



# MED Эксперт

О медицине профессионально, а также доступно и популярно



## НОВОСТИ

» Читать  
» Добавить

## СТАТЬИ

» Читать  
» Добавить

## КАТАЛОГ

» Смотреть  
» Добавить

## ОБЪЯВЛЕНИЯ

» Смотреть  
(+ добавить)

## ФОРУМ

» Смотреть  
(+ участвовать)

Авторам | О нас | Вход | Регистрация | Контакты | Реклама | Каталог товаров (+прайсы) | Поиск

Среда, 09 декабря 2015 | 18:17:02

### Книжный магазин

■ Медицинские книги

## Статьи, журналы, книги

Медицинские статьи. Медицинские журналы. Медицинские книги. Медицина. Лечение. Здоровье

Ads by Google

▶ [СТОМАТОЛОГИЯ](#)

▶ [СТОМАТОЛОГИИ](#)

## Сиалографическая диагностика заболеваний слюнных желез

**А.А. Тимофеев, И.Б. Киндрась**

*Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика*

**Резюме.** Нами обследованы 895 больных с заболеваниями больших слюнных желез. Установлено, что сиалографическая картина имеет свои характерные особенности для каждого заболевания больших слюнных желез. Это позволяет рекомендовать сиалографию для первичной диагностики и дифференциальной диагностики неопухолевых и опухолевых заболеваний больших слюнных желез.

**Ключевые слова:** слюнные железы, околоушная железа, поднижнечелюстная железа, опухоли, воспалительные заболевания, сиалоз.

Контрастное рентгенологическое исследование слюнных желез (сиалография) является диагностическим методом и входит в план обследования больных, страдающих заболеваниями слюнных желез.

Для сиалографии длительное время (до 80-х годов прошлого столетия) широко применялись масляные рентгеноконтрастные вещества: йодлипол, йодипин, липидол, этиодол. Йодированные масла обладают достаточно хорошей рентгеноконтрастностью, а их высокая вязкость позволяла проводить рентгеновское исследование даже через длительное время (часы и даже дни) после извлечения канюли из выводного протока слюнной железы. Масляные рентгеноконтрастные вещества вводили в проток слюнной железы с помощью шприца с надетой на него металлической канюлей. Для заполнения протоков поднижнечелюстной железы вводился 1–1,5 мл рентгеноконтрастного вещества, а для околоушной – 1,5–2 мл. Критерием заполнения протоков железы служит появление у пациента болевых ощущений.

Данная методика введения рентгеноконтрастных веществ в слюнные железы имеет следующие недостатки (Солнцев А.М. и соавт., 1978): не дает возможности объективно оценить давление, под которым рентгеноконтрастное вещество вводится в железу, что небезразлично для ее тканей; заполнение железы рентгеноконтрастным веществом до появления болей не является объективным показателем, так как порог болевых ощущений пациента подвержен значительным индивидуальным колебаниям; ориентировка на определенное количество рентгеноконтрастного вещества, необходимого для заполнения протоков железы, не является объективным критерием, так как это количество может значительно варьировать как в сторону уменьшения, так и в сторону увеличения в зависимости от характера патологического процесса в железе.

Мнение о влиянии масляных рентгеноконтрастных веществ на ткань слюнной железы противоречиво. Одни авторы указывают, что эти вещества первое время после введения обладают некоторым терапевтическим эффектом в силу дезинфицирующего действия йода. Другие же исследователи считают, что масляная основа рентгеноконтрастного вещества длительное время задерживается в железе и поддерживает в ней воспалительный процесс. В нашей клинике (Центр челюстно-лицевой хирургии НМАПО) неоднократно наблюдались осложнения после попадания масляных рентгеноконтрастных веществ в окружающие железу ткани (при непреднамеренной перфорации стенки выводного протока). В данном случае эти вещества длительное время оставались в тканях, вызывая хроническое воспаление. В случаях резкого нарушения секреторной функции железы введение масляных рентгеноконтрастных веществ нередко вызывало впоследствии более неблагоприятное течение воспалительного процесса. При этом на повторных рентгенограммах масляное рентгеноконтрастное вещество обнаруживалось через месяцы и даже годы после его введения.

Экспериментальным исследованием на собаках было установлено, что при паренхиматозном заполнении слюнной железы масляное рентгеноконтрастное вещество инфильтрирует альвеолярный эпителий и задерживается в нем и в выводных протоках. При этом в железе развивается острое воспаление, переходящее затем в хроническое продуктивное воспаление, сопровождающееся дистрофией эпителиального компонента железы (Бабич Н.И., 1973). В эксперименте установлено, что введение водорастворимых рентгеноконтрастных препаратов по методике, описанной ниже, не вызывает патологических изменений в железе.

В течение последних десятилетий при сиалографии находят широкое применение водные растворы трийодированных органических соединений: трийодтраст, визотраст, уротраст, верографин, урографин (70–76 %) и др. Они малотоксичны, достаточно рентгеноконтрастны, обладают высокой резорбционной способностью, в силу чего не задерживаются в железе даже при значительном нарушении ее функции. Однако водорастворимые рентгеноконтрастные вещества очень быстро выводятся из железы, что затрудняет получение качественных сиалограмм с использованием обычной методики сиалографии. При введении водорастворимых рентгеноконтрастных веществ шприцом из-за малой вязкости существует опасность развития избыточного, вредного для железы давления, а в случае применения металлических канюль водорастворимая рентгеноконтрастная масса вытекает из протока в полость рта (Александрова Э.А. и соавт., 1972).

### Новости

- [Новости](#)
- [Новости компаний](#)

### Авторам

- [Добавить новость](#)
- [Добавить статью](#)
- [Правила публикации](#)

### Наши журналы

- [Новые журналы](#)
- [Издания-партнеры:](#)
- [Современная стоматология](#)
- [Зубное протезирование](#)
- [Здоровье женщины](#)
- [Современная педиатрия](#)
- [Перинатология и педиатрия](#)
- [Здоровье мужчины](#)
- [Украина. Здоровье нации](#)

**VIP-партнеры**

- **Персональные страницы**
- А.А. Тимофеев
- В.В. Бережной
- В.Г. Бургонский
- В.В. Подольский

**Разделы**

- **Стоматология**
- **Зубное протезирование**
- **Здоровье женщины**
- **Педиатрия**
- **Перинатология**
- **Украина. Здоровье нации**
- **Дайджест**
- **Новые журналы**
- **Прайс-листы**
- **Интересные книги**
- **Книжный магазин**

**Каталог**

- **Медицинское страхование**
- **Лечебные учреждения**

**Справочник**

- **Лечение болезней**
- **Инструкции к лекарствам**
- **Беременность**  
Календарь беременности
- **Онкология**

**Последние статьи**

- » Протезирование зубов в Украине становится доступней
- » Катетеризация, местные осложнения, их профилактики и лечение
- » "Современная педиатрия" 4 (38) 2011
- » Бородавки. Как появляются бородавки и эффективные способы их выведения
- » Косметическое оборудование, лечебная косметика – быстрый поиск при помощи eMarket.ua
- » Научно-практический семинар «Актуальные вопросы развития семейной медицины в Украине»
- » Ученые выяснили, почему одни люди учатся лучше других
- » Грибковые поражения как возбудитель цистита
- » Томографический метод диагностики
- » Как выбрать стоматологию?
- » Медицинская консультация во время беременности: когда бегать к врачу
- » Современная стоматология
- » Ученые назвали самые результативные методы борьбы со зноом
- » Йододефицит у подростков
- » Где правильно хранить лекарства?

