

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

УДК 616.316—07—08

Поступила 27.01.2011 г.



Н.Б. Рунова, к.м.н., доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород

Рассмотрены вопросы корреляции заболеваний слюнных желез с сопутствующей общесоматической патологией. Указаны факторы, предрасполагающие к развитию заболеваний слюнных желез. Описаны преимущества и недостатки различных методов диагностики и принципы лечения основных форм заболевания — сиалозов и сиалоаденитов.

Ключевые слова: слюнные железы, методы диагностики сиалоаденитов, лечение сиалозов, лечение сиалоаденитов.

English

Present-day principles of diagnosis and treatment of salivary gland diseases

N.B. Runova, PhD, Associate Professor, the Department of Surgical Stomatology and Maxillofacial Surgery

Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod

There have been considered the correlation problems of salivary gland diseases with accompanied general pathology. The causes predisposing to salivary gland diseases have been given. There have been described the advantages and disadvantages of various diagnostic techniques as well as the principles of treatment of the main forms of the diseases: sialoses and sialoadenites.

Key words: salivary glands, diagnostic techniques of sialoadenitis, treatment of sialoses, treatment of sialoadenites.

Основными заболеваниями слюнных желез (СЖ) являются сиалоадениты и сиалозы. Среди всех воспалительных и дистрофических заболеваний СЖ хронические сиалоадениты составляют 42,0—54,4%.

Важность полноценного функционирования СЖ, их тесная связь с деятельностью различных органов и систем организма, в частности надпочечников и почек, половых органов, щитовидной и поджелудочной желез, пищеварительной и сердечно-сосудистой систем, не вызывают сомнения. В настоящее время, например, доказана корреляция хронического сиалоаденита с различными сопутствующими заболеваниями организма, на фоне которых он протекал или впервые выявлялся. Слюнные железы, обладая разнообразными функциями, имеют способность к своеобразным реакциям на различные внешние воздействия и внутриорганные нарушения. У лиц, страдающих паренхиматозным сиалоаденитом, значительно чаще диагностируются вегетативно-сосудистая дистония и астеноневротический синдром, сиалодохит сочетается с кистозными поражениями различных органов, интерстициальному сиалоадениту сопутствуют хронический простатит и сахарный диабет, синдром Шегрена тесно связан с болезнями опорно-двигательного аппарата. Заболевания органов дыхательной системы с одинаковой долей вероятности встречаются при всех формах хронического сиалоаденита.

Этиология воспалительных заболеваний слюнных желез и их взаимосвязь с общесоматической патологией

Несмотря на многочисленные исследования, проводимые с целью изучения этиологии хронических сиалоаденитов, до настоящего времени не сформировано единого мнения о причинах данной патологии. Тем не менее выявлены многочисленные факторы, предрасполагающие к развитию этих заболеваний.

1. Хронический сиалоаденит развивается самостоятельно, по неизвестным причинам и является первично-хроническим процессом, имея врожденный или наследственный характер. Это связано с генетически обусловленным гомеостазом, определяемым ослаблением реактивности организма и создающим предпосылки для возникновения заболеваний определенных органов и систем, в том числе и СЖ.

2. Эктазия протоков как предрасполагающий фактор является инволютивным процессом, наблюдаемым у пожилых людей.

3. Развитие сиалоаденитов происходит на фоне снижения резистентности организма, коррелирующего с возрастом пациентов.

4. Роль микрофлоры не является ведущей в развитии хронических сиалоаденитов из-за высоких антимикроб-

Для контактов: Рунова Наталья Борисовна, тел. раб. 8(831) 419-83-62, тел. моб. +7 953-415-77-88; e-mail: star@gma.nnov.ru.

ных свойств слюны (несмотря на инфекционный характер большинства заболеваний СЖ).

5. Количественное и качественное изменение состава слюны, наблюдаемое при всех формах хронического сиалоаденита, может приводить к развитию поликистоза околоушных слюнных желез.

6. Микроциркуляторные нарушения в СЖ приводят к снижению интенсивности трофических процессов.

7. Немаловажная роль принадлежит фоновой патологии организма, которая нередко приводит к развитию реактивно-дистрофических процессов в СЖ (особенно в случае интерстициального сиалоаденита).

