

Клинические рекомендации

## **Сиалоденит у пациентов детского возраста**

Код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: K11.2

Возрастная категория: дети

Год утверждения (частота пересмотра):

Профессиональные некоммерческие медицинские организации - разработчики:

- Стоматологическая ассоциация России

### **Оглавление**

Список сокращений	4
Термины и определения	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	7
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
1.3 особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	8
1.4 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	8
1.5 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	8
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	10
2.1 Жалобы и анамнез	12
2.2 Физикальное обследование	12
2.3 Лабораторные диагностические исследования	13
2.4 Инструментальные диагностические исследования	14
2.5 Иные диагностические исследования	14
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	14
3.1 Комплексное медикаментозное лечение	15
3.2 Лечение, направленное на предупреждение обострения заболевания	16
3.3 Лечение, направленное на коррекцию нарушенного иммунитета	17
3.4 Лечение, направленное на снижение токсического воздействия на организм системных заболеваний	17
3.3 Оперативное (хирургическое) лечение	17
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	18
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики	18
6. Организация медицинской помощи	19

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	20
Критерии оценки качества медицинской помощи	20
Список литературы	23
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций	24
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	25
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов и доз лекарственных препаратов, инструкций по применению лекарственного препарата	28
Приложение А3.1. Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении протокола	28
Приложение А3.2. Перечень медицинских услуг для диагностики и лечения рецессии десны	31
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	36
Приложение В Информация для пациентов	38

## **Список сокращений**

МКБ 10 - международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем Всемирной организации здравоохранения 10-го пересмотра

МРТ — магнитно — резонансная томография

ЧЛО - челюстно-лицевая область

СЖ - слюнная железа

ОУСЖ - околоушная слюнная железа

ОУО - околоушная область

ПНЧСЖ - поднижнечелюстная слюнная железа

ПЯСЖ - подъязычная слюнная железа

УЗИ - ультразвуковое исследование

ГБО - гипербарическая оксигенация

УВЧ-терапия - ультравысокочастотная терапия

ЛОР - от греческих слов, обозначающих “горлань”, “ухо”, “нос”

ЛПУ - лечебно-профилактические учреждения

## Термины и определения

**Слюнные железы** - секреторные органы, выполняющие многообразные функции: секреторную, рекреторную, экскреторную, инкреторную. Они оказывают большое влияние на состояние организма, в частности на пищеварительную систему и органы полости рта. У человека есть три пары больших слюнных желез и много малых. К большим относят по две околоушных, поднижнечелюстных и подъязычных железы. Малые слюнные железы расположены в подслизистом слое полости рта, наибольшее их количество находится в области губ и щек.

**Околоушная слюнная железа** - самая крупная. Она относится к серозным, расположена в позадичелюстной ямке, кнутри распространяется в окологлоточное пространство, снаружи покрывает наружную поверхность собственно жевательной мышцы. Железа покрыта околоушно-жевательной фасцией, отдающей отроги в железу. В толще железы находится много (6-8) лимфатических узлов, играющих роль в развитии воспаления. Через околоушную железу проходят внутренняя и наружная сонные артерии, занижнечелюстная и внутренняя яремная вены, ствол лицевого нерва, делящийся в толще железы на пять конечных ветвей, иннервирующих мимическую мускулатуру. Парасимпатическая иннервация осуществляется ушно-височным нервом, симпатическая - ветвями, идущими из верхнего шейного симпатического узла в области наружной сонной артерии. Открывается околоушная железа в полости рта сосочком околоушного протока на уровне 1-2 моляров верхней челюсти.

**Поднижнечелюстная слюнная железа** - смешанная (серозно-слизистая). Она расположена в поднижнечелюстном треугольнике, ограничена передним и задним брюшками двубрюшной мышцы, челюстно-подъязычной мышцей и кожей. Поднижнечелюстной проток, огибая задний край челюстно-подъязычной мышцы, проникает в подъязычную область, где открывается на вершине слюнного сосочка. Железа иннервируется ветвями вегетативного подчелюстного узла и язычного нерва, кровоснабжается ветвями лицевой, язычной и подподбородочной артерий. Иногда через железу проходят лицевые артерия и вена.

**Подъязычная слюнная железа** — имеет овальную форму и располагается сбоку, под языком, непосредственно под слизистой оболочкой полости рта. Главный выводной проток железы впадает в проток поднижнечелюстной слюнной железы.

**Сиалоаденит** — воспаление слюнной железы.

**Паротит новорожденного** — острое воспаление одной или обеих околоушных слюнных желез. Встречается у недоношенных или ослабленных новорожденных.

**Паренхима слюнных желез** — представлена системой ацинусов и протоков, объединенных в дольки. Между дольками располагаются соединительно — тканые прослойки (интерстиций), в котором проходят сосуды и нервы. По характеру секрета околоушные железы относятся к белковым, поднижнечелюстные — к смешанным. А подъязычные — к слизистым.

**Сиалодохит** — воспаление выводного протока слюнной железы.

**Зондирование протока слюнной железы** - позволяет установить направление его хода, наличие сужения или полного зарращения, присутствие в протоке конкремента и место его расположения. При зондировании применяются специальные зонды для выводных протоков.

**Сиалометрия** - исследование секреторной функции слюнных желез. Используют специальные канюли длиной 85-97 мм и диаметром 0,8-1 мм. Исследование проводят утром натощак. После приема больным внутрь 8 капель 1% раствора пилокарпина канюлю вводят в проток слюнной железы на глубину 3-5 мм. Конец канюли опускают в градуированную пробирку, которую держит больной. На протяжении 20 минут с момента появления капли (время отмечают) секрет собирают в пробирку и определяют количество. При всех заболеваниях слюнных желез этот метод позволяет установить степень нарушения секреторной функции при том условии, что секрет жидкий и в нем отсутствуют слизистые и фибриновые включения, не нарушены его физические свойства. У практически здоровых людей количество слюны, выделяющейся за 20 минут из околоушной железы, составляет 0,9-5,1 мл, чаще 1,1-2,5 мл, из поднижнечелюстной - 0,9-6,8 мл, чаще - 1-3 мл.

**Цитологическое исследование слюны** - каплю секрета (в процессе сиалометрии) помещают на предметное стекло, делают мазок и окрашивают его по методу Романовского-Гимзы. Если нет возможности получить каплю секрета из-за сгущения слюны, материал берут с помощью ложечки Фолькмана. В секрете околоушных и поднижнечелюстных желез в норме обнаруживают единичные клетки плоского и цилиндрического эпителия, выстилающего выводные протоки, единичные нейтрофильные лейкоциты и лимфоциты. На клетках плоского эпителия могут находиться бактерии.

**Сиалография** - рентгенография слюнных желез с искусственным контрастированием. Позволяет судить о состоянии протоков и паренхимы железы. В качестве контрастного вещества используют как масляные препараты (йодолипол, липиодол “Ультра-Флюид”, йодэтиол и др.), так и водорастворимые (натрия амидотризоат (урографин), йогексол (омнипак) и др.). Контрастное вещество вводят в

железу через проток до ощущения в ней распираания. Количество вводимого контрастного вещества для заполнения протоков неизменной околоушной железы в среднем составляет 1-2 мл, поднижнечелюстной - 0,5-1,5 мл.

**Пантамосиалография** - это метод рентгенологического исследования с предварительным введением контрастного вещества в две и более слюнные железы с последующей панорамной томографией.