**Персональные страницы**

**AdverMAN – реклама в интернете**

**Информация**

- **Сайты**

Суть метода сиалографии заключается во введении в железу анатомически обусловленного количества рентгеноконтрастного вещества под контролируемым давлением с одновременным проведением рентгенографии. Давление, под которым рентгеноконтрастное вещество вводится в железу, должно составлять 180–200 мм рт. ст., так как известно, что железа способна к активной секреции против этого давления и, следовательно, оно безвредно для ее ткани. Аппарат для сиалографии, расширитель и катетеры представлены в учебнике А.А. Тимофеева «Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии» (1997, 1998, 2001, 2004).

Для проведения сиалографии необходимо иметь конический расширитель устья выводного протока или можно использовать набор бужей для расширения слезных каналов и полиэтиленовые катетеры различного диаметра. Можно использовать набор катетеров, изготавливаемых из полиэтиленовых трубочек с наружным диаметром в пределах 1–3 мм. Конец полиэтиленового катетера заостряют путем его вытягивания над пламенем спиртовой горелки. Длина полиэтиленового катетера 10 см. Мягкий катетер легко повторяет изгибы выводного протока слюнной железы, что предотвращает перфорацию его стенки, плотно прилегает к внутренней стенке протока, чем достигается хорошая герметизация. Для придания необходимой жесткости катетерам внутрь их помещают проволочный мандрен. Для проведения сиалографии больного усаживают в зубоврачебное кресло, отыскивают устье главного выводного протока подлежащей исследованию слюнной железы. В устье выводного протока на 2–3 минуты вводят расширитель. Пальцами левой руки оттягивают щеку кпереди. При этом происходит выпрямление имеющегося изгиба щечного отдела выводного протока околоушной слюнной железы. Извлекают расширитель и вращательными движениями вводят катетер с проволочным мандреном в проток. По мере введения катетера в проток мандрен вытягивают таким образом, чтобы его медиальный конец находился на уровне устья протока, что отчетливо видно через прозрачный полиэтиленовый катетер. По длине выдвинутой из катетера части мандрена можно судить о глубине введения катетера в выводной проток слюнной железы. Выведение мандрена по мере продвижения катетера в проток придает катетеру мягкость и эластичность, что предупреждает повреждение протока. После введения катетера в проток на глубину 1,5–2 см мандрен извлекают, а катетер большой удерживает губами. При функционирующей слюнной железе из катетера выделяется слюна. В тех случаях, когда выделение слюны из-за поражения железы отсутствует, с помощью шприца катетер заполняют физиологическим раствором. Это дает возможность предотвратить попадание воздуха в железу и избежать ошибочной трактовки сиалограмм. В выводной проток поднижнечелюстной железы полиэтиленовый катетер вводят аналогичным образом.

В ряде случаев по описанной выше методике ввести полиэтиленовый катетер в выводной проток слюнной железы сложно. Так, у больных с узким устьем выводного протока вначале вводят в проток конский волос или нейлоновую (полиэтиленовую) нить, которые служат проводником для катетера. Затем на проводник надевают полиэтиленовый катетер и, скользя по нему, вводят его в проток. После введения катетера по проводнику на глубину 2–3 мм последний извлекают и заменяют проволочным мандреном. В тех случаях, когда ввести в выводной проток слюнной железы катетер не представляется возможным из-за неблагоприятных анатомических особенностей (множественные устья выводного протока, его рубцовые сужения и др.), можно применить хирургический способ. В данном случае следует выделить главный выводной проток слюнной железы и рассечь его продольно дистальнее препятствия. Подобное направление разреза предотвращает развитие рубцовых стриктур. Катетер вводят через разрез и фиксируют лигатурой, проведенной вокруг протока. После проведения манипуляции лигатуру снимают.

После введения катетера в выводной проток слюнной железы и подготовки аппарата для сиалографии к работе больного усаживают для получения рентгеновских снимков. После соответствующей укладки больного устройство для сиалографии подключают к катетеру, введенному ранее в выводной проток слюнной железы, и создают давление в пределах 180–200 мм рт. ст. Через 15 секунд с момента подачи рентгеноконтрастного вещества в железу делают первый рентгеновский снимок (фаза заполнения протоков железы). На этом снимке определяется заполнение только системы протоков железы. Меняют кассету и второй рентгеновский снимок делают через минуту с момента подачи рентгеноконтрастного вещества в железу или через 45 секунд после первого снимка (фаза заполнения паренхимы железы). После второго рентгеновского снимка определяется заполнение паренхимы железы, разумеется, если она не была разрушена тем или иным патологическим процессом. Кассету меняют вновь и через две минуты после удаления катетера из протока делают третий рентгеновский снимок (фаза резорбции и опорожнения). Этот рентгеновский снимок позволяет судить о функциональной способности исследуемой железы, ибо в норме в данный промежуток времени водорастворимое рентгеноконтрастное вещество резорбируется и выводится из железы.

Абсолютных противопоказаний для проведения сиалографии водорастворимыми рентгеноконтрастными веществами нет. Относительными противопоказаниями являются повышенная чувствительность к йоду и тяжелое поражение печени и почек.

Сиалографическая картина в целом аналогична получаемой при применении масляных рентгеноконтрастных веществ, однако она имеет и ряд особенностей. При развитии крупных полостей в паренхиме железы масляные рентгеноконтрастные вещества образуют шарообразные скопления вследствие большого поверхностного натяжения масляной основы препарата. Водорастворимые рентгеноконтрастные вещества растворяются в слюне, это позволяет получить более точное представление о характере деструктивных процессов в паренхиме железы. Заполнение паренхимы дает возможность легче дифференцировать патологические процессы самой железы от развивающихся по соседству с ней (лимфадениты, опухоли, кисты и др.).

Сиалография по предлагаемой методике позволяет получить достоверные сведения не только об анатомической структуре больших слюнных желез, но и об их функциональной способности. Ретенция водорастворимого рентгеноконтрастного вещества в железе свыше двух минут свидетельствует о нарушении ее функции. В отличие от масляных рентгеноконтрастных веществ водорастворимые рентгеноконтрастные вещества выводятся из железы с нарушенной функцией в течение 15–20-ти минут. Используемый в устройстве мягкий катетер практически исключает прободение стенки протока, хотя следует отметить, что попадание водорастворимых рентгеноконтрастных веществ в мягкие ткани вследствие их быстрой резорбции также не представляет опасности.

Таким образом, методика сиалографии водорастворимыми рентгеноконтрастными веществами позволяет ввести в железу необходимое количество рентгеноконтрастного вещества при оптимальной температуре под контролируемым давлением без опасности его вредного влияния на железу. Сиалография дает возможность судить не только о состоянии протоков и паренхимы железы, но и о ее функциональной способности. Быстрое выведение водорастворимых рентгеноконтрастных веществ из железы позволяет применять их при патологических процессах, приводящих к резкому нарушению функции слюноотделения.

Нами обследованы 895 больных с заболеваниями больших слюнных желез. Описание сиалограммы мы рекомендуем проводить по схеме, предложенной И.Ф. Ромачевой и соавт. (1987).

