативного вмешательства у больных со слюннокаменной болезнью и протоковыми деформациями околоушной слюнной железы : автореферат дис. ... канд. мед. наук : - Москва, 2013. - 24 с. (*научный руководитель: проф. В.В. Афанасьев*)
32. Дубов Д.В. Методы погашения функции околоушной слюнной железы // *DentalForum*. – 2013. – № 3. – С. 42-43.
33. Дубов Д.В., Титов С.А., Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р. Хирургический метод лечения протокового сиаладенита больших слюнных желез // *Российский стоматологический журнал*. – 2020. – Т. 24 №1. – С.8 –10.
34. Кондрашин С.А., Щипский А.В. Балонная дилатация стеноза протока в лечении слюннокаменной болезни // *Вестник рентгенологии и радиологии*, №.3, 1995, стр. 42 – 43.

35. Кондрашин С.А. Лучевая диагностика заболеваний слюнных желез : автореф. дис. ... д-ра мед. наук, 1997. - 42 с.
36. Литвин В.О. Дигитальная сиалогграфия в диагностике слюннокаменной болезни: дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2010.- 106 с. (научный руководитель: проф. М.Р. Абдусаламов)
37. Магадов И.А. Особенности удаления камней из протоков слюнных желез : автореферат дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2012.- 24 с. (научный руководитель: проф. М.Р. Абдусаламов)
38. Морозов Александр Николаевич. Пантомосиалогграфия при хронических некалькулезных сиалоаденитах] : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1978. - 17 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01007786959>]
39. Никифоров В. С. Хронический сиалодохит (протоковый сиаладенит), клиника, диагностика, лечение: дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 1998. - 206 с. (научный руководитель: проф. В.В. Афанасьев)
40. Обиня Н.П. Современные лучевые методы в диагностике и планировании лечения заболеваний слюнных желез: дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2012. - 114 с. (научный руководитель: проф. В.В. Афанасьев)
41. Ромачева И.Ф. Воспалительные заболевания слюнных желез: автореф. дис. ... докт. мед. наук, - М., 1973, - 533 стр.
42. Серова А.Я. Совершенствование диагностики и лечения слюннокаменной болезни : дис. ... канд. мед. наук. - г Санкт-Петербург, 2017. - 126 с.
43. Ткаленко А.Ф. Влияние физико-химических характеристик слюны, слюнного и зубного камней на исход лечения больных слюнно-каменной болезнью с применением метода литотрипсии: дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2004. - 145 с. (научный руководитель: проф. В.В. Афанасьев)
44. Хачкинаян Гоар Левоновна. Выбор тактики и объема хирургического лечения больных хроническим калькулезным сиалоаденитом : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2013. - 24 с.
45. Шориков А.Ю. Ультразвуковое исследование высокого разрешения в комплексной диагностике и лечении заболеваний слюнных желез: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2013. - 23 с. (научный руководитель: проф. В.В. Афанасьев)
46. Шумихина Лариса Александровна. Комплексное лечение острого сиаладенита : диссертация ... кандидата медицинских наук : автореф.дис..канд. мед.наук. - Пермь, 2007. - 138 с.
47. Щипский А.В. Дифференциальная диагностика различных форм хронических заболеваний слюнных желез - сиалозов, сиаладенитов: дис. ... канд. мед. наук, - М., 1997. - 2 Т. - 208 и 84 стр. (научный руководитель: проф. В.В. Афанасьев)
48. Щипский А.В. Сиаладеноз (сиалоз). Классификация, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и выбор схем лечения: дис. ... докт. мед. наук, - М., 2002. - 357 с. (научный консультант: проф. В.В. Афанасьев)
49. Щипский А.В., Кондрашин С.А. Контрастная рентгенография слюнных желёз / Стоматология, №6 (94), 2015, стр.45 – 49.
50. Щипский А.В., Мухин П.Н., Калиматова М.М., Акинфиев Д.М., Сенча А.Н. Сиалология через призму прецизионной цифровой сиалогграфии // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2020. – №2. - С. 67-78.
51. Яценко Игорь Владленович. Анализ исходов и прогноз у больных острым и хроническим паротитом : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Полтава, 1992. – 24 с.

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

- 1. Афанасьев Василий Владимирович**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и травматологии НОИ Московский стоматологический институт им. А.И. Евдокимова, Президент Ассоциации сиалологов России (СтАР), Заслуженный врач Российской Федерации, Заслуженный стоматолог.
- 2. Щипский Александр Васильевич**, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и травматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, исполнительный секретарь Ассоциации сиалологов России (СтАР)
- 3. Абдусаламов Магомед Расулович**, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и травматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, ответственный за клиническую работу на базах кафедры ЧЛХ и травматологии
- 4. Шинкевич Дмитрий Сергеевич**, профессор кафедры ЧЛХ и травматологии НОИ МСИ им. А.И. Евдокимова, профессор, доктор медицинских наук, зав. учебной частью

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

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств.

Поиск в электронных базах данных. Учитывая особенности отечественной школы сиалологии, принято решение для доказательной базы клинических рекомендаций использовать научные данные диссертационных исследований и научных обзоров отечественных учёных, адаптировавших опыт ведущих зарубежных учёных в области изучения заболеваний СЖ. Глубина поиска до 30 лет, основные уточнения научных данных и эффективности методик в работах последних 10 лет.