8. Недостаточность цитомембран и мембрано-деструктивный процесс, наблюдаемый вследствие наследственных или приобретенных нарушений структурно-функциональной организации мембран эпителиальных клеток (липидоз, холестериноз, калькулез), а также нарушение метаболизма и секреции в околоушных слюнных железах из-за дегенерации вегетативной нервной системы способствуют развитию сиалоаденитов.

9. Предрасполагающими факторами являются повышение уровня перекисного окисления липидов и угнетение суммарной антиокислительной активности, приводящие к структурному нарушению биомембран клеток (что наблюдается у больных с синдромом Шегрена).

10. Изначально у пациентов наблюдается развитие сиалозов, которые нередко имеют асимптоматическое течение, но при определенных неблагоприятных условиях (стресс, травма, болезни, нарушение питания, переутомление) переходят в сиалоаденит.

11. Важным моментом в патогенезе заболеваний СЖ являются аутоиммунные процессы в организме.

С этиопатогенетической точки зрения сиалоаденит чаще всего рассматривается как заболевание, развивающееся в результате обструкции выводных протоков. Причины обтурации протоков могут быть различными: реактивная обтурация, стенозы и стриктуры различного генеза, пристеночные полипы, слизистые бляшки. Следствием нарушения оттока слюны из железы является внутриацинарная задержка секрета, активирующая ферментативные реакции в железе, что обуславливает развитие воспаления. Своевременная коррекция нарушений в системе протоков и их профилактика могут быть вариантом повышения эффективности терапии сиалоаденитов.

Таким образом, диагностика воспалительной патологии СЖ является серьезной проблемой челюстно-лицевой хирургии.

Дифференциальная диагностика заболеваний СЖ сопряжена с большим количеством диагностических ошибок. Ретроспективный анализ историй болезней пациентов с такой патологией показывает, что лишь в 24% случаев выявляется первоначально правильная постановка диагноза. Среди причин диагностических ошибок следует отметить недостаточную квалификацию врачей, неполноту сбора анамнеза, нарушение схемы обследования больных. Большинство врачей не владеют специальными диагностическими методами, во многих лечебных учреждениях отсутствует аппаратура для углубленных исследований СЖ. Поэтому тщательный сбор анамне-

за и всестороннее обследование больных, страдающих сиалозами и хроническими формами сиалоаденитов, являются обязательным условием при постановке окончательного диагноза. В случаях упорного, рецидивирующего характера заболевания обследование и лечение должны проводиться в условиях многопрофильного стационара с привлечением таких специалистов, как ревматологи, гастроэнтерологи, эндокринологи, окулисты, невропатологи и др.

Методы обследования слюнных желез

Для диагностики заболеваний СЖ необходимо широко применять не только общие методы обследования (опрос, осмотр, пальпацию, исследование мочи, крови, рентгенографию), но частные (используемые при обследовании больных с определенными заболеваниями) и специальные методы (требующие особых врачебных навыков и специальной аппаратуры и позволяющие получить дополнительные данные для уточнения диагноза).

К частным методам относят зондирование выводных протоков и обзорную рентгенографию области СЖ, исследование их секреторной функции, качественный анализ слюны (исследование физико-химических свойств), цитологическое исследование мазков секрета, сиалографию и пантомосиалографию. Однако рентгенологическое исследование СЖ и их протоков в боковых проекциях в ряде случаев оказывается малоинформативным, так как даже при рентгенопозитивности слюнного конкремента он попадает в тень костной ткани нижней челюсти. Кроме того, известно, что конкременты, локализованные в околоушных СЖ, содержат большое количество рентгенонегативных органических веществ, что обуславливает неэффективность рентгенографии околоушных СЖ в диагностике калькулезных сиалоаденитов. Контрастная сиалография в большинстве случаев идентифицирует внутрипротоковую преграду, не давая точной информации о ее качественном составе.

Наиболее информативными и достоверными являются специальные методы исследования СЖ, что диктует необходимость расширения показаний к их использованию.

Дигитальная (субтракционная) динамическая сиалография повышает диагностические возможности сиалографии за счет субтракции, т.е. вычитания окружающего фона костнотканых образований. Использование современных цифровых технологий позволяет не только снизить лучевую нагрузку на пациента в несколько раз, но и дает возможность визуализировать в режиме реального времени заполнение контрастным веществом протоков железы и его эвакуацию с оценкой амплитуды движения конкремента по протоку и степени обтурации протока камнем, что важно с точки зрения последующего выбора метода лечения.