## **1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)**

### **1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

**Острый сиалоаденит** — локализуются обычно в области околоушных слюнных желез, значительно реже — в подчелюстных. В хирургических стационарах острый сиалоаденит может развиваться как осложнение после операции на органах брюшной полост. В результате угнетения секреторной функции слюнных желез. В стоматологических клиниках встречается острый сиалоаденит лимфогенной природы (паротит Герценберга), а также острый паротит новорожденных. У пациентов терапевтических отделений острое воспаление слюнных желез может возникнуть при сердечно — сосудистой недостаточности, патологии обмена веществ, кахексии. Врачи — стоматологи — хирурги чаще всего встречают бактериальные сиалоадениты. [5]

**Хронический сиалоаденит** - это воспалительное заболевание слюнных желез с недостаточно изученными этиологией и патогенезом. Установлено, что у больных хроническим сиалоаденитом генетически обусловленный гомеостазис определяется ослаблением защитных сил организма. Снижение иммунитета создает предпосылки для возникновения заболеваний определенных систем, в том числе и слюнных желез. Немаловажную роль при этом отводят врожденным изменениям ацинарной и протоковой ткани слюнной железы, приводящих к развитию той или иной формы хронического сиалоаденита.

В настоящее время выделяют три формы сиалоаденита по преимущественному поражению различных анатомических отделов слюнной железы: интерстицию - интерстициальный сиалоаденит, паренхимы - паренхиматозный сиалоаденит, системы выводных протоков - сиалодохит (протоковый сиалоаденит). [1,2,3]

**Паротит новорожденного** - острое воспаление одной или обеих околоушных слюнных желез. Встречается у недоношенных или ослабленных новорожденных.

## 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Возникновению сиалоаденитов у детей способствуют:

1. воспалительные поражения слизистой оболочки полости рта;
2. острые и хронические тонзилиты;
3. острые и хронические лимфадениты;
4. острые респираторные заболевания;
5. наличие кариозных и периодонтитных зубов;
6. проникновение инородных тел в протоки слюнных желез (в особенности у маленьких детей);
7. анатомическое строение протоков и паренхимы слюнных желез (эмбрионально обусловленные аномалии выводных протоков больших слюнных желез, устья зияют, протоки широкие и короткие);
8. изменения местного и общего (наличие вторичного иммунодефицита) иммунитета. [10]

Паротит новорожденного — этиология не ясна, патогенез изучен недостаточно. Заболевание чаще всего развивается у недоношенных и ослабленных детей с сопутствующей врожденной патологией на первых неделях жизни. Появлению болезни способствует мастит у матери. [1, 5, 6]

Острый бактериальный сиалоаденит — пути проникновения инфекции — чаще лимфогенный или гематогенный, но возможен и стоматогенный путь (через выводной проток), который связан с травмой и другими заболеваниями полости рта. Возможно развитие острого паротита на фоне острых респираторных заболеваний, а также:

- тяжелых инфекционных болезней (тиф, корь, грипп), сопровождающихся высокой температурой и сильной интоксикацией; одной из компенсаторных реакций при этих заболеваниях является задержка воды в организме для снижения концентрации токсинов, в том числе уменьшение слюноотделения, что может привести к восходящему инфицированию паренхимы железы; кроме того, после тяжелых инфекционных заболеваний возможно истощение иммунных сил организма;
- онкологические заболевания, сопровождающиеся резким падением иммунитета, кахексией и обезвоживанием;
- операции на органах брюшной полости и репродуктивной системы, во время которых раздражается парасимпатическое сплетение, расположенное в брюшной полости; итог этого процесса — угнетение слюноотделения;

- тяжелые заболевания сердечно — сосудистой системы. [1, 5, 11]

Во всех случаях возникновения острого бактериального сиалоаденита обязательное звено патогенеза — угнетение секреции и выделения слюны. Неблагоприятные факторы в развитии сиалоаденита вне зависимости от причины заболевания — это гингивиты, стоматиты, зубные отложения. Осложненный кариес зубов, нарушение гигиены полости рта, при которых возрастает вероятность восходящей инфекции.

Среди возбудителей острого неэпидемического сиалоаденита обнаруживаются стафилококки, пневмококки, диплококки, стрептококки. Кишечная палочка, анаэробная микрофлора. Основным путем проникновения инфекции в железу считается стоматологический, помимо него распространение возбудителя может происходить лимфогенно (в толще околоушной слюнной железы и под ее капсулой расположены лимфатические узлы), гематогенно (при сепсисе), контактно (распространение инфекции на паренхиму железы при абсцессах и флегмонах околоушно — жевательной области). [1, 5]

Ложный паротит Герценберга представляет собой воспаление лимфатических узлов, расположенных в толще ОУСЖ и ОУО. Клиника лимфаденита (в начальных стадиях) имитирует клиническую картину острого паротита. Причинами являются конъюнктивиты, инфекционные поражения кожи лица, периодонтиты. [5]

Хронический рецидивирующий паротит, хронический возвратный паротит, хронический сиалэктатический паротит, интермиттирующий возвратный гнойный паротит, кистозный паротит, кистозная дисплазия, вторичный инфицированный сиалоз, дуктулярный паротит, возвратный бактериальный паротит, паротит Пейна - синонимы хронического неспецифического паренхиматозного сиалоаденита, заболевания с недостаточно изученными этиологией и патогенезом. Есть сведения о врожденном происхождении заболевания. Многие авторы предполагают, что паренхиматозный паротит развивается вследствие врожденных изменений концевых отделов железы и дисплазии ее ткани с образованием полостей, которые способствуют ретенции слюны, нарушению ее оттока, приводя к проникновению инфекции полости рта (микрофлора носоглотки, миндалин, кариозных зубов) через околоушный проток и развитию сиалоаденита. Обследования детей позволило выявить скрыто протекающие процессы в околоушных слюнных железах, которым не предшествовала острая стадия воспаления. Процесс характеризуется первично-хроническим началом. Возможно, начало заболевания провоцирует воспаление лимфатических узлов, пенетрированных в дольки железы. Микрофлора, находящаяся в протоках околоушных желез, в этиологии

паратита играет второстепенную роль, но определяет активность течения процесса. Главную роль в развитии паренхиматозного паротита играет угнетение факторов неспецифической защиты организма. [1, 3, 9]

### **1.3 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояния) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

K11.2 Сиалоаденит

### **1.4 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

При остром воспалении возможна классификация по характеру воспаления в железе: различают катаральную (серозную), гнойную, гангренозную (гнойно — некротическую) формы заболевания. Катаральная форма может быстро перейти в гнойную. Гангренозная развивается при наличии анаэробной микрофлоры и несвоевременно оказав помощи ребенку. [5]

При хроническом воспалении в настоящее время выделяют три формы сиалоаденита по преимущественному поражению различных анатомических отделов слюнной железы: интерстицию - интерстициальный сиалоаденит, паренхимы - паренхиматозный сиалоаденит, системы выводных протоков - сиалодохит (протоковый сиалоаденит).

В зависимости от степени выраженности патологических симптомов различают начальную, клинически выраженную и позднюю стадии заболевания.

На основании показателей клинического течения и лабораторных данных выделяют активное и неактивное течение хронического сиалоаденита: острое, хроническое и в стадии обострения. [3, 6]

### **1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Паротит новорожденного имеет одностороннее поражение. Клиника вначале типична для катаральной (серозной) формы сиалоденита. При отсутствии лечения быстро наступает гнойное или даже гнойно — некротическое расплавление железы. Болезнь сопровождается выраженной интоксикацией.

Клинические проявления острого неэпидемического (бактериального) сиалоаденита во многом зависят от причин, вызывающих заболевание. Если

сиалоаденит возник от местных причин на фоне общего здоровья ребенка, то течение заболевания относительно спокойное. Очень тяжело протекает острый сиалоаденит, развившийся как осложнение тяжелого общего заболевания или в ответ на операцию в брюшной полости.

Местная клиническая картина острого катарального (серозного) сиалоаденита характерна для инфекционно — воспалительного заболевания и усугубляется сопутствующими (причинными) заболеваниями. Чаще всего поражается одна околоушная железа, но при наличии общей тяжелой патологии возможно и двустороннее поражение.. Заболевание начинается остро. У детей появляются боли в околоушной области, сухость в полости рта, повышается температура тела.

При переходе катаральной формы в гнойную состояние ребенка ухудшается. Помимо высокой температуры появляются головная боль и резкая болезненность в области пораженной железы, иррадиирующая в ухо, висок, глаз.