При исследовании паренхимы железы устанавливают: как проявляется изображение (хорошо, нечетко равномерно или нечетко и неравномерно или не выявляется); наличие дефекта заполнения; наличие полостей точечных (от 0,1 до 0,5 см) и диаметром более 0,5 см; четкость контуров полостей (четкие, нечеткие).

При исследовании протоков железы авторы рекомендуют определять: сужение протоков I–V порядка (равномерное, неравномерное); расширение протоков I–V порядка (равномерное, неравномерное); расширение главного выводного протока (равномерное или неравномерное); смещение протоков; прерывистость протоков; четкость контуров

протоков (четкие, нечеткие).

Показатели сиалограмм слюнных желез здоровых людей следующие.

Околоушная железа – ширина главного выводного протока составляет около 1 мм, протяженность – 5–7 см; недалеко от устья он огибает жевательную мышцу (на сиалограмме он виден в виде винтообразной спирали), на остальном протяжении проток прямой или слегка изогнутый; контуры протока ровные, гладкие. Внутривидольковые протоки отходят магистралью или веерообразно. В норме протоки первого порядка разветвляются на более мелкие, образуя взаимосоединяющееся сплетение. Автор указывает, что нет необходимости различать в картине нормальной железы группировки подобных ответвлений и разделять их на классы, т. к. для диагностики это не имеет значения. У пожилых людей главный выводной проток несколько шире, чем у детей.

Поднижнечелюстная железа – главный выводной проток – более широкий и составляет до 2 мм. Он впадает в железу после дугообразного изгиба по направлению сверху вниз. Внутривидольковые протоки отходят перпендикулярно, а иногда под тупым углом. Протоки впоследствии разветвляются на тонкие, непрерывные, нерасширенные и несмещенные междольковые протоки. Контуры желез овальные, их продольная ось проходит вертикально или косо, в некоторых случаях наподобие почки, в зависимости от расположения железы вокруг заднего края *m. mylohyoideus*.

В норме на первом рентгеновском снимке околоушной и поднижнечелюстной слюнных желез четко прослеживается система протоков, начиная от выводного и вплоть до мельчайших внутривидольковых протоков. На втором рентгеновском снимке выявляется заполнение ацинусов в виде диффузной нежной тени. Нечеткость контуров протоков четвертого порядка, а местами их исчезновение объясняются наложением тени ацинусов. На третьем рентгеновском снимке, при нормальной функции слюнной железы, рентгеноконтрастное вещество не обнаруживается ни в протоках, ни в ацинусах железы (рис. 1).

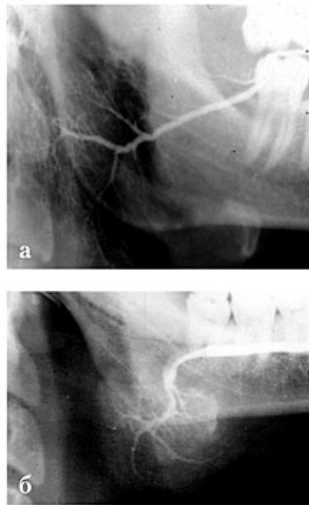


Рис. 1. Сиалограммы в норме (околоушная железа – а, поднижнечелюстная железа – б).

Результаты клинических исследований показывают, что применение водорастворимых рентгеноконтрастных веществ для сиалографии обеспечивает высокое качество сиалограмм, позволяющих диагностировать самые разнообразные заболевания слюнных желез и дифференцировать их с поражением окружающих тканей.

Характерным симптомом острых лимфаденитов околоушной и поднижнечелюстной областей является отсутствие заполнения паренхимы железы на участке воспаленного лимфатического узла без оттеснения протоков, типичного для доброкачественной опухоли железы (рис. 2-а). Это связано с вовлечением в патологический процесс ткани железы, окружающей лимфатический узел, и развитием периаденита. После ликвидации явлений острого лимфаденита, если процесс не привел к развитию лимфогенного паротита или субмаксиллита, рентгенологическая картина железы нормализуется. При лимфогенном паротите на сиалограмме, которая проводится после снятия острых воспалительных явлений, можно выявить одну или несколько полостей неправильной формы (в виде круга, овала, щели, чернильного пятна), заполненную водорастворимым рентгеноконтрастным веществом. Полости сообщаются с внутривидольковыми протоками околоушной железы (рис. 2-б, в). Контактному сиалоадениту соответствует характерная сиалограмма (рис. 2-г).

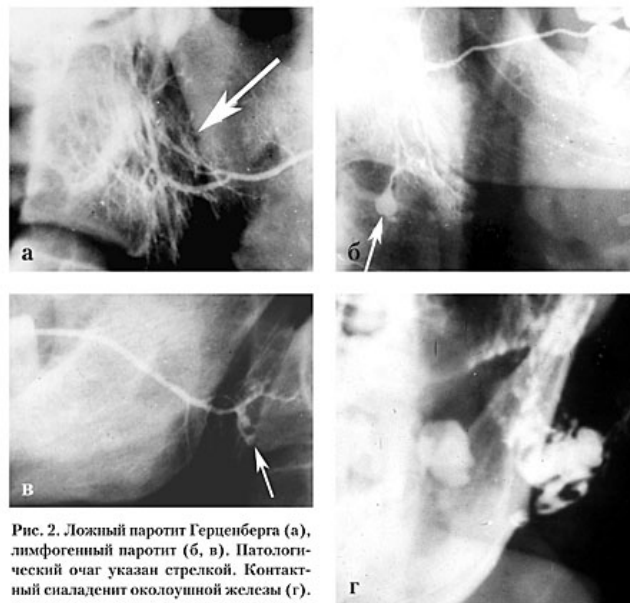


Рис. 2. Ложный паротит Герценберга (а), лимфогенный паротит (б, в). Патологический очаг указан стрелкой. Контактный сиаденит околоушной железы (г).

Для паренхиматозного сиаденоита характерно наличие шаровидных скоплений рентгеноконтрастного вещества, равномерно распределенных в паренхиме железы, а контуры выводного протока и протоков первого, второго порядка обычно не изменены. Тень ацинусов не определяется. В той или иной мере всегда страдает функция железы, о чем свидетельствует задержка рентгеноконтрастного вещества в железе. На сиалограммах можно обнаружить изменения – большое количество полостей (размером 2–3 мм), заполненных рентгеноконтрастным веществом, внутрижелезистые протоки не определяются, протоки I порядка прерывисты. В добавочной доле околоушной железы наблюдаются такие же изменения. Главный выводной проток расширен, несколько деформирован, реже – неизменен (рис. 3). Сиалография в поздней стадии заболевания – полости в железе достигают наибольших размеров (от 2–3 до 5–6 мм), скопление рентгеноконтрастной массы больших размеров и неправильной или округлой формы. Крайне редко можно определить уровни контраста. А на третьем рентгенснимке, т. е. в фазе резорбции и опорожнения, всегда имеется ретенция (задержка) рентгеноконтрастного вещества. Паренхима железы не определяется. Протоки всех порядков плохо контурируются, кроме протоков I порядка, которые могут быть прерывистыми. Выводной проток околоушной железы обычно деформирован (в одних местах сужен, а в других расширен). В добавочной доле – подобные анатомические изменения (рис. 3).