Компьютерная и магнитно-резонансная сиалотомография эффективны при попадании конкремента в плоскость среза, при малом диаметре конкремента (менее 5 мм) информативность метода резко уменьшается.

Метод *сиалосонографии* (УЗИ) основан на разной степени поглощения и отражения ультразвука тканями СЖ с различным акустическим сопротивлением. Сиалосонография дает представление о макроструктуре СЖ.

По эхограмме можно судить о величине, форме и соотношении слоев ткани железы с различной плотностью, выявлять склеротические изменения, слонные камни и границы новообразований.

Термосиалография (тепловидение) позволяет наблюдать в динамике изменение температуры в области СЖ, определяя эффективность проводимого лечения.

Метод *радиосиалографии околоушных СЖ* (радиоизотопная сиалометрия) заключается в записи кривых интенсивности радиоактивного излучения над околоушными СЖ и сердцем после внутривенного введения натрия пертехнетата и позволяет оценить функцию СЖ.

Диагностическая пункция относится к морфологическим методам исследования. Однако из-за ее малой информативности наиболее часто используется *биопсия* малых СЖ. В настоящее время разработаны четкие количественные и качественные критерии оценки данных биопсии малых СЖ. Наиболее часто встречающееся состояние железистой ткани — фиброз, который может локализоваться в строме или перидуктально. Второй по важности параметр — наличие инфильтрации, которая различается по локализации (в строме или перидуктально), по виду (мононуклеарная, эозинофильная, нейтрофильная, лимфоидная) и по степени проявления (слабая, средняя, сильная). Вид инфильтрации позволяет предположить тип патологического процесса. Так, лимфоидная инфильтрация указывает на необходимость дифференцирования лимфомы, ревматоидной гранулемы, аутоиммунного процесса; нейтрофильная инфильтрация указывает на первичный, чаще бактериальный процесс; мононуклеарная — на хронический воспалительный процесс, вызванный вирусами (цитомегаловирус, Эпштейна—Барр, герпес), внутриклеточными бактериями (хламидиями, токсоплазмами, микоплазмами) или грибами. Количественная оценка — это количество клеток в инфильтрате. Атрофия характеризуется количеством нефункционирующих желез на единицу площади. Гистологическое описание препарата включает также оценку состояния выводных протоков, которые могут быть изменены, сужены — при сиалозах и кистозно расширены — при сиалодохитах. Сопоставление результатов биопсии малых СЖ с данными основных и дополнительных методов исследования с учетом наличия общесоматической патологии позволяет значительно снизить вероятность постановки ошибочного диагноза.

Современным лечебно-диагностическим методом является *сиалоэндоскопия больших СЖ* с применением микроэндоскопов, позволяющая визуализировать внежелезистую порцию выводного протока железы. В зону обследования входит и большинство областей внутрижелезистой протоковой системы, вплоть до протоков 2—3-го, а в некоторых случаях и 4—5-го порядков. Наличие второго рабочего канала в тубусе эндоскопа позволяет одновременно с диагностической ревизией системы протоков провести необходимые лечебные манипуляции (бужирование, баллонную пластику, внутрипротоковое очаговое лазерное воздействие, полное удаление или фрагментацию конкрементов или инородных тел).

Для проведения сиалоэндоскопического исследования разработаны специальные диагностические критерии,

такие как цвет стенки протока, ее эластичность; наличие инъекций сосудов в стенке протока; наличие патологических включений в просвете протока — конкрементов (фиксированных в протоке или подвижных, мигрирующих, слизистых пробок, фиксированных эластичных бляшек, обтурирующих протоки, полипов; наличие стенозов.

Эндоскопическое исследование больших СЖ является малоинвазивной, простой и высокоинформативной процедурой. Немаловажно, что каждой форме хронического сиалoadенита соответствует специфическая эндоскопическая картина, что позволяет с высокой степенью точности установить форму сиалoadенита.

1) Эндоскопическая картина при паренхиматозном сиалoadените характеризуется наличием неравномерно расширенных участков протоков 3—4-го порядков. У таких больных обнаруживаются пристеночные слизистые бляшки на внутренней поверхности протока. У большинства пациентов определяются слизистые пробки в протоках 2—3-го порядков, которые частично или полностью обтурируют просвет протока. Стенки протока, как правило, имеют светло-розовый цвет с бледно-розовыми и белесоватыми участками.