Воспалительный процесс при прогрессировании заболевания может перейти в гнойно — некротическую (гангренозную) форму сиалоаденита с местной клиникой тяжелой флегмоны ОУЖО (отек, инфильтрация, флюктуация, гиперемия). [5]

Особенность хронического неспецифического паренхиматозного паротита заключается в длительности и цикличности течения, от этих двух факторов зависит состояние паренхимы и стромы железы - степень выраженности деструктивных и склеротических изменений. Заболевание чаще проявляется у детей 3-8 лет, но встречается и в более раннем возрасте. Обострения могут возникать 6-8 раз в год и сопровождаются подъемом температуры тела, ухудшением общего состояния, появлением боли и припухлости в области околоушных слюнных желез с одной или двух сторон, чаще страдает нижнезадняя часть СЖ. Отмечается поражение чаще обеих околоушных желез. При выраженном воспалении наблюдается гиперемия и напряжение кожи околоушно-жевательной области. При пальпации прощупывается увеличенная, болезненная или слабо болезненная, плотная, бугристая железа. При массировании области околоушной железы из слюнного протока выделяется вязкая, желеобразная слюна с примесью гноя или сгустков фибрина. В острый период отделяемое из околоушного протока может отсутствовать.

Различают три клинико-рентгенологические стадии заболевания: начальную, клинически выраженную и позднюю. В каждой стадии выделяют периоды обострения и ремиссии.

В начальной стадии заболевание характеризуется бессимптомным течением. Обычно паренхиматозный паротит обнаруживается случайно при обследовании больного или первичном обострении процесса. Изменений в области ОСЖ в период ремиссии не наблюдают. Из протоков околоушных желез выделяется обычное количество прозрачного секрета.

В клинически выраженной стадии больных беспокоят солоноватое выделение из протоков, чувство тяжести в области железы. Иногда железы увеличены, при этом припухлость имеет упруго-эластическую консистенцию. В отдельных участках прощупывают болезненное уплотнение. Из протоков выделяется секрет с примесью слизистых комочков, иногда гнойных включений, или же секрет бывает прозрачный, умеренно вязкий.

В поздней стадии заболевания пациентов постоянно беспокоят припухлость в области пораженной железы, чувство тяжести или небольшая болезненность в околоушных областях, выделение неприятной гнойной слюны, иногда чувство сухости полости рта. Припухлость бывает бугристой, безболезненной и может располагаться в пределах анатомических границ околоушной железы. Кожа, покрывающая припухлость, иногда истончена и может иметь рубцы от ранее произведенных разрезов по поводу абсцедирования при обострении паротита. У некоторых больных, несмотря на позднюю стадию процесса, железа в период ремиссии остается неизменной.

При определении стадии заболевания учитывают характер рентгенологических изменений в структуре железы, выявляемый при контрастировании обеих желез с последующим рентгенологическим исследованием.

В каждой стадии различают клинически активное и неактивное течение. При активном течении процесса четко проявляются все признаки обострения хронического паренхиматозного паротита, которое выражено воспалительной реакцией околоушной слюнной железы с общими симптомами воспаления. Осмотр полости рта позволяет выявить отечность слизистой оболочки щеки и зияние устья выводного протока, из которого выявляется густая вязкая слюна с примесью гнойных хлопьев или фибриновых сгустков. Картина периферической крови свидетельствует об остром

воспалении. Продолжительность обострения в железе при активном течении заболевания составляет от 2-3 недель до 2 месяцев. Наблюдается 4-8 обострений в год. При неактивном течение обострение хронического паренхиматозного паротита протекает без выраженных местных и общих симптомов воспаления, в год происходит 1-3 обострения. Чем меньше возраст ребенка, тем активнее протекает заболевание.

В период ремиссии ОСЖ, как правило, не пальпируется или может оставаться увеличенной. При массировании железы их околоушного протока выделяется секрет, который может быть прозрачным или иметь хлопьевидные включения. [3]

## **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

Главная задача при диагностике заключается в выявлении клинических признаков хронического неспецифического паренхиматозного паротита, определении степени тяжести и выбора соответствующего метода лечения.

Для диагностики различных заболеваний и повреждений слюнных желез используют общие, частные и специальные методы обследования.

К общим методам относят те, которые применяют при обследовании всех больных (сбор анамнеза, опрос, клинический осмотр). При опросе необходимо выяснить наличие сухости полости рта, болезненности или припухания в области слюнных желез, связанных с приемом пищи. Осмотр и пальпация позволяют оценить состояние кожных покровов в области слюнных желез, слизистой оболочки в области устьев выводных протоков, наличие припухлости в области слюнной железы и ее выводного протока, консистенцию и подвижность железы, характер и количество выделяющегося секрета.

К частным методам относят зондирование выводных протоков, рентгенографию области слюнных желез, исследование секреторной функции, качественный анализ слюны (исследование ее физико-химических свойств), цитологическое исследование мазков слюнного секрета, сиалографию, пантамосиалографию.

Контрастную рентгенографию проводят после купирования воспалительных процессов ( в стадии ремиссии). Из методик рентгенографии с контрастированием при первичном обследовании ребенка наиболее информативна ортопантомография, позволяющая исследовать одновременно две железы. Существуют патогномичные

рентгенологические симптомы хронического паротита: расширение основного выводного протока, неравномерное расширение и прерывистость протоков первого и второго порядка, появление округлых полостей диаметром 1-4 мм вместо протоков третьего и четвертого порядка. В зависимости от стадии процесса поражение паренхимы железы прогрессирует, что проявляется расширением околоушного протока, поражением протоков первого, второго, третьего, четвертого, пятого порядка, увеличением полостей.

Для постановки диагноза и оценки эффективности лечения важным остается цитологическое исследование секрета из околоушных слюнных желез в период ремиссии. В каждой из стадий воспалительного процесса можно обнаружить форменные элементы, представленные клетками эпителия и элементами хронического воспаления - клетками лимфоидного ряда.

В последние годы наиболее информативным методом исследования слюнных желез считается УЗИ, позволяющее установить диагноз и стадию заболевания, осуществить контроль на этапах лечения. Эхография особенно показана в детском возрасте, поскольку она неинвазивна, не занимает много времени, не вызывает негативного отношения ребенка к процедуре.

Диагностика сложна при первом обострении заболевания, так как приходится дифференцировать хронический паренхиматозный паротит от лимфаденита и новообразований в этой области, новообразований ветви нижней челюсти. Клиническая характеристика процесса и повторные обострения позволяют исключить эпидемический паротит. Окончательный диагноз устанавливают только после ультразвукового исследования или рентгенологического исследования и цитологического исследования секрета обеих околоушных желез в период ремиссии.

[1,3]

Следует учитывать особенности диагностических мероприятий у детей:

- различный уровень объективности получаемой при расспросе информации от ребенка и третьих лиц (родители по-разному интерпретируют жалобы и анамнез);
- субъективность ощущений ребенка при проведении диагностических тестов;
- различный уровень взаимодействия врача, пациента и родителей;

- невозможность проведения сложных диагностических манипуляций из-за возрастных и психо - эмоциональных особенностей ребенка.[4]

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

### **2.1 Жалобы и анамнез**

#### ***2.1.1 При сборе анамнеза необходимо учитывать:***

- возраст ребенка;
- наличие сопутствующей патологии;
- жалобы пациента;
- давность и динамику заболевания;
- наличие травмы в прошлом и в настоящее время;
- наличие вредных привычек, наличие соматических заболеваний и аллергических реакций (обязательно должна быть заполнена анкета о здоровье ребенка);
- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
- наличие и регулярность индивидуальной гигиены полости рта;
- предыдущие обращения к стоматологу – как вел себя ребенок, как и в каком объеме проводилось лечение, применялось ли ранее местное обезболивание;
- наличие или отсутствие дебюта заболевания в прошлом. [4]

При паротите новорожденного родители ребенка будут отмечать появление отека в ОУЖО, ухудшение самочувствия ребенка (слабость, плаксивость, повышение температуры тела, отказ от еды).