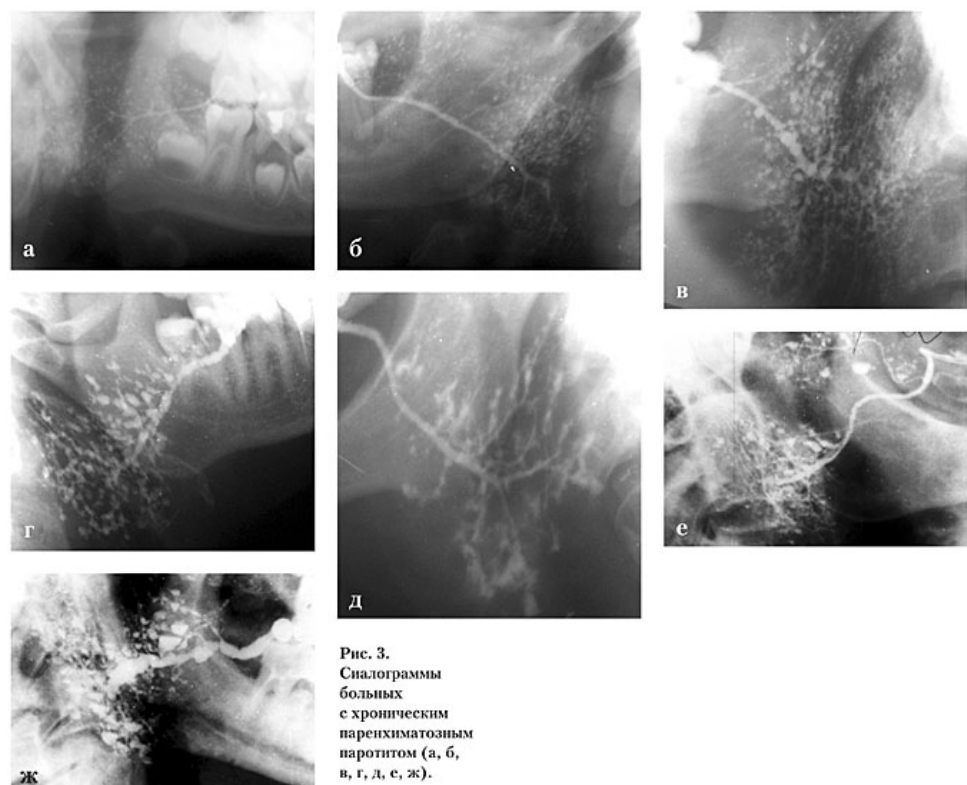


Рис. 3. Сиалограммы больных с хроническим паренхиматозным паротитом (а, б, в, г, д, е, ж).

Типичным сиалографическим симптомом для интерстициального сиаденоита и сиадоза является отсутствие заполнения ацинусов при наличии суженных протоков, а функция больших слюнных желез не страдает.

При сиадозе, как и при интерстициальном сиаденоите, на сиалограммах околоушных желез выявляются следующие изменения: сужение мелких и более крупных протоков, обеднение рисунка паренхимы железы (рис. 4). Сужение всех выводных протоков обусловлено их сжатием из-за гипертрофии и гиперплазии клеток паренхимы железы. Если на фоне сиадоза в железе развиваются воспалительные изменения, то возможна деформация главного выводного протока и протоков I, II порядков, т. е. развивается сиалодохит (рис. 4).

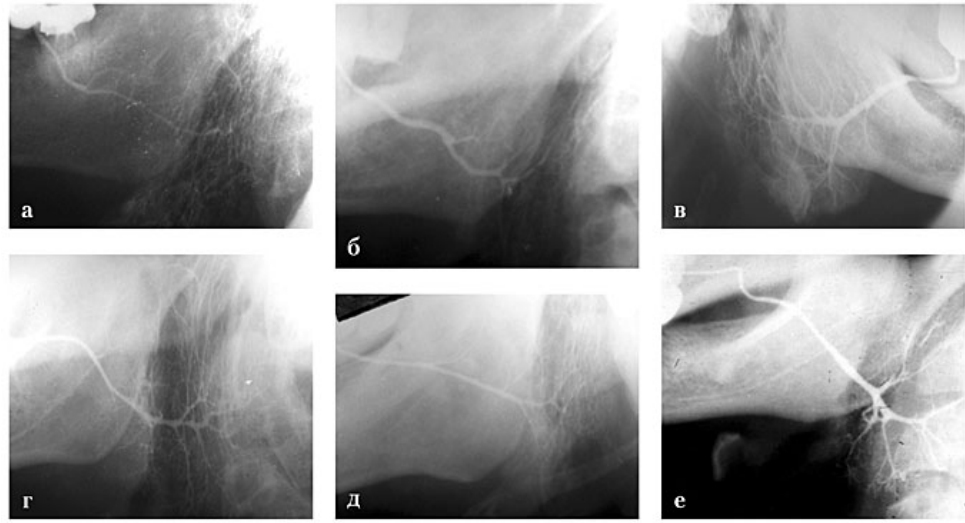


Рис. 4. Сиалограммы больных сиадозом (а, б, в, г, д, е).

Слюнные камни всегда рентгеноконтрастны (рис. 5). Лишь в единичных случаях они могут быть рентгеногегативными (В.С. Коваленко, 1957). Патогномичным признаком калькулезного сиалоаденита является обнаружение слюнного камня, тень которого на сиалограмме чаще проецируется в виде менее рентгеноконтрастного изображения в колбовидно расширенном выводном протоке. С помощью этого метода можно выявить изменения структуры и функции железы. На сиалограммах (рис. 6, 7, 8) слюнные камни выявляются в виде рентгеноконтрастных образований округлой (при расположении в железе) или овальной формы (при локализации в выводных протоках). В начальной стадии преимущественно имеются явления дилатации протоков, паренхима прослеживается на всем протяжении в виде нежной диффузной тени, ретенция рентгеноконтрастных веществ минимальна. В клинически выраженной стадии помимо дилатации развивается деформация протоков, паренхима железы заполнена только на отдельных участках, выраженная ретенция рентгеноконтрастной массы, в особенности дистальнее конкремента. Наиболее выраженные изменения наблюдаются в поздней стадии заболевания: увеличивается дилатация протоков, деформация проявляется наличием чередующихся участков расширений и сужений («связки сарделек», в виде четок), контуры протоков становятся нечеткими, тень паренхимы не прослеживается, резко нарастает ретенция рентгеноконтрастного вещества во всех структурах железы (рис. 6, 7, 8).