2) При хроническом интерстициальном сиалoadените система протоков характеризуется отеком и пастозностью стенки. Отдельные протоки 2—3-го порядков резко сужены и трудно проходимы тубусом эндоскопа. У некоторых пациентов устья протоков окружены фиброзными кольцами, что классифицируется как стеноз в области протоковых фуркаций. Окраска внутренней поверхности протоков — равномерная, бледно-желтая или сероватозеленая.

3) Основным признаком сиалодохита — инъекции сосудов в стенках главного протока и протоков 1, 2 и 3-го порядков. Сосудистый рисунок выражен неравномерно — участки стенки протока с выраженной сосудистой сеткой чередуются с анемичными фрагментами. На всех уровнях отмечается гиперемия различных участков протоков, чередующаяся с участками ишемии и склеротически измененными фрагментами. В просветах протоков обнаруживаются патологические включения в виде хлопьевидных образований неправильной формы. Цвет стенки протока варьирует от ярко-розового до бордового с гладкой блестящей поверхностью, напоминающей перламутр.

Возможность одновременного проведения хирургического вмешательства на системе протоков делает сиалоэндоскопию методом выбора в диагностике и лечении хронической воспалительной патологии больших СЖ.

Микробиологическое исследование микрофлоры протоков СЖ показывает наличие специфической микрофлоры, вызывающей развитие сиалoadенитов: при обострениях хронических сиалoadенитов в содержимом протоков преобладает смешанная микрофлора, представленная облигатно и факультативно анаэробными видами (в выделенных ассоциациях доминируют микроаэрофильные стрептококки и грамотрицательные палочки семейства энтеробактерий). Обнаруженная микрофлора в большинстве случаев чувствительна к бета-лактамам пенициллинам и современным фторхинолонам (амоксиклав, левофлоксацин, моксифлоксацин). Данные антибиотики имеют высокую эффективность и являются

препаратами выбора у пациентов с обострениями хронических сиалоаденитов.

Основные принципы лечения

Лечебные мероприятия при **сиалоадените** могут осуществляться как в условиях стационара, так и в поликлинике, что определяется тяжестью течения заболевания, комплексом лечебных методов и зависит от объема терапевтических и хирургических мероприятий, а также социально-бытовых условий пациента.

Лечение больных с хроническими сиалоаденитами в стадии обострения в большинстве случаев проводится в условиях стационара и направлено на купирование острых воспалительных явлений в СЖ и предупреждение развития осложнений. Основная роль отводится антибиотикотерапии. Традиционные методы введения антибиотиков не всегда бывают эффективными ввиду нарушения кровообращения в пораженной СЖ. При воспалительных заболеваниях СЖ в процесс активно вовлекается лимфатическая система. В нее из очага воспаления всасываются продукты распада клеток и нарушенного метаболизма, патогенные микроорганизмы, которые не только сохраняются, но и размножаются в лимфатических узлах с образованием токсических продуктов. Однако не все антибактериальные препараты, применяемые при воспалительных заболеваниях СЖ, обладают лимфотропным действием. Поэтому в настоящее время используется методика регионарного лимфотропного введения препаратов в область сосцевидного отростка, что позволяет снизить суточные дозы антибиотиков с одновременным увеличением терапевтической концентрации лекарственных средств в тканях и жидкостях организма.

У больных с хроническими сиалоаденитами в стадии ремиссии наибольший эффект отмечается при применении комплекса лечебных мероприятий, направленных на решение следующих задач:

- повышение неспецифической реактивности организма и коррекцию нарушенного иммунитета;
- улучшение трофики СЖ и стимуляцию ее функции;
- предупреждение рецидивирования воспалительного процесса (комплекс лечебных мероприятий проводится в зависимости от периода заболевания — обострения или ремиссии);
- приостановление нарастания склерозирования стромы и дегенеративных изменений в паренхиме;
- снижение токсического воздействия на организм системных заболеваний, характерных для каждой формы хронического сиалоаденита; с этой целью больных следует направлять к профильным специалистам для проведения лечения.

Независимо от формы заболевания, стадии и активности процесса лечение начинают с ликвидации хронических очагов воспаления (санации полости рта, ЛОР-органов и др.).

