

ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ  
И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

# Актуальные вопросы и перспективы развития стоматологии

>

11 мая 2011 года  
г. Харьков

## ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ НЕВРОГЕННОГО СІАЛОЗОАДЕНІТУ

Гаврильєв В.М., Рибалок О.В., Скікевич М.Г.  
ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”

Досить висока поширеність запальних і дистрофічних захворювань слинних залоз серед населення є актуальною проблемою своєчасної та адекватної діагностики цієї патології та комплексного лікування. На сьогодні в окремих класифікаціях патологічних процесів слинних залоз обґрунтовано виділено неврогенні сіалози. Відносно неврогенних сіалозоаденітів наукових відомостей вкрай мало, що обумовлює відсутність достатньо чіткого обґрунтування методів діагностики та лікування цих захворювань, хоча кількість їх достатньо значна.

Метою нашої роботи є прагнення поділитися клінічним досвідом в діагностиці та лікуванні неврогенного хворих неврогенним сіалозоаденітом.

Нами спостерігалось 23 пацієнти з проявами неврогенного сіалозоаденіту, діагностика і лікування якого достатньо складна.

Як приклад приводимо одно з наших типових спостережень. Хвора С., 20 років, історія хвороби № 3426, госпіталізована в щелепно-лицеве відділення Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського 23 лютого 2011 року з діагнозом: гострий сіаладеніт лівої підщелепної залози. Під час обстеження пацієнтка скаржилася на періодичне збільшення в підщелепній ділянці, сухість в порожнині роту, відчуття дискомфорту, тривоги, страху. Об'єктивно: пацієнтка гіпостеничного типу, з вираженим станом тривоги. Обличчя асиметричне за рахунок збільшення лівої піднижньощелепної слинної залози до розмірів 2,5х3см, шкіра над залозою в кольорі не змінена, в складку береться вільно. Залоза при пальпації злегка болісна, рухома, поверхня рівна, не спаяна з оточуючими тканинами. В порожнині роту незначна гіперемія вустя протоки лівої піднижньощелепної слинної залози, зондування її було дещо утруднене, візуально кількість ротової рідини зменшена, з вустя протоки лівої піднижньощелепної залози виділялася незначна кількість прозорого секрету. З метою встановлення клінічного діагнозу пацієнтці крім загальноклінічних обстежень було проведено: рентгенографію м'яких тканин дна порожнини роту та ділянки лівої піднижньощелепної залози в боковій проекції для виключення наявності в протоці та залозі конкрементів, МРТ шийного відділу хребта, КТ шії на рівні від основи черепа до підщелепних ділянок, КТ з контрастуванням цієї ж локалізації. Консультацію суміжних спеціалістів: ендокринолога, судинного хірурга, алерголога, невропатолога, який констатував у хворой наявність тривожно-депресивного стану. На підставі результатів КТ органічної патології судин шії, хребта, щитоподібної залози не виявлено. Виявлено збільшення лівої піднижньощелепної залози, різке звуження проток II-V порядків. Встановлено клінічний діагноз: неврогенний сіалозоаденіт лівої піднижньощелепної слинної залози середнього ступеню.

З'ясовуючи необхідність корекції функціональних порушень з боку слинних залоз у хворих з неврогенним сіалозаденітом як стоматологами, так і лікарями загальної практики, ми виходили з існуючих положень, що лікувальні заходи насамперед повинні бути направлені на зняття психоемоційної напруги, стабілізацію реактивних процесів в зацікавлених залозах, профілактику загострення сіалозаденіту. При складанні плану корегуючих лікувальних призначень виключали препарати, що активно впливають на пригнічення секреторного процесу в слинних залоз. Ставили за мету підвищення секреторної функції слинних залоз, покращення фізико-хімічних та біологічних властивостей слини.

Для ліквідації стану психоемоційної напруги призначали фітопрепарат «Седасеи Форте». Прийом ліків здійснювали по 1-й капсулі 3 рази на добу після їжі протягом 2 тижнів (за потреби до вираженого зняття симптоматики, але не триваліше 4 тижнів).

Для зняття явищ дохоспазму протокового апарату зацікавлених залоз призначали препарат «Но-шпа» по 1-й таблетці 3 рази на добу за 20 хв. до їжі протягом 5 днів.

Для ліквідації реактивних явищ, зменшення в'язкості їх секрету, нами проводилось введення в протоки уражених залоз протеолітичних ферментів - трипсину та хімопсину, протеолітичних ферментів з антибіотиками по 0,3-0,5 мл два рази на тиждень протягом місяця. Призначали ретинол-ацетат (добова доза 5000-10000 Е) протягом 2 тижнів 2-3 рази на рік. Електрофорез на привушну зону 5% розчину аскорбінової кислоти.

Для підвищення гомеостазу ротової порожнини призначався складний полівітамінний препарат "Алфавіт". Препарат призначався по 1-й таблетці 3 рази на добу протягом 1 місяця з моменту встановлення діагнозу з повторним курсом через 2-3 місяці.

Таким чином, в результаті сумісних зусиль з невропатологом проведене комплексне лікування хворих з проявами неврогенного сіалозаденіту виявилось достатньо ефективним щодо корекції функціонально-біологічних порушень з боку слинних залоз та супутніх порушень неврогенного статусу.