Методы, использованные для оценки доказательств:

Консенсус экспертов («дельфийская система» достижения согласия, согласно которому эксперты обменивались мнениями по обсуждаемым вопросам, пока не достигли согласия). Оценка значимости доказательств соответствует рейтинговым схемам (табл. 2 - 5).

Таблица 2. Шкала оценки УДД для диагностических исследований

УДД	Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом
4	Несравнительные исследования, описания клинического случая
5	Имеется лишь мнение эксперта

Таблица 3. Шкала оценки УУР для диагностических исследований

УУР	расшифровка
A	Однозначная (сильная) рекомендация (все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	НЕоднозначная (условная) рекомендация (не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Низкая (слабая) рекомендация - отсутствие рекомендаций надлежащего качества (все исследования имеют низкое методологическое качество, их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Таблица 4. Шкала оценки УДД для лечебных, реабилитационных, профилактических исследований

УДД	Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5
1	Систематические обзоры исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна (кроме РКИ) с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описания клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение эксперта

Таблица 5. Шкала оценки УУР для лечебных, реабилитационных, профилактических исследований

УУР	расшифровка
A	Однозначная (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	Неоднозначная (условная) рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
С	Низкая (слабая) рекомендация - отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество, 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.

Связанные документы. Приказ от 7 декабря 2011 г. n 1496н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях».

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Таблица 6.

Дифференциально-диагностический алгоритм протокового сиаладенита в виде слюннокаменной болезни.

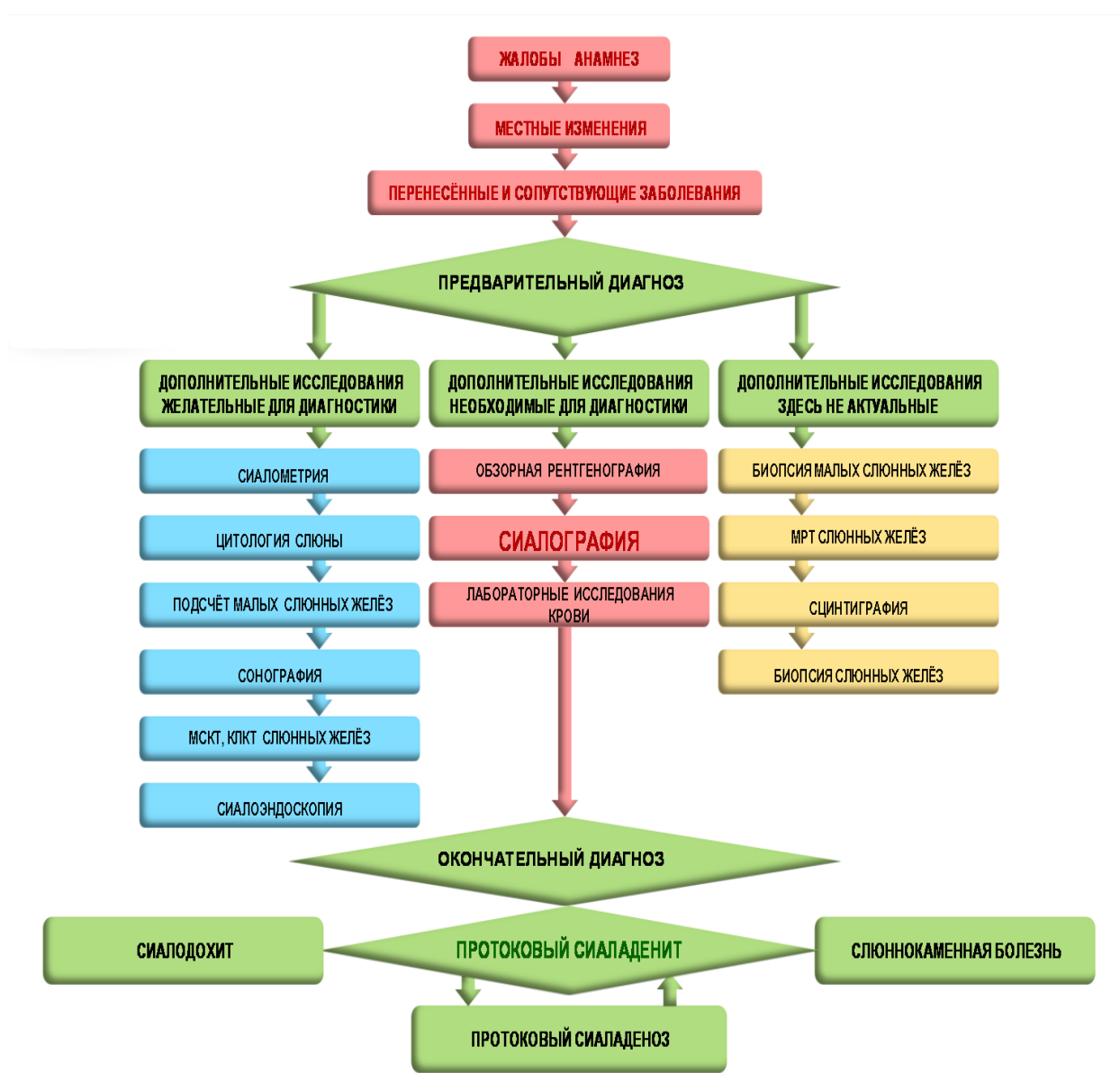


Таблица 7.

Примерный алгоритм хирургических методов лечения хронического сиаладенита во время обострения и в периоде ремиссии воспалительного процесса.