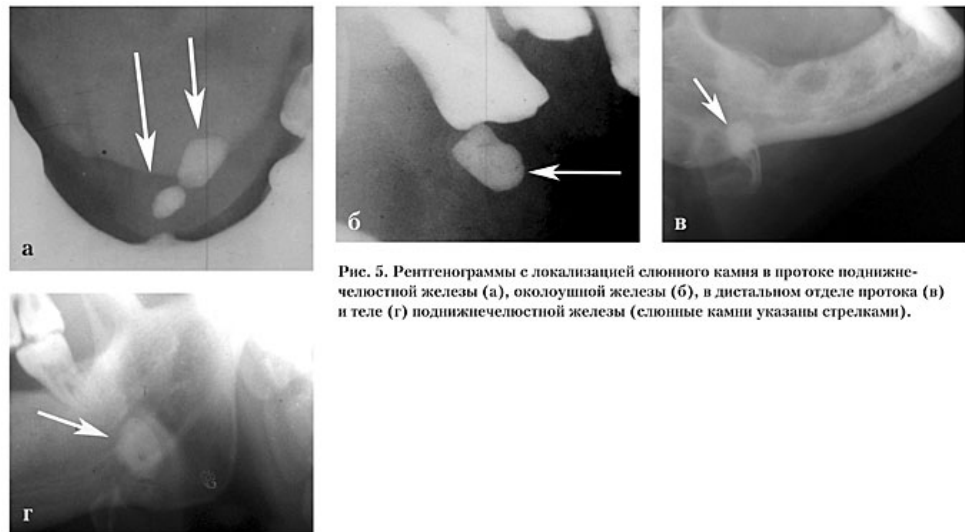


Рис. 5. Рентгенограммы с локализацией слюнного камня в протоке поднижнечелюстной железы (а), околоушной железы (б), в дистальном отделе протока (в) и теле (г) поднижнечелюстной железы (слюнные камни указаны стрелками).

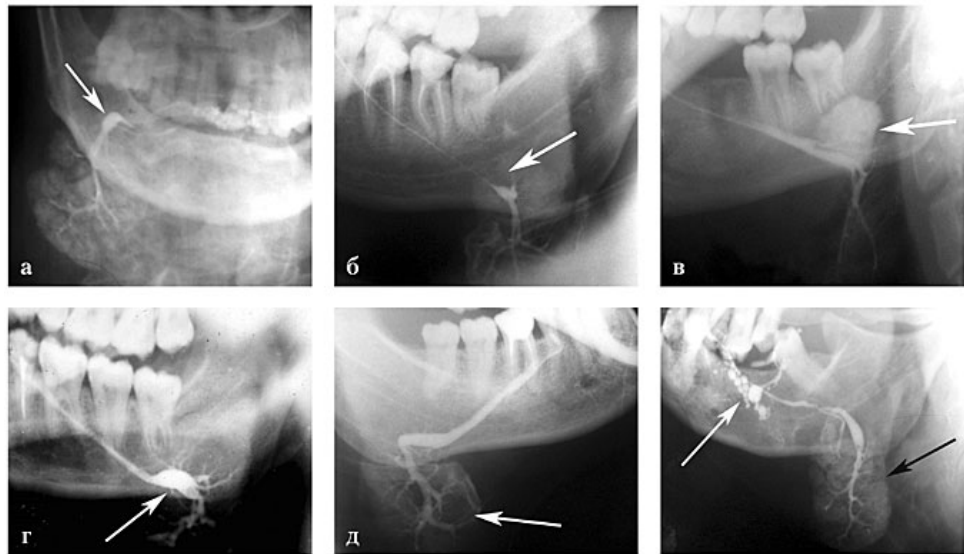


Рис. 6. Сиалограммы поднижнечелюстных желез у больных со слюнокаменной болезнью (а – прямая проекция, б, в, г, д – боковая проекция). Локализация слюнных камней указана стрелками.

Рис. 7. Сиалограмма больного с хроническим воспалением поднижнечелюстной (черная стрелка) и подъязычной (белая стрелка) желез.

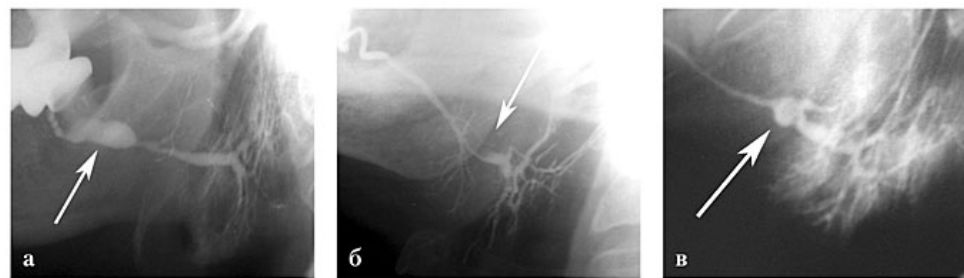


Рис. 8. Сиалограммы больных с наличием слюнных камней (указаны стрелками) в протоках околоушных желез (а, б, в).

При сиалодохите наиболее точную картину поражения дает второй рентгеновский снимок. Характерным признаком является резкая деформация околоушного или поднижнечелюстного протока, протоков первого и второго порядка, проявляющаяся чередованием участков сужения и расширения. Заполнение ацинусов, как правило, не происходит. Чередование участков расширений и сужений только главного выводного протока или только внутрижелезистых протоков, в других случаях – главного и внутрижелезистых протоков. Паренхима железы может быть неизменной, а могут наблюдаться участки скопления рентгеноконтрастного вещества (рис. 9, 10, 11).



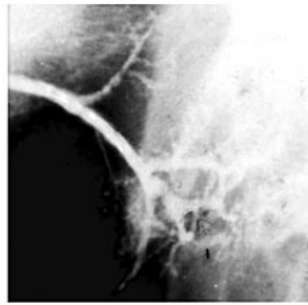


Рис. 9. Сиалодохит главного и внутрижелезистых выводных протоков околоушной железы.

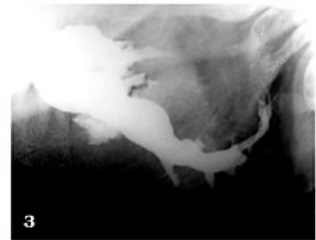
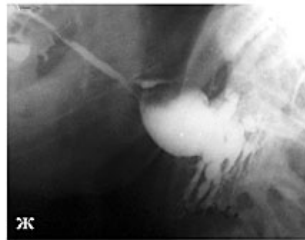
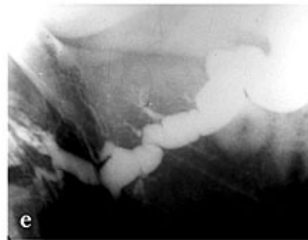
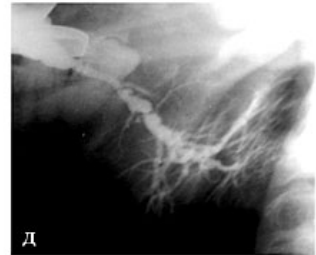


Рис. 10. Разнообразные варианты сиалодохитов главных и внутрижелезистых выводных протоков околоушных желез (а, б, в, г, д, е, ж, з).

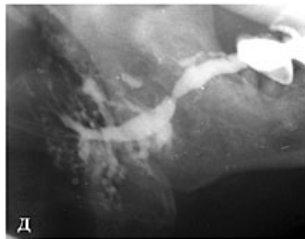
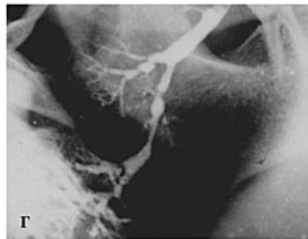
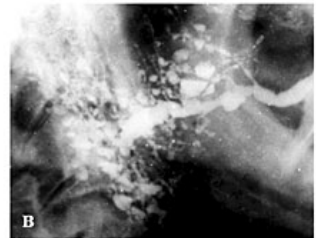


Рис. 11. Варианты сиалодохитов главных и внутрижелезистых выводных протоков околоушных желез (а, б, в, г, д, е).