При остром серозном паротите пациенты жалуются на боль в ОУО, усиливающиеся во время еды, сухость в полости рта, повышение температуры тела, родители отмечают нарушение сна. [5, 8]

При остром воспалении поднижнечелюстной слюнной железы припухлость возникает в поднижнечелюстной области. Изменения со стороны кожи не выражены. [8]

При остром гнойном паротите ребенок будет жаловаться на сухость в полости рта, снижение слуха на стороне поражения (из — за сужения наружного слухового прохода), шум в ушах.

При гнойно — некротической форме паротита открывание рта резко болезненно, изо рта ощущается гнилостный запах. Имеются затруднения и боль при глотании. [5]

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

### 2.2 Физикальное обследование

Медицинские услуги для физикального обследования в соответствии с номенклатурой медицинских услуг представлены в Приложении А3.2 (табл. 1).

При осмотре младенца с паротитом сначала выявляют плотные, разлитые воспалительные инфильтраты с одной или с двух сторон в ОУЖО, Железа уплотнена, болезненна при пальпации, устье выводного протока расширено. Через 2 — 3 дня наступает гнойное или гнойно — некротическое расплавление железы, при пальпации определяется флюктуация. Из протоков слюнной железы появляются гнойные выделения. [7]

При осмотре ребенка с острым серозным паротитом выявляется асимметрия лица за счет увеличения железы в объеме. Кожа над железой отечна, но в цвете не изменена. При пальпации железы определяется болезненность, особенно над вырезкой нижней челюсти, у мочки уха и верхушки сосцевидного отростка. Устье стенова протока зияет, слизистая вокруг него гиперимирована. При массаже железы из ее протока выделяется небольшое количество густой, вязкой и мутной слюны.

При осмотре пациента с гнойным паротитом выявляется выраженная асимметрия лица за счет наличия инфильтрата в околоушно — жевательной области. Кожа в области инфильтрата отечна, гиперимирована, лоснится. В складку не собирается. Пальпация железы резко болезненна. Мочка уха приподнята. Открывание рта ограничено и сопровождается усилением боли. Слизистая оболочка вокруг устья выводного протока железы отечна и гиперимирована. При массаже железы из него выделяется скудное количество гноя.

При массаже железы пациента с гнойно — некротической формой сиалоаденита отделяемого из протока получить не удастся. Температур тела повышается до 40 — 41 °С. Субфебрильная температура (на фоне данной клиники) является плохим прогностическим признаком. Общее состояние пациента оценивается как тяжелое или крайне тяжелое. Острый гнойно — некротический сиалоаденит может сопровождаться серьезными осложнениями (отит, медиастенит, тромбофлебит).

Получение при массировании железы чистой слюны в достаточном количестве и обнаружение «причинного» заболевания позволяют диагностировать паротит Герценберга (ложный паротит) и исключить острый неэпидемический сиалоаденит. [5]

При остром воспалении поднижнечелюстной слюнной железы железа увеличивается в размерах, пальпируется в виде плотного, болезненного образования. Устье поднижнечелюстного (вартонова) протока расширено, гиперимировано. Слюноотделение нарушено. При массаже выделяется мутная слюна. Иногда с гноем. [8]

При физикальном обследовании оценивается состояние кожных покровов в области слюнных желез, слизистой оболочки в области устьев выводных протоков, наличие припухлости в области слюнной железы и ее выводного протока, консистенцию и подвижность железы, характер и количество выделяющегося секрета. В зависимости от клинической картины выбирают метод лечения.

#### 1. Внешний осмотр

- возможно нарушение конфигурации лица за счет припухлости околоушно-жевательной области;
- при выраженном воспалении - гиперемия и напряжение кожи над железой

#### 2. Внутриворотное обследование

- осмотр слизистой оболочки губ, преддверия и полости рта, слизистой оболочки в области устьев выводных протоков, характер и количество выделяющегося секрета;
- изменение коронковых частей зубов (изменение цвета зуба, наличие отлома коронки, трещины в твердых тканях, положение зуба в зубном ряду);
- обнаружение и исследование кариозной полости (расположение, глубина, наличие сообщения с полостью зуба, болезненность при зондировании, наличие грануляционной ткани);
- оценка состояния всех имеющихся зубов, особенно зубов фронтального отдела (при осмотре зуба выявляется перелом коронки различной степени, изменение положения зуба в зубном ряду, что говорит о перенесенной травме).

Целенаправленно выявляют:

- неадекватное психоэмоциональное состояние пациента перед лечением;
- острые поражения слизистой оболочки рта и красной каймы губ;
- острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;
- заболевания тканей пародонта в стадии обострения;
- неудовлетворительное гигиеническое состояние рта;
- отказ от лечения. [4]

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

### **2.3 Лабораторные диагностические исследования**

При остром серозном сиалоадените в крови — умеренный лейкоцитоз и увеличение СОЭ.

При остром гнойном паротите в гемограмме определяется лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ, в моче — белок. [5]

Для выявления хронического неспецифического паренхиматозного сиалоаденита проводят цитологическое исследование секрета. В начальной клинко-рентгенологической стадии обнаруживает клетки эпителия и лимфоидного ряда; реже встречаются сегментоядерные нейтрофилы, гистиоцитарные клетки, цилиндрический и кубический эпителий. В поздней стадии возрастает количество клеток гистиоцитарного ряда, цилиндрического и кубического эпителия, появляются бокаловидные клетки. [3]

### **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

Для оценки состояния слюнных желез проводится:

- рентгенологическое исследование обеих СЖ с контрастированием (только в стадии ремиссии);
- эхографическое исследование СЖ и протоков как в период обострения, так и в период ремиссии;
- термовизиография в боковой проекции;
- МР-томографию по отдельным показаниям [3]

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

### **2.5 Другие диагностические исследования**

### ***2.5.1. фото- и видеосъемка с помощью внутриротовой видеокамеры***

Позволяет обнаружить, оценить патологические изменения слизистой оболочки полости рта, области выводных протоков больших слюнных желез, визуализировать результаты исследования на экране, обсудить их с пациентом и его представителями, произвести фотографирование непосредственно в полости рта.

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

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

Основная задача врача на первом этапе лечения — определить причину сотрого неэпидемического паротита, объективно оценить общее состояние ребенка и местный статус. Тактика лечения зависит от клинической формы заболевания и его осложнений, большое значение придается лечению «причинного» заболевания. [5]

При паротите новорожденного в первые дни заболевания показано интенсивное консервативное лечение (дезинтоксикационная, симптоматическая, антибактериальная терапия). Мазевые и спирто — масляные компрессы на область железы. При гнойном расплавлении железы и абсцедировании показано наружное хирургическое вскрытие очага. [7]

На стадии катарального (серозного) воспаления комплекс лечебных мероприятий направлен на прекращение воспалительных явлений и восстановление слюноотделения. Для нормализации слюноотделения применяют промывание железы через выводной проток растворами антисептиков, антибиотиков с местными анестетиками, растворами ферментов. После этого осуществляют ее легкий массаж, назначают слюногонную диету. Назначают физиотерапию (сухое тепло, УВЧ, УФО, магнито — и лазеротерапию).

При нарастании воспаления, появлении гноя из протока железы, добавляют антибактериальную, гипосенсибилизирующую терапию. Антибиотики назначают в зависимости от чувствительности микрофлоры, для чего берут на посев отделяемое из выводного протока железы.

При гнойном расплавлении железы в стационаре проводят оперативное вмешательство, обеспечивающее дренирование гнойного очага воспаления.

Дополнительно необходимо дренирование железы через главный выводной проток путем промывания его растворами антисептиков, антибиотиков. Вводят антибактериальную, гипосенсибилизирующую терапию. После операции назначают физиотерапию: УФО, УВЧ.