Выбор лечебных мероприятий осуществляется с целью воздействия на патогенетические звенья функционального и морфологического характера, определяемые у больных хроническим сиалоаденитом. Методы лечения довольно разнообразны по комплексу лекарственных средств и способу их применения.

1. С целью повышения иммунитета успешно применяются поливитамины, нуклеинат натрия, а также метод интраканального УФ-облучения протоков СЖ с использованием гибких световодов (с помощью малогабаритного локального УФ-облучателя «Яхонт»).

В весенне-осенний период усиливается риск обострения хронических сиалоаденитов, поэтому коррекцию иммунитета в это время года целесообразно проводить в виде профилактической терапии. Большое значение необходимо придавать условиям жизни больного: правильному и регулярному питанию, разумному сочетанию режима труда и отдыха, аутотренингу, гимнастике.

Положительные результаты лечения наблюдаются при использовании лекарственных препаратов растительного происхождения: настойки календулы, сока подорожника, сиропа шиповника, экстракта чабреца.

2. С целью нормализации нарушенного обмена нуклеиновых кислот, наблюдаемого преимущественно у больных интерстициальным сиалоаденитом, широко применяются стафилококковый анатоксин, бактериофаг, инъекции РНК-азы, электрофорез с ДНК-азой, Продигозан.

В качестве мембраностабилизатора назначается α -токоферол, регулирующий нарушенные антиокислительные процессы.

Новокаиновая блокада, предложенная А.В. Вишневым, используется с целью нормализации трофических процессов в железе. Наиболее выражено ее положительный эффект отмечается в сочетании с компрессами диметилсульфоксида и гепарина натрия.

Гипертермическая реакция кожных покровов на месте введения 0,5% раствора Новокаина сохраняется в течение 2—3 сут, поэтому рекомендуется проводить блокаду 1 раз в 2—3 дня. Тримекаиновая или лидокаиновая блокада дают менее выраженный гипертермический эффект. Всего на курс назначают 5—10 блокад в области каждой СЖ, чередуя стороны при двустороннем процессе.

Димексид улучшает тканевую микроциркуляцию, оказывает анальгезирующее, бактериостатическое действие, особенно при внутривнутрипротоковом введении 30% раствора.

Галантамин (0,5—1,0% раствор) в виде подкожных инъекций с целью улучшения секреторной активности железы показан у больных интерстициальным сиалоаденитом и сиалодохитом.

Раствор Пирогенала улучшает трофику и функцию СЖ, приостанавливает развитие рубцов и спаек, в связи с чем рекомендуется к применению у больных с паренхиматозным сиалоаденитом.

3. При обострении процесса в комплекс лечебных мероприятий следует включать парентеральное введение протеаз, криохирургию, магнитотерапию СЖ и верхнего шейного симпатического ганглия. Внутривнутрипротоковое введение протеаз может привести к еще большему обострению процесса.

У больных с обострившимся паренхиматозным сиалоаденитом положительные результаты наблюдаются при использовании ингибитора протеаз Контрикала, который приводит к быстрому купированию сиалоаденита, а при синдроме Шегрена — к улучшению секреции.

Положительный эффект отмечается после введения в

протоки околоушных СЖ лиофилизированного панкреатического сока, суспензии цинк-инсулина, витамина А и масла шиповника.

4. Общесоматические заболевания, в большинстве случаев диагностируемые у пациентов с сиалоаденитами, оказывают на паренхиматозные органы, в том числе и на СЖ, токсическое воздействие и приводят к изменению их гемодинамики, вследствие чего возникает нарушение микроциркуляции органа. Указанные процессы определяют сущность хронического воспаления, приводя к развитию фиброзных и склеротических изменений и ксеростомии.

С учетом этого факта больным с сиалоаденозами и хроническими формами сиалоаденитов следует проводить инфузионную терапию с использованием гемодеза и реополиглобулина. Причем раствор гемодеза можно использовать как в виде наружных блокад (50 мл) на область СЖ в сочетании с внутривенными вливаниями 400 мл физиологического раствора и раствора глюконата кальция, так и внутривенно (400 мл), сочетая с электрофорезом дезоксирибонуклеазы на область желез.