Доброкачественные опухоли на сиалограммах определяются в виде четко ограниченного дефекта наполнения ацинусов и протоков железы соответственно локализации опухоли и ее размерам. Нарушение непрерывности протоков не наблюдается (рис. 12, 13, 14, 15). Для злокачественных новообразований слюнных желез к характерным симптомам относятся: обрыв и фрагментация выводных протоков, заполнение рентгеноконтрастным веществом сохранившихся участков паренхимы, наличие очагов скопления рентгеноконтрастного вещества в участках разрушения ткани железы. Указанные изменения наблюдаются преимущественно в паренхиме, окружающей периферию опухоли. На сиалограммах также будут определяться дефекты наполнения, соответствующие топографии и размеру опухоли. Резко страдает функция железы, о чем свидетельствует задержка контраста.

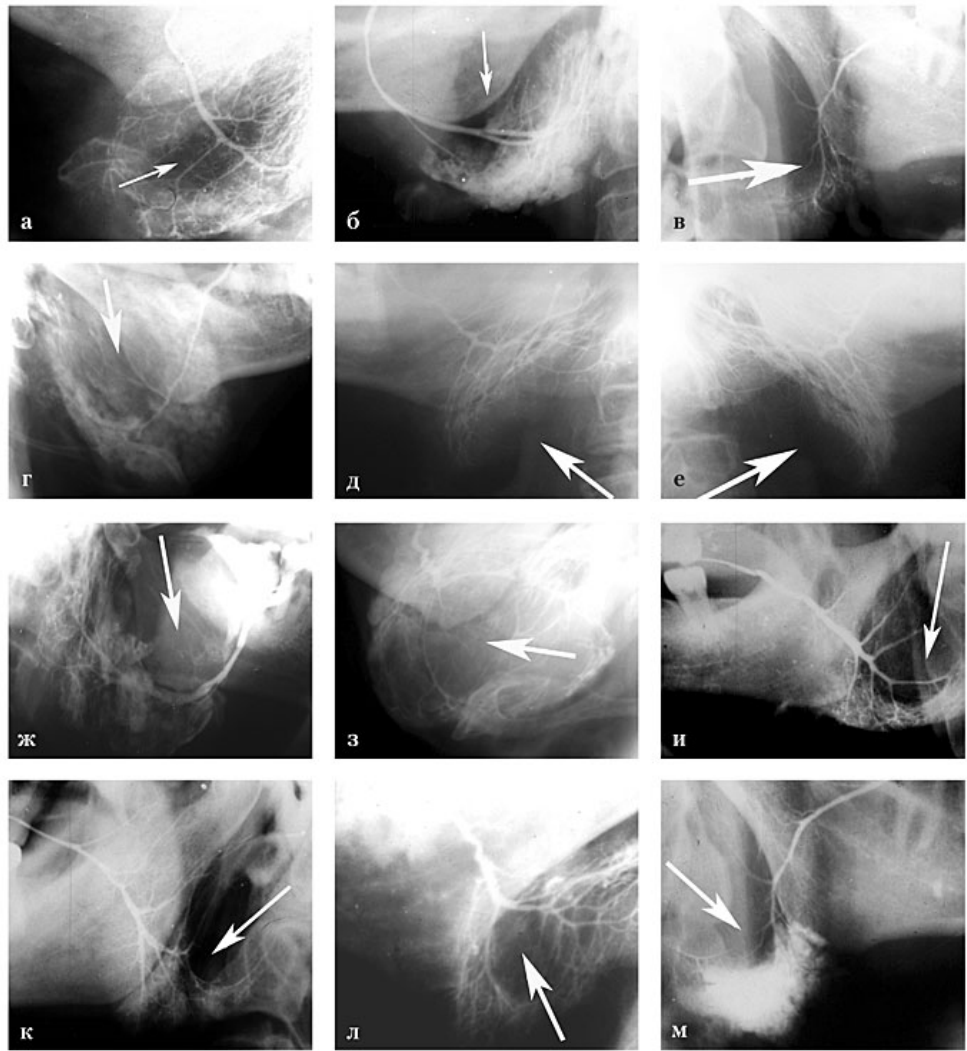


Рис. 12. Сиалограммы околоушных желез больных с плеоморфными аденомами (а, б, в, г, д, е, ж, з, и, к, л, м).

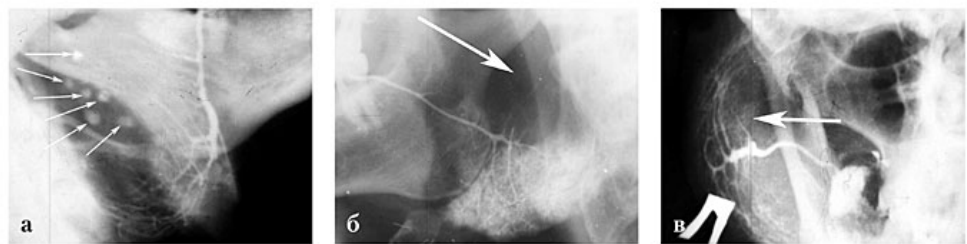


Рис. 13. Сиалограммы околоушных желез больных с гемангиомой – стрелками указаны флеболиты (а) – и парасиаломой-фибромой мягких тканей (б).

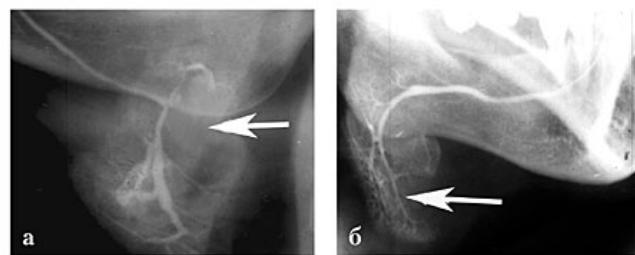


Рис. 14. Сиалограммы поднижнечелюстных желез больных с плеоморфными аденомами (а, б).



Рис. 15. Сиалограммы околоушных желез больных с цилиндромой (а), аденокарциномой (б), ацинозноклеточной опухолью (в).

Сиалографическая характеристика актиномикоза слюнных желез наиболее подробно дана Н.И. Бабицем (1984).



Через 15 секунд после начала введения водорастворимого рентгеноконтрастного вещества на рентгеновском снимке № 1 определяется заполнение рентгеноконтрастным веществом околоушного протока. Во внутрижелезистой части проток расширен, деформирован, с перемежающимися участками сужения и расширения. Деформированы и расширены протоки первого и второго порядка. Заполнены неизменные протоки добавочной доли железы. Через 45 секунд после начала введения верографина на рентгенологическом снимке № 2, наряду с описанными на сиалограмме № 1 изменениями выводных протоков железы, частично прослеживаются неизменные протоки третьего и четвертого порядка. На ограниченном участке – заполнение ацинусов. Неизменная паренхима добавочной доли железы равномерно заполнена рентгеноконтрастным веществом. Через две минуты после прекращения введения верографина (на рентгеновском снимке № 3) определяется ретенция рентгеноконтрастного вещества в расширенных участках околоушного протока и протоков первого, второго и третьего порядка (рис. 16). Остатки рентгеноконтрастного вещества прослеживаются в добавочной доле железы. Таким образом, для актиномикоза околоушных слюнных желез характерны изменения внутрижелезистых протоков (деформация, очаговое расширение), нечеткое выявление ацинусов, ретенция рентгеноконтрастного вещества (рис. 16) (А.А. Тимофеев, 2002, 2004, 2007).