При гангренозном (гнойно — некротическом) сиалоадените, сопровождающемся некрозом обширных участков или всей железы, показано срочное вскрытие капсулы железы несколькими разрезами. После операции рану орашают антисептиками, дренируют турундами с гипертоническим раствором. Особенность течения процесса при некрозе слюнной железы — длительность отторжения некротических участков паренхимы (2 — 3 недели). При данной форме заболевания эффективным методом комплексного лечения является гипербарическая оксигенация. С учетом тяжелого или крайне тяжелого (септического) состояния ребенка. Помимо хирургического вмешательства, показана интенсивная терапия в условиях отделения интенсивной терапии и реабилитации. [5]

Лечение детей с хроническим паренхиматозным паротитом сопряжено с трудностями ввиду отсутствия четких представлений об этиологии и патогенезе заболевания. Проводят комплексную симптоматическую терапию с патогенетической направленностью:

- комплексное медикаментозное лечение в период обострения, включающее антибактериальные и противовоспалительные мероприятия;
- воздействие на патологический процесс в слюнной железе, направленное на улучшение трофики ее тканей, повышение функции, предупреждение обострения заболевания (комплекс лечебных мероприятий проводят по разработанной схеме в зависимости от периода воспалительного процесса: обострения или ремиссии);
- в период ремиссии - коррекция нарушенного иммунитета (повышение неспецифической резистентности организма), особенно весной и осенью;
- снижение токсического воздействия на организм системных заболеваний, характерных для каждой формы хронического сиалоаденита;
- хирургическое лечение при неэффективности консервативного лечения.

Учитывая продолжительность заболевания, тенденцию к прогрессированию патологических изменений в паренхиме желез и необходимость профилактической терапии в период ремиссии, необходимо наблюдение и лечение детей в процессе

диспансеризации. Вследствие врожденных изменений в слюнных железах рассчитывать на полное выздоровление не приходится, поэтому за выздоровление принимают условное состояние, при котором слюнные железы не беспокоят пациента более 3 лет. Если период ремиссии составляет от года до 3 лет, то такое состояние оценивают как “улучшение”, если ремиссия продолжается да года, то состояние больного оценивают как “без перемен”. [3]

### **3.1 Комплексное медикаментозное лечение**

В период обострения процесса проводят антибактериальное и противовоспалительное медикаментозное лечение. В первые 7 дней, когда воспалительные явления нарастают, целесообразна терапия с рациональным применением антибиотиков широкого спектра действия, десенсибилизирующих и дегидратирующих препаратов. Противовоспалительную терапию необходимо проводить на фоне щадящей, не слюногонной диеты.

При наличии гнойного отделяемого из околоушного протока или выделения секрета с примесью гноя ежедневно делают инстилляцию растворов ферментов (трипсин, химотрипсин), используя их способность расщеплять при местном воздействии фибриновые образования, разжижать вязкий секрет, оказывать противовоспалительное, дегидратационное, антикоагуляционное и антисептическое действие, повышать фагоцитарную функцию лейкоцитов, стимулировать процессы репарации. Сначала проводят инстилляцию - в проток вводят раствор ферментов (химотрипсин, трипсин), далее раствор антисептиков (0,05% хлоргексидин, мирамистин), около 1 мл раствора антибиотиков (50000 ЕД пенициллина и 100000 ЕД стрептомицина в 2 мл 0,5: раствора новокаина) и, массируя железу, освобождают протоки от содержимого. Такое введение в протоки повторяют несколько раз до тех пор, пока не будут отмыты все слизисто-гнойные массы. Такое лечение повторяют ежедневно до полного прекращения гнойных выделений из протоков.

Медикаментозное лечение сочетают с воздействием физических факторов (УВЧ-терапия, флюктуоризация, лазерное облучение и др.) и ГБО. Местно применяют также мазевые компрессы (мазь Вишневского, Левомеколь) и компрессы с 30-50% раствором диметилсульфоксида (димексида). Диметилсульфоксид улучшает тканевую микроциркуляцию, оказывает анальгезирующее и бактериостатическое действие, способствует проведению лекарственных веществ через кожу. При лечении воспалительные явления быстро купируются: ликвидируются припухлость и боль, усиливается саливация, но в слюне сохраняются примеси, в связи с чем этот период (с

8-го по 14-й день) целесообразно назначить слюногонную диету, медикаментозные препараты, усиливающие секрецию слюнных желез, физиотерапевтические процедуры, такие как УВЧ-терапия, которая приводит к расширению сосудов, активации крово- и лимфообразования, обладает противовоспалительным действием, увеличивает регенерацию поврежденных тканей, снижает спазм сосудов и устраняет боль. [1,2,3]

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

### **3.2 Лечение, направленное на предупреждение обострения заболевания**

1. Больным с хроническими паренхиматозными сиалоаденитами с лечебной целью периодически, раз в 3-4 месяца, проводят наливку йодиполом. Это вещество, задерживаясь в полостях, образовавшихся в паренхиме железы, препятствует возникновению обострения процесса, а постепенно отщепляющийся йод замедляет процесс склерозирования железы.
2. Широко известным методом лечения сиалоаденитов является применение йодистого калия. Он обладает антисептическим действием, увеличивает саливацию. Курс рассчитан от 14 до 30 дней по 1 столовой ложке 3 раза в день после еды (желательно запивать молоком, чтобы снизить риск раздражения ЖКТ), через 3-4 месяца курс лечения следует повторить. Йодид калия необходимо назначать детям в разной дозировке в зависимости от их возрастной группы: до 3 лет - 0,25%; от 3-7 лет - 0,5%; с 7-10 лет - 1%; с 10-15 лет - 2%. При появлении симптомов йодизма (насморк, слезотечение, кожные высыпания) следует уменьшить концентрацию раствора, а если симптомы осложнения не исчезают - совсем прекратить лечение йодистым калием. [1,2]

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

### **3.3 Лечение, направленное на коррекцию нарушенного иммунитета**

В период ремиссии рекомендовано систематическое проведение комплексного лечения (2-4 курса в год), включающего общеукрепляющую терапию - витамины, иммуноактивные препараты, гипосенсибилизирующие средства, физиотерапевтические процедуры, закаливание организма, санацию очагов хронических инфекций. [2]

### **3.4 Лечение, направленное на снижение токсического воздействия на организм системных заболеваний**

С этой целью необходимо больных сиалоаденитом направлять к профильным специалистам для лечения сопутствующих заболеваний. Особое внимание следует обращать на заболевания пищеварительной системы и эндокринных органов. [1]

### **3.5 Хирургическое лечение**

Хирургические методы применяют редко и проводят при неэффективности методов консервативного лечения, частых обострениях воспалительного процесса (от 6 до 10 раз в год), сопровождающихся нагноением железы, при значительном нарушении функции слюнной железы, наличии стриктуры и атрезии околоушного или поднижнечелюстного протока.

В зависимости от патологического процесса применяют различные хирургические методы: бужирование околоушного или поднижнечелюстного протока; операция по созданию нового устья протока по методу В.В. Афанасьева и В.С. Стародубцева (1994); субтотальную или тотальную резекцию околоушной слюнной железы с сохранением ветвей лицевого нерва; перевязку околоушного протока.[3]

## **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 период ремиссии рекомендуется систематическое проведение комплексного лечения (2-4 курса в год), включающего общеукрепляющую терапию: витамины, иммуноактивные препараты, гипосенсибилизирующие средства, физиотерапевтические процедуры, закаливание организма, санацию очагов хронических инфекций в полости рта и ЛОР - органах. [2, 10]

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

### **5.1 Профилактика**

К основным лечебно-реабилитационным мероприятиям при хронических воспалительных заболеваниях слюнных желез относят: физические методы лечения;

средства, стимулирующие белковый обмен и неспецифическую иммунологическую реактивность организма; ГБО; систематическая санация полости рта, зева, носоглотки, придаточных пазух носа; режим дня и диета с включением витаминизированной пищи (плоды шиповника, капуста, лимоны, апельсины, фрукты, ягоды, печень, мозг, геркулес, гречиха, хлеб грубого помола, мясные и молочные продукты, яйца, рыба) и продуктов, способствующих слюноотделению (кислые свежие фрукты, овощи); общее закаливание организма: водные процедуры - обтирания, обливания, купание в реке и море, плавание в бассейне, положительная эмоциональная настроенность ребенка. [2, 11]

## **5.2 Диспансеризация**

Дети с хроническими воспалительными заболеваниями слюнных желез должны быть поставлены на диспансерный учет и осмотр их должен осуществляться хирургом-стоматологом вне обострения - 1 раз в 3-4 месяца в течение первого года; на втором году - 1 раз в 6 месяцев; а также необходим осмотр детским стоматологом 1 раз в 6 месяцев. Рекомендовано наблюдение смежными специалистами: педиатр, оториноларинголог, иммунолог, реабилитолог.

