

# ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ КОНТАКТНОГО СІАЛОАДЕНІТУ

*Саяпіна Л.М., Рибалов О.В.*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії  
Національного медичного університету імені О. О.Богомольця, м. Київ;  
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

Проблема гнійної інфекції щелепно-лицевої ділянки до теперішнього часу залишається надзвичайно актуальною, однією з центральних проблем хірургічної стоматології. При цьому одним з маловивчених та висвітлених у навчальній та науковій літературі остається питання реакції слинних залоз на запалення тканин щелепно-лицевої ділянки - розвиток контактного сіалоаденіту, його клінічні особливості та методи діагностики. За даними наших досліджень більш, ніж 70% запальних осередків щелепно-лицевої ділянки локалізуються у прилеглих до великих слинних залоз клітковинних просторах.

**Метою** дослідження було вивчення реакції великих слинних залоз на гострий гнійно-запальний процес у прилеглих тканинах. Для цього досліджено 68 хворих на абсцеси та флегмони, що локалізувались у прилеглих до біля вушних та піднижньощелепних слинних залоз клітковинних просторах обличчя. Окрім загальноприйнятих клінічних та лабораторних, додаткових досліджень стану хворих здійснювали сіалометрію, сіалографію, цитологічне дослідження секрету слинних залоз для визначення їх морфо-функціонального стану. Використані методи дослідження проводили при госпіталізації хворих, на 3, 7 та 14 добу лікування. Дані 60 практично здорових осіб прийняли за показники норми.

В залежності від даних клінічних та лабораторних досліджень виділено три ступеня відповідної реакції великих слинних залоз на запальний процес у прилеглих тканинах - легкий, середній та тяжкий.

Легкий ступінь відповіді слинних залоз на запалення прилеглих тканин

констатоване у 16 хворих, ступінь тяжкості основного захворювання яких характеризувався як середній. Секрет слинних залоз цих хворих був каламутний та в'язкий. Кількість ротової рідини складала  $5,2 \pm 0,7$  мл за 10 хв. Під час пальпації визначали м'які, безболісні великі слинні залози без чітких контурів в наслідок набряку прилеглих тканин. Відмічене спазм вустів вивідних протоків, самі вивідні протоки залоз легко зондувались. Секреторна функція залоз неймовірно відрізнялась від показників норми у весь період спостереження. Секрет був прозорий, при його цитологічному дослідженні визначали лусочки та клітини плаского епітелію, не чисельні нейтрофіли. На сіалограммах визначали порушення контрастування протоків V порядку, нерівномірне заповнення основного вивідного протоку.

Середній ступінь відповідної реакції слинних залоз констатоване у 38 хворих, серед яких у 28 хворих страждала привушна залоза, у 10 - піднижньощелепна. У 29 хворих визначали середній ступінь тяжкості основного запального процесу, що розповсюджувався на декілька анатомічних ділянок обличчя, у 9 хворих визначали тяжкий ступінь основного розповсюдженого патологічного процесу у клітковині прилеглих до слинних залоз ділянок. Хворі, окрім основних скарг, відмічали сухість у порожнині рота, в'язку слину. При огляді визначали виразну асиметрію обличчя, щільні, болючі інфільтрати у ділянках локалізації гнійного запалення, гіперемію та напруженість шкіри протягом першого тижня перебування у стаціонарі. Відкривання рота було обмежене до 1,5-2,0 см. Ротова рідина була піняста, каламутна з білим осадом. Слинні залози на боці запалення ледь визначались при пальпації в наслідок виразної інфільтрації прилеглих тканин, були різко болючі. З боку порожнини рота визначали набряк та напруження слизової оболонки щічних та під'язикових ділянок на боці запалення. Вустя вивідних протоків слинних залоз на боці запалення в перші дні були спазмовані, візуальне тяжко визначались. З протоків отримали скудну кількість в'язкого відносно прозорого секрету. Секреторна функція біля вушних залоз складала  $0,2 \pm 0,02$ мл, піднижньощелепних залоз -  $0,4 \pm 0,1$ мл. У мазках секрету залоз визначали оксифільну субстанцію,

дегенеративні нейтрофіли, поодинокі лимфоїдні елементи, клітини циліндричного епітелію, лусочки та клітини плаского епітелію, коккову мікрофлору.

Тяжкий ступінь відповідної реакції слинних залоз констатували у 14 хворих, у яких визначали розповсюдження гнійно-некротичного процесу на декілька топографо-анатомічних ділянок обличчя, та загальний стан був тяжким протягом першого тижня захворювання (хворі на гнилісно-некротичні флегмони дна порожнини рота, половини обличчя з розповсюдженням на клітковинні простори шиї, середостіння тощо). З боку великих слинних залоз визначали пригнічення їх функції, що виражалось у різкому зниженні кількості в'язкої, каламутної, ротової рідини з густим осадом, з біля вушних залоз при стимуляції секретії отримували  $0,5 \pm 0,2$  мл за 10 хв, з піднижньощелепних залоз -  $0,2 \pm 0,1$ мл. Вустя вивідних протоків

великих слинних залоз візуально не визначались, при зондуванні протоків відмічали різкий їх спазм, при стимуляції секретії отримували густий, в'язкий каламутний секрет з комками слизу. Без стимулювання отримати секрет було неможливе. Клітинний склад секрету характеризувався наявністю великої кількості нейтрофільних лейкоцитів, клітин циліндричного та плаского епітелію, лимфоїдних елементів, плазматичних та тучних клітин, що свідчило про підвищену злущеність епітелію вивідних протоків.

**Висновки.** Легкий ступінь відповідної реакції слинних залоз на запалення прилеглих тканин можна трактувати як реактивний стан у відповідь на обмежений патологічний процес у прилеглих тканинах.

Середній та, особливо, тяжкий ступінь відповідної реакції слинних залоз є проявом контактного сіалоаденіту. У клінічній практиці хворим з розлитими гнійними процесами щелепно-лицевої ділянки для своєчасного визначення її запальної реакції слинних залоз необхідне досліджувати секреторну функцію та клітинний склад секрету великих слинних залоз.