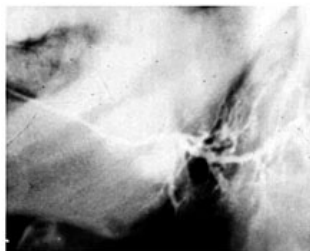


Рис. 16. Сиалограмма околоушной железы больного с актиномикозом.

При туберкулезном сиалоадените через 15 секунд после начала введения верографина на рентгеновском снимке № 1 определяется заполнение околоушного протока, который не изменен. Нормальная структура железы практически не определяется. Рентгеноконтрастное вещество образует связанные между собой крупные, вытянутые, неправильной формы скопления. Через 45 секунд после начала введения верографина околоушный проток заполнен рентгеноконтрастным веществом. Определяются также более крупные, бесформенные скопления рентгеноконтрастной массы в ацинусах железы. Нормальная структура ацинусов не прослеживается. Через две минуты после окончания введения верографина наблюдается ретенция рентгеноконтрастного вещества (рис. 17). Таким образом, при туберкулезном поражении слюнных желез сиалография прежде всего позволяет уточнить форму поражения железы. В случае туберкулеза лимфатических узлов околоушной железы на сиалограммах обнаруживается картина, соответствующая лимфадениту этой области. При попадании в железу специфического возбудителя на сиалограммах определяется картина деструктивного процесса с развитием полостей в железе, сообщающихся с выводными протоками (рис. 17) (А.А. Тимофеев, 2002, 2004, 2007).



Рис. 17. Сиалограмма околоушной железы больного туберкулезом.

При синдроме Шегрена на сиалограмме имеется скопление в паренхиме железы рентгеноконтрастного вещества в виде округлых пятен размером 1–2 мм и более (в виде «гроздьев винограда»). Главный выводной проток и внутрижелезистые протоки I и II порядка сохраняют правильное строение. В поздней стадии заболевания размеры полостей увеличиваются, появляется деформация всех протоков (рис. 18).

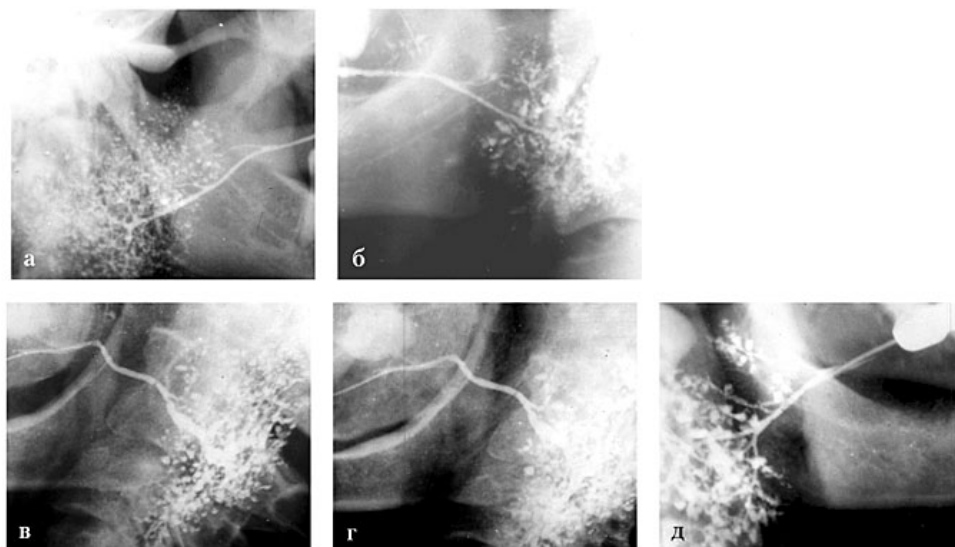


Рис. 18. Сиалограммы околоушных желез больных с синдромом Шегрена (а, б, в, г, д).

Доброкачественное лимфоэпителиальное поражение (ДЛП) внешне напоминает опухоль (плотная, бугристая, безболезненная). Может поражать как околоушные, так и поднижнечелюстные железы. На сиалограмме наблюдается сходство с синдромом Шегрена в поздней стадии развития заболевания. В паренхиме железы имеются

скопления рентгеноконтрастной массы округлой и неправильной формы, размером от нескольких миллиметров в диаметре до 1 см и более. Часто можно определить уровни при скоплении контрастной массы. Протоки I и II порядка нечеткие, местами деформированы. Главный выводной проток расширен (рис. 19). Сиалографические изменения при болезни Микулича напоминали таковые, как и при синдроме Шегрена (рис. 20).

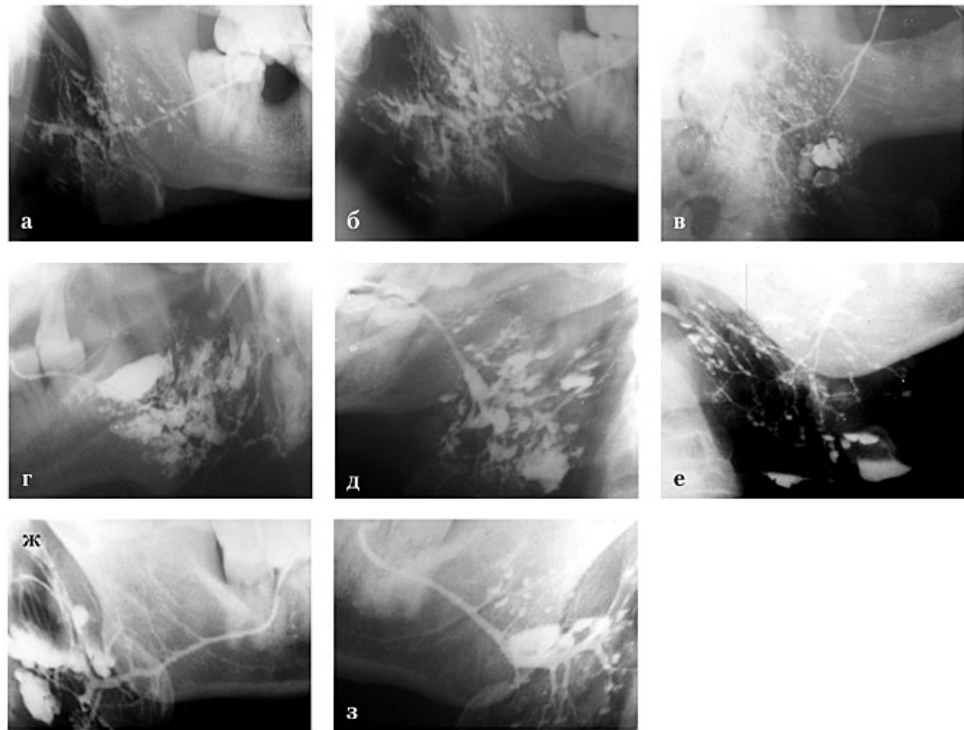


Рис. 19. Сиалограммы околоушных желез больных с доброкачественным лимфоцитарным поражением больших слюнных желез (а, б, в, г, д, е, ж, з).