Особенности ЧЛЮ, требующие фиксации в медицинской документации: размеры, плотность, подвижность, болезненность слюнных желез, состояние выводного протока слюнной железы, объем и характер выделяемой слюны; состояние регионального лимфатического аппарата зубов и слизистой оболочки полости рта, ЛОР-органов.

К дополнительным методом исследования, необходимым к проведению в рамках плановой диспансеризации: рентгенография слюнных желез 1 раз в 6 месяцев на первом году; УЗИ, цитологическое исследование слюны по показаниям; клинические анализы крови и мочи, иммунограмма.

Критериями эффективности диспансеризации и поводом для снятия учета служат: в связи с тенденцией к прогрессированию патологических изменений в паренхиме желез и необходимостью проведения профилактической терапии в период ремиссии, пациента не снимают с учета до 18 лет, наблюдение осуществляется до передачи в поликлинику для взрослых. При отсутствии обострения процесса можно изменить кратность наблюдения до 1 раза в год. [2]

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

## **6. Организация медицинской помощи**

Вид медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь.

Условия оказания медицинской помощи: в условиях стационара, амбулаторно.

Выбор комплекса лечения зависит от формы, стадии хронического сиалоаденита, и активности процесса. Особенно важна при лечении больных сиалоаденитами профилактическая направленность: диспансерное обслуживание и организация специализированных лечебно-диагностических центров.

При оказании специализированной помощи больным с воспалительными заболеваниями слюнных желез на первый план выступают взаимодействие и преемственность между врачами-стоматологами районного звена и врачами консультативно-диагностических центров по заболеваниям слюнных желез.

Место проведения лечебных мероприятий определяется тяжестью течения сиалоаденита, комплексом лечебных методов, которые осуществляют как в условиях стационара, так и поликлиники в зависимости от объема хирургических и терапевтических мероприятий, а также социально-бытовых условий больного.

В целом “выздоровление” у больных хроническим сиалоаденитом наступает в среднем у 36% пациентов, “улучшение” - у 53%, состояние “без перемен” - у 9%, “ухудшение” - у 2% больных. Это подтверждает значительные трудности, встречающиеся при лечении данной категории пациентов, обусловленные этиологическими и патогенетическими факторами. В связи с этим при лечении больных хроническим сиалоаденитом необходимо считать особенно важной профилактическую направленность: диспансерное обслуживание и организацию специализированных лечебно-диагностических центров. [3]

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

### **Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации**

После введения пациента в период ремиссии, необходимо проведение профилактических и реабилитационных мероприятий, которые включают в себя:

- применение медикаментов, повышающих неспецифическую резистентность организма: натрия нуклеинат, иммунал (при активном течении по 4 курса в год), поливитамины (по 2 курса в год);

- введение в стенонов проток йодолипола (при активном течении - через 2-3 месяца в течение года, при неактивном течении - 1 раз в 6-12 месяцев);
- лечение физическими факторами - электрофорез галантамина, калия йодида 6%, токи УВЧ, магнитолазеротерапия (при активном течении - 3-4 курса в год, при неактивном - 2 курса в год);
- санация очагов хронической инфекции полости рта и носоглотки
- общеукрепляющее лечение: коррекция режима дня и питания
- закаливание организма
- положительная эмоциональная настроенность ребенка

Учитывая продолжительность заболевания, тенденцию к прогрессированию патологических изменений в паренхиме желез и проведение профилактической терапии в период ремиссии, необходимы наблюдение и лечение детей в системе диспансеризации, что приводит к сокращению частоты обострений и в дальнейшем к клиническому выздоровлению ребенка, хотя рентгенологически и эхографически репродуктивных изменений в СЖ выявить не удастся. [1]

### **Критерии оценки качества медицинской помощи**

Группа заболеваний или состояний: хронические воспалительные заболевания слюнных желез

Код/коды по МКБ-10: K11.02

Формы, виды и условия оказания медицинской помощи:

- обращение в поликлинику с целью консультации;
- плановое консервативное лечение хронического неспецифического паренхиматозного паротита в поликлинике;
- лечение в условиях стационара при неэффективности амбулаторного ведения пациента с возникновением осложнений и в случае активной формы заболевания с частыми обострениями.

№	Критерии качества	Оценка выполнения	
1.	<b>Событийные (смысловые, содержательные, процессуальные) критерии качества</b>		
1.1	<u>Проводилось ли при постановке диагноза:</u>		
1.1.1	жалобы	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

1.1.2	сбор анамнеза заболевания	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.1.3	анамнез жизни и перенесенные заболевания	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.1.4	оценка местных изменений	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.1.5	клинические анализы крови и мочи	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.1.6	определение иммунного статуса	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.1.7	эхографическое исследование СЖ	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.1.8	сиалография (по специальным показаниям)	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.1.9	ортопантомсиалография	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.1.10	термовизиография	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.1.11	МР-томография (по отдельным показаниям)	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.1.12	цитологическое исследование секрета	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.2	<u>Проводилось ли в ходе лечебных мероприятий:</u>		
1.2.1	антибактериальная терапия с использованием антисептиков	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.2.2	противовоспалительная терапия	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.2.3	гипосенсибилизирующая терапия	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.2.4	терапия, повышающая неспецифическую резистентность организма, общеукрепляющее лечение	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.2.5	инстилляция протоков	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.2.6	лечение физическими факторами	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.2.7	профилактика обострения воспалительного процесса	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
<b>2.</b>	<b>Временные критерии качества</b>		
2.1	ремиссия более 3 лет - "выздоровление"	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
2.2	ремиссия от года до 3 лет - "улучшение"	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
2.3	ремиссия до года - "без перемен"	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
<b>3.</b>	<b>Результативные критерии качества</b>		
3.1	отсутствие подъемов температуры тела и ухудшения общего состояния организма ребенка, связанных с воспалением слюнных желез	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

3.2	отсутствие боли и припухлости в области слюнных желез	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
3.3	отсутствие гиперемии и напряжения кожи над железой	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
3.4	отсутствие патологических выделений из протоков СЖ	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
<b>4.</b>	<b>Дополнительные критерии</b>		
4.1	Правильность и полнота заполнения медицинской документации	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4.2	Отсутствие осложнений после проведения медикаментозного лечения	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4.3	Отсутствие осложнений основного заболевания в виде нагноения железы, значительного нарушения функции СЖ, наличия стриктуры и и атрезии протока СЖ	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4.4	Отсутствие ухудшения общесоматического состояния ребенка	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4.5	Отсутствие послеоперационного рубца, либо его минимальный размер в случае необходимости проведения хирургического лечения	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4.6	Наличие рекомендаций о профилактике обострения воспалительных заболеваний слюнных желез	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

### Список литературы

1. Дьякова С.В., Топольницкий О.З., Елизарова В.М. Стоматология детская. Хирургия. - Москва: Медицина, 2009; с.87, 162-170.
2. Топольницкий О.З., Вашкевич В.П., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста в трех частях. Часть 2. Хирургия. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016; с.131-140, 304-305.
3. Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010; с.427-431, 447-448.
4. Янушевич О. О., Кисельникова Л. П., Топольницкий О. З. Детская стоматология: учебник – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2020; 744 с.
5. Корсак А. К. Детская хирургическая стоматология. - Минск:Вышэйшая школа, 2013; 527 с.