5. Физиолечение широко используется у больных сиалоаденитами:

при длительности заболевания не более 5 лет рекомендуется ультразвуковая терапия области СЖ;

благоприятный эффект наблюдается при проведении электрофореза области СЖ с 1% раствором лизоцима на 0,5% растворе хлорида натрия или электрофореза с 1% раствором аскорбиновой кислоты. Использование внутрижелезистого введения лекарственных препаратов через околоушной проток с помощью электрофореза увеличивает скорость их проникновения в 3 раза;

лазеротерапия усиливает регионарное кровообращение в СЖ, что позволяет значительно удлинить периоды ремиссии. Применение внутрипротокового лазерного облучения дает более сильный лечебный эффект и способствует уменьшению размеров полостей при паренхиматозном сиалоадените;

положительные результаты дает использование переменного магнитного поля на область СЖ;

аксонотерапия — электростимуляция активных точек в области околоушных СЖ — эффективна при лечении больных с паренхиматозным паратитом;

воздействие гелиево-неоновым лазером на область пораженной СЖ (курс лечения составляет 10 процедур) позволяет нормализовать вязкость и pH слюны, а также купировать воспалительный процесс в более короткие сроки. Одновременно с этим у больных отмечается улучшение общего состояния, нормализация сна и исчезновение болевого синдрома.

6. Гирудотерапия оказывает противовоспалительное, иммунорегуляторное, гипосенсибилизирующее, противотечное, тромболитическое, обезболивающее, гипотензивное, антиатеросклеротическое действия и обладает рядом других положительных свойств. Она эффективна у больных, страдающих интерстициальным сиалоаденитом и сиалозами, но с осторожностью должна применяться у пациентов с синдромом Шегрена и хроническим паренхиматозным сиалоаденитом.

При лечении больных с **сиалозами** применяется комплекс патогенетической терапии, включающий сульфат магния, Мезим-форте, Продиогиозан, лимонную кислоту, γ -глобулины, поливитамины, гемотрансфузию.

Лечение должно быть направлено на элиминацию метаболитов или реутилизацию фосфолипидно-кальциевых компонентов тканевого детрита, восстановление резистентности клеточных мембран, мембранорепарацию.

Терапия больных с **синдромом Шегрена** имеет свои особенности, связанные с аутоиммунным характером заболевания. Наибольший эффект дает включение в комплекс лечения кортикостероидных препаратов и цитостатиков. Однако использование преднизолона должно проводиться с большой осторожностью, так как кортикостероиды способны активизировать цитомегаловирусную инфекцию, которая нередко рассматривается как этиологический момент в развитии данной патологии.

При лечении больных с синдромом Шегрена показаны аурикулярная иглорефлексотерапия, вибро-, гидромассаж малых СЖ, мануальная рефлексотерапия, способствующие уменьшению ксеростомии.

Рентгенотерапия СЖ малоэффективна из-за рецидивирования заболевания. Наилучшие (кратковременные) результаты наблюдаются при облучении желез в случае лимфоэпителиальных поражений: при синдроме Микулича, болезни Шегрена. Используют малые дозы облучения (суммарно от 5 до 10 Гр/с). Применение метода ограничено из-за угасания функционирования всех СЖ, а также вследствие развития наведенных радиогенных опухолей после рентгенотерапии.

Несмотря на достигнутые на современном уровне успехи в консервативном лечении различных форм хронических сиалоаденитов, полного излечения не наступает и возможны рецидивы, в ряде случаев (особенно на поздних стадиях) приходится прибегать к хирургическим методам: симпатической денервации околоушных СЖ, удалению СЖ или перевязке околоушного протока с денервацией ушно-височного нерва. Следует, однако, отметить, что большинство оперативных вмешательств, проводимых на околоушных СЖ, связаны с развитием осложнений (парезом мимических мышц, образованием слюнных свищей и др.), требующих длительных послеоперационных коррекций.

Особенно важна при лечении больных сиалоаденитами его профилактическая направленность. На первый план выступают взаимодействие и преемственность действий между поликлиническими и стационарными врачами-стоматологами и профильными специалистами. Сложности диагностики и лечения заболеваний СЖ обуславливают необходимость диспансеризации таких больных.

Реабилитация больных с заболеваниями СЖ (медицинская, социальная, профессиональная) должна включать 4 периода: обследование, установление диагноза и стадии заболевания, проведение лечения соответственно этим стадиям, контроль и лечение в последующем периоде.