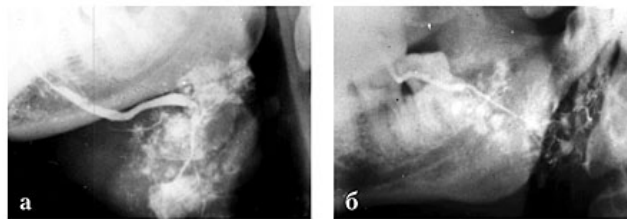


Рис. 20. Сиалограмма поднижнечелюстной (а) и околоушной (б) железы больного с болезнью Микулича.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, согласно полученным нами данным можно утверждать, что сиалографический метод обследования больших слюнных желез является одним из самых достоверных в диагностике и легко выполнимым для врача (в поликлинике или стационаре) методом обследования больных с заболеваниями, которые связаны с поражением больших слюнных желез (неопухолевыми, опухолевыми и др.).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев, 2004. – 1046 с.
2. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 696 с.
3. Тимофеев О.О. Захворювання слинних залоз. – Львів: ВНТЛ-Класика, 2007. – 160 с.

## СИАЛОГРАФІЧНА ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

**О.О. Тимофеев, І.Б. Киндрась**

**Резюме.** Нами обстежено 895 хворих із захворюваннями великих слинних залоз. Установлено, що сиалографічна картина має свої характерні особливості для кожного захворювання великих слинних залоз. Це дозволяє рекомендувати сиалографію для первинної діагностики та диференціальної діагностики непухлинних і пухлинних захворювань великих слинних залоз.

**Ключові слова:** слинні залози, навколочувсна залоза, піднижньощелепна залоза, пухлини, запальні захворювання, сиалоз.

## SIALOGRAPHIC DIAGNOSTICS A DISEASES OF SALIVARY GLANDS

**A. Tymofiev, I. Kindras**

**Summary.** We are inspect 895 patients with the diseases of large salivary glands. It is set that a sialographic data has the characteristic features for every disease. It allows to recommend sialography as a method of choice for diagnostics and differential diagnostics of tumorous and nontumorous diseases of salivary glands.

**Key words:** sialographic, salivary glands, parotid gland, submaxillary gland, tumours, inflammatory diseases, sialosis.

МедЭксперт. Медицинские статьи. Медицина, лечение, здоровье



Опубликовано: 2009/9/30 11:32:35 2168

**Читайте в этом разделе:**

» Другие статьи раздела **Современная стоматология**

**Самое читаемое из раздела Современная стоматология:**


- » Оценка состояния языка
- » Использование препарата «Гивалекс» в профилактике и лечении послеоперационных осложнений у больных с опухолями и опухолеподобными образованиями челюстей
- » Вектор-терапия
- » Рентгенологическая характеристика заболеваний верхнечелюстных пазух
- » Применение адгезивных стоматологических пленок «Диплен-Дента» в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом
- » Искусство препарировать
- » Обоснование научной организации и учета врачебного труда при изготовлении керамических виниров
- » Обоснование и оценка эффективности иммунокорректирующей терапии в комплексном лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита
- » Применение миакальцика в комплексном лечении заболеваний пародонта
- » Импланты с керамической трансгингивальной частью: эстетические и пародонтальные результаты


**Последнее из раздела Современная стоматология:**


- » Сравнительная характеристика различных методов рентгенологического исследования стоматологических больных
- » Застосування термосформованих елайнерів у пацієнтів з малими включеними дефектами зубних рядів, ускладненими зубощелепними деформаціями
- » Гигиена полости рта при несъемном зубном протезировании
- » Обґрунтування вдосконалення технології дентальної імплантації при заміщенні дефектів зубних рядів
- » Современная технология местного обезболивания в стоматологии
- » Игла-электрод для внутритканевых потенциометрических измерений
- » Электрогальваническая характеристика тканей полости рта у больных с кистами челюстей
- » Особливості клінічних проявів каріозної хвороби у хворих на туберкульоз легенів
- » Дослідження клінічної ефективності засобів догляду за порожниною рота для дітей ТМ «ЛАКАЛУТ»
- » Значение этиотропных лечебно-профилактических средств гигиены при проведении ультразвукового скейлинга больным генерализованным пародонтитом

- ✕ Перевести в страницу для печати
- ✕ Послать ссылку на статью

**Комментарии**

 Елена Малышева раскрыла секрет своей молодости. Это позор!

 Что убивает половое влечение

 Попрощайся с простатитом навсегда!



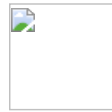
Модные гольфы стройнят ножки



Узнайте, как победить алкоголизм! Консультация специалиста.



Узнай свой идеальный вес



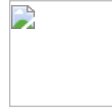
Р'СхСГ'С,СТЪРsРμ РёР·Р ±Р\*РIP»РμPSPёРμ РsС, Р±РsР»Рё РI СГ'СГ'С,Р °РIP°С...!



PŞC,Ps СГ'СfP»PёС, PSP \*Рj PSPsPIC»PNё РiРsРr- P"PsРr' P"СЪР°PеPSPSP°



PμРsС±РμРjСf Р ±РsР»СЪPSPs Р·Р °PSPёРjР°С,СЪСГ'СЦ СГ'РμPеСГ'PsРj'



РльР°PеPёС... Р¶РμPSC %»PёPS Р±СЪPсСГР °СЪС, РjСfР¶jС±PёPSC'



PñP'СЪРμP'Р'PμP»PμPS РiР»P\*РIPSC»PNё РiСЪРёP·PSP°Pе'



PμPμСЪРiС»Pμ РiСЪРёP·PSP°PеPё РiРsСГР»Pμ P·P°С±P °С,РёСЦ'

PSPРiРμСЪРPSPsСГ'С,Рё

Объявления



<p><b>Ищешь книги?</b> Книги в каталоге сравнения цен МетаМаркет. Покупай дешево! metamarket.com.ua</p>	<p><b>Хотите поменять свое мнение о мужчинах?</b> Тренинг для женщин. Фразы, которые действуют на мужчин убойно! www.kiev-soblazn.com</p>
---	---

МетаКонтекст Стать партнером



Реклама:

Новости | Статьи | Объявления | Каталог | Форум | Контакты | Реклама | Поиск

RSS статьи | RSS новости | Товары и цены | Наши баннеры

Copyright © AdverMAN, 2006-2011. All rights reserved.

**МедЭксперт.** Медицинское интернет-сообщество Медицина, центр медицины, клиника медицина, семейная медицина, современная медицина, новости медицины, здоровье, аптека, женское здоровье, лекарства, гинекология, болезни, заболевания, рак, беременность, календарь беременности, кровь, врач, здравоохранение, хирургия, гормоны, группа крови, анатомия, педиатрия, стоматология, зубное протезирование, перинатология.

Перелечатка материалов сайта допускается только с письменного разрешения правообладателей.  
**Правовая информация »**


Страницы для PDA: Стоматология :: Зубное протезирование :: Здоровье женщины :: Педиатрия :: Перинатология

Наши темы: Медицина. Лечение. Здоровье. Медицинские новости. Новости медицины. Новости здоровья. Медицина новости. МедЭксперт - медицинское интернет-сообщество. Научно практические статьи, новости. Каталог компаний. Объявления. Вопросы и ответы. Медицина в Украине. Педиатрия. Здоровье женщины, гинекология. Здоровье мужчины, андрология, простатит. Стоматология. Зубное протезирование. Медицинский журнал