6. Рогинский В. В. Воспалительные заболевания в челюстно — лицевой области у детей. - М.: Детстомиздат, 1998; 272 с.
7. Зеленский В. А., Мухорамов Ф. С. Детская хирургическая стоматология и челюстно — лицевая хирургия. - М.: ГЕОТАР — Медиа, 2008; 208 с.
8. Виноградова Т. Ф. Стоматология детского возраста. М.: Медицина, 1987; 528 с.
9. Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология. - М.: Медицина, 2003; 504 с.
10. Харьков Л. В., Яковенко Л. Н., Чехова И. Л. Хирургическая стоматология и челюстно — лицевая хирургия детского возраста. - М.: Книга плюс, 2005; 470 с.
11. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно — лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Киев: Червона Рута — Турс, 2012; 1010 с.
12. Железный П. А., Колыбекин М. В., Изюмов А. О. Характеристика одонтогенных и неодонтогенных воспалительных процессов челюстно — лицевой области в детском возрасте// Институт стоматологии — №2 (79) — 2018 с. 63 — 65.

### **Приложение А1. Состав рабочей группы**

**Першина Александра Николаевна** - штатный врач отделения хирургической стоматологии (детского), врач хирург - стоматолог;

**Топольницкий Орест Зиновьевич** - д. м. н., профессор, заслуженный врач России, заведующий кафедрой ДЧЛХ МГМСУ им. А. И. Евдокимова, врач челюстно - лицевой хирург;

**Черняев Сергей Евгеньевич** - к. м. н., заведующий отделением хирургической стоматологии (детского), врач хирург - стоматолог;

**Гургенадзе Анна Панаевна** - к. м. н., доцент, заведующая учебной частью кафедры ДЧЛХ МГМСУ им. А. И. Евдокимова

Конфликт интересов: отсутствует.

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

### Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- Врачи-стоматологи общей практики
- Врачи-стоматологи-терапевты
- Врачи - стоматологи - хирурги
- Врачи — челюстно — лицевые хирурги

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

<u>УДД</u>	<u>Расшифровка</u>
<u>1.</u>	<u>Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета — анализа</u>
<u>2.</u>	<u>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</u>
<u>3.</u>	<u>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</u>
<u>4.</u>	<u>Несравнительные исследования, описание клинического случая</u>
<u>5.</u>	<u>Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов</u>

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

<u>УДД</u>	<u>Расшифровка</u>
<u>1.</u>	<u>Систематические обзоры рандомизированных клинических исследований с применением мета — анализа</u>
<u>2.</u>	<u>Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета — анализа</u>

<u>3.</u>	<u>Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования</u>
<u>4.</u>	<u>Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай — контроль»</u>
<u>5.</u>	<u>Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов</u>

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

<u>УРР</u>	<u>Расшифровка</u>
<u>A</u>	<u>Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными. Все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются обоснованными)</u>
<u>B</u>	<u>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)</u>
<u>C</u>	<u>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)</u>

### **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 утвержденным 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, инструкций по применению лекарственного препарата:**

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2003 г. №620 «Об утверждении протоколов «Ведения детей, страдающих стоматологическими заболеваниями».

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 ноября 2012 г. №910н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями».

**Приложение А3.1. Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении протокола  
Приложение к медицинской карте №**

Пациент

---

ФИО

---

получая разъяснения по поводу диагноза сиалоденит, получив информацию:  
об особенностях течения заболевания

---

вероятной длительности лечения

---

о вероятном прогнозе

---

Пациенту предложен план обследования и лечения, включающий

---

Пациенту предложено оперативное вмешательство  
по методике

---

Примерная стоимость лечения составляет около

---

Пациенту известен преискурант, принятый в клинике.

Таким образом, пациент получил разъяснения о цели лечения и информацию о планируемых методах диагностики и лечения.

Пациент извещен о необходимости подготовки к лечению:

---

Пациент извещен о необходимости в ходе лечения

---

получил указания и рекомендации по уходу за полостью рта.

Пациент извещен, что несоблюдение им рекомендаций врача может отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Пациент получил информацию, о типичных осложнениях, связанных с данным заболеванием, с необходимыми диагностическими процедурами и с лечением.

Пациент извещен о вероятном течении заболевания и его осложнениях при отказе от лечения. Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

Пациент получил информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Бесею провел врач \_\_\_\_\_ (подпись врача)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем расписался собственноручно \_\_\_\_\_ (подпись пациента)

или расписался его законный представитель \_\_\_\_\_ (подпись законного представителя)

или

что удостоверяют присутствующие при беседе \_\_\_\_\_ (подпись врача)

\_\_\_\_\_ (подпись свидетеля)

Пациент не согласился с планом лечения (отказался от предложенного вида оперативного вмешательства), в чем расписался собственноручно \_\_\_\_\_ (подпись пациента)

или расписался его законный представитель \_\_\_\_\_

(подпись законного представителя)

или

что удостоверяют присутствующие при беседе \_\_\_\_\_ (подпись  
врача)

\_\_\_\_\_ (подпись  
свидетеля)

Пациент изъявил желание:

- дополнительно к предложенному лечению пройти обследование
- получить дополнительную медицинскую услугу
- вместо предложенной операции получить

Пациент получил информацию об указанном методе обследования/лечения.

Поскольку данный метод обследования/лечения также показан пациенту, он  
внесен в план лечения.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись пациента)

\_\_\_\_\_ (подпись врача)

Поскольку данный метод обследования/лечения не показан пациенту, он не  
внесен в план лечения.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись пациента)

\_\_\_\_\_ (подпись врача)

**Приложение А3.2. Перечень медицинских услуг для диагностики и  
лечения рецессии десны**

(из приказа Министерства Здравоохранения РФ от 13 октября 2017 г. №804 — н «Об  
утверждении номенклатуры медицинских услуг»)

**Таблица 1. Сбор жалоб. Анамнеза, физикальное обследование**

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
V01.064.003	Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога детского первичный
V01.064.004	Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога детского повторный
V04.064.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога детского
V04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога детского
V01.065.007	Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога первичный
V01.065.008	Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога повторный
V04.065.005	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача - стоматолога
V04.065.006	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога
V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога — хирурга первичный
V01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога — хирурга повторный
V01.068.001	Прием (осмотр, консультация) врача — челюстно — лицевого — хирурга первичный
V01.068.002	Прием (осмотр, консультация) врача — челюстно — лицевого — хирурга повторный
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно — лицевой области
A01.07.003	Пальпация органов полости рта

A01.07.006	Пальпация челюстно — лицевой области
------------	--------------------------------------

**Таблица 2. Лабораторная диагностика**

Не применяется

**Таблица 3. Инструментальная диагностика**

<u>Код медицинской услуги</u>	<u>Наименование медицинской услуги</u>
A02.07.001	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда
A02.07.003	Исследование зубодесневых карманов с помощью пародонтологического зонда
A02.07.006	Определение прикуса
A02.07.007	Перкуссия зубов
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов
A06.07.004	Ортопантомография
A06.07.005	Контрастная рентгенография протоков слюнных желез (сиалография)
A04.07.002	Ультразвуковое исследование слюнных желез
A05.30.009	Магнитно-резонансная томография головы
A07.22.003	Сцинтиграфия слюнных желез
A08.16.005	Цитологическое исследование препарата тканей слюнных желез
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений
A06.30.002.001	Описание и интерпретация магнитно-резонансных томограмм

**Таблица 4. Иная диагностика**

<u>Код медицинской услуги</u>	<u>Наименование медицинской услуги</u>
A06.07.005	Контрастная рентгенография протоков слюнных желез (сиалография)
A04.07.002	Ультразвуковое исследование слюнных желез
A06.07.004	Ортопантомография
A05.30.009	Магнитно-резонансная томография головы
A08.16.005	Цитологическое исследование препарата тканей слюнных желез

**Таблица 5. Консервативное лечение**

<u>Код медицинской услуги</u>	<u>Наименование медицинской услуги</u>
A17.30.017	Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (ЭП УВЧ)
A17.30.025	Общая магнитотерапия
A17.30.027	Лазерофорез
A17.30.034	Ультрафонофорез лекарственный
A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях полости рта и зубов

**Таблица 6. Оперативное лечение**

<u>Код медицинской услуги</u>	<u>Наименование медицинской услуги</u>
B01.003.004.004	Аппликационная анестезия

В01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия
А11.07.020	Биопсия слюнной железы
А11.12.002	Катетеризация кубитальной и других периферических вен
А11.12.003	Внутривенное введение лекарственных препаратов
А16.07.067.004	Удаление околоушной слюнной железы с сохранением ветвей лицевого нерва
А15.01.003	Наложение повязки при операции в челюстно — лицевой области
А15.07.002	Наложение повязки при операция в полости рта
А16.30.069	Снятие послеоперационных швов (лигатур)

**Таблица 7. Иное лечение**

<u>Код медицинской услуги</u>	<u>Наименование медицинской услуги</u>
А13.30.007.001	Обучение гигиене полости рта у ребенка
А14.07.008	Обучение гигиене полости рта и зубов индивидуальное, подбор средств и предметов гигиены полости рта
А24.01.003	Применение пузыря со льдом
А25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов
А25.07.002	Назначение диетического питания при заболеваниях полости рта и зубов
А25.07.003	Назначение лечебно — оздоровительного режима при заболеваниях полости рта и зубов

## Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Хронический неспецифический паренхиматозный сиалоаденит

Нозологическая форма: паренхиматозный сиалоаденит

Код по МКБ — 10: K11.02

### 1. Диагностические мероприятия:

- сбор жалоб и анамнеза
- внешний осмотр челюстно — лицевой области
- осмотр полости рта с помощью инструментов
- оценка местных изменений
- клинические анализы крови и мочи
- определением иммунного статуса
- диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации

### 2. Лечение патологии слизистой оболочки преддверия полости рта может включать:

- консервативное лечение (медикаментозная терапия - антибактериальная, противовоспалительная, гипосенсибилизирующая терапии, а также терапия, направленная на повышение неспецифической резистентности организма; терапия физическими факторами; инстиляция в протоки; профилактика обострения воспалительного процесса);
- хирургическое лечение при неэффективности консервативных методик реабилитации пациента (бужирование околоушного или поднижнечелюстного протока; операция по созданию нового устья протока по методу В.В. Афанасьева и В.С. Стародубцева (1994); субтотальную или тотальную резекцию околоушной слюнной железы с сохранением ветвей лицевого нерва; перевязку околоушного протока).

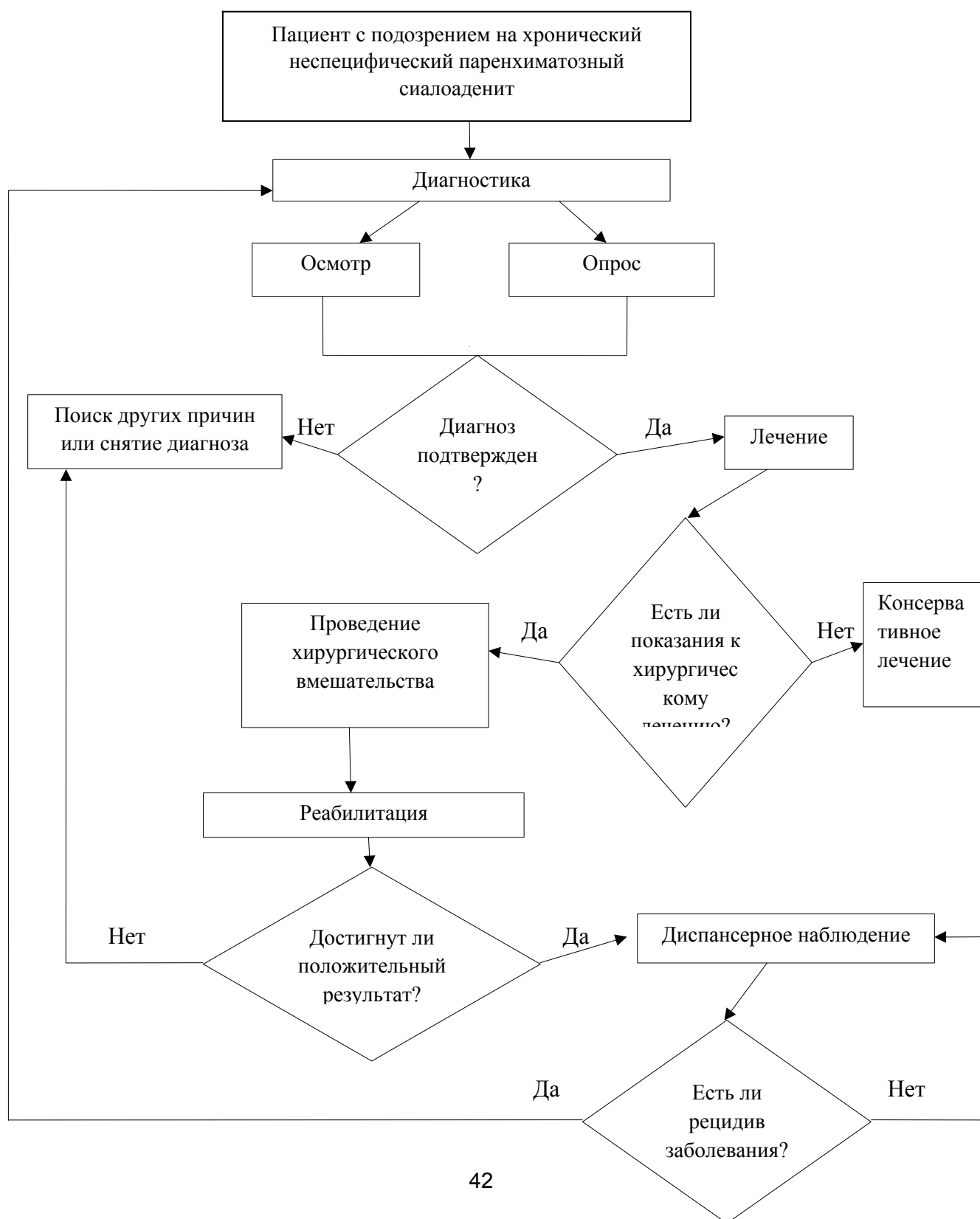
### 3. Рекомендации

Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации:

После введения пациента в период ремиссии, необходимо проведение профилактических и реабилитационных мероприятий, которые включают в себя:

- применение медикаментов, повышающих неспецифическую резистентность организма: натрия нуклеинат, иммунал (при активном течении по 4 курса в год), поливитамины (по 2 курса в год);
- введение в стенозов проток йодолипола (при активном течении - через 2-3 месяца в течение года, при неактивном течении - 1 раз в 6-12 месяцев);

- лечение физическими факторами - электрофорез галантамина, калия йодида 6%, токи УВЧ, магнитолазеротерапия (при активном течении - 3-4 курса в год, при неактивном - 2 курса в год);
- санация очагов хронической инфекции полости рта и носоглотки
- общеукрепляющее лечение: коррекция режима дня и питания
- закаливание организма
- положительная эмоциональная настроенность ребенка



## **Приложение В. Информация для пациента**

### Дополнительная информация для пациента и его законных представителей

- необходимо предупредить родителей ребенка о обязательности соблюдения рекомендаций врача и сроков обращения, а также о специфике заболевания и склонности состояния к рецидивам за счет анатомических особенностей структуры слюнной железы у ребенка, что требует особого внимания к профилактике и реабилитационным мерам, направленным на продление состояния ремиссии.
- необходимости срочного обращения к врачу при наличии признаков ухудшения общего состояния ребенка, симптомов появления, распространения воспалительного процесса и отсутствии положительного результата после оказанной стоматологической помощи;
- после оказания помощи детям рекомендуется соблюдение диеты и коррекция режима труда и отдыха, что является залогом успешности и пролонгирования результатов лечения.
- требования к диетическим назначениям и ограничениям.