



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Клинические рекомендации

Сиалоденит (Сиаладенит)

Кодирование по Между- K11.2
народной статистической клас-
сификации болезней и проблем,
связанных со здоровьем:

Возрастная группа: Взрослые, дети

Год утверждения: 202_

Разработчик клинической рекомендации

Общероссийская Общественная организация «Общество специалистов в области
челюстно-лицевой хирургии

Ассоциация общественных объединений «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 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	8
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	8
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	8
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	9
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	10
2.1 Жалобы и анамнез	11
2.2 Физикальное обследование.....	11
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	13
2.4 Инструментальные диагностические исследования	14
2.5 Иные диагностические исследования	21
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.	22
3.1 Консервативное лечение пациентов с острым сиаладенитом	23
3.2 Консервативное лечение пациентов с обострением хронического сиаладенита	23
3.3 Общее консервативное лечение при обострении хронического сиаладенита.....	24
3.4 Местное консервативное лечение при обострении хронического сиаладенита	24
3.5 Консервативное лечение пациентов с хроническими сиаладенитами в состоянии ремиссии	25
3.6 Хирургическое лечение пациентов с хроническими сиаладенитами	27
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации	29
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.	30
6. Организация оказания медицинской помощи	31
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	32

Критерии оценки качества медицинской помощи	32
Список литературы.....	34
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	44
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	45
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата.....	47
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	48
Приложение В. Информация для пациента	52
Приложение Г1 - ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	52

Список сокращений

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем Всемирной организации здравоохранения десятого пересмотра.

СЖ – слюнная железа.

ОУСЖ – околоушная железа.

ПЧСЖ – подчелюстная железа.

СКБ - слюннокаменная болезнь

Термины и определения

Сиалоаденит (далее: сиаладенит) – группа заболеваний СЖ воспалительной природы.

Интерстициальный сиаладенит – сиаладенит, отличительным признаком которого на сиалограмме является сужение и прерывистость выводных протоков.

Паренхиматозный сиаладенит (паротит) – сиаладенит, отличительным признаком которого на сиалограмме являются множественные округлые сиалэктазы концевых отделов.

Протоковый сиаладенит – сиаладенит, отличительным признаком которого на сиалограмме являются расширения (сиалэктазы) и сужения (стриктуры) выводных протоков. При отсутствии слюнных камней именуется сиалодохитом.

Протоковый сиаладенит – сиаладенит, отличительным признаком которого на сиалограмме являются расширения (сиалэктазы) и сужения (стриктуры) выводных протоков. При наличии слюнных камней именуется слюннокаменной болезнью или калькулёзным сиаладенитом.

Субъективная ксеростомия – жалобы на сухость полости рта, которые не подтверждаются во время осмотра (слизистая оболочка полости рта увлажнена) и результатами сиалометрии (количество слюны в норме или снижено незначительно)

Объективная ксеростомия – жалобы на сухость полости рта, которые подтверждаются во время осмотра (слизистая оболочка полости рта сухая) и результатами сиалометрии (количество слюны снижено значительно или слюна не выделяется совсем)

Сиалометрия – количественное и качественное исследование функциональных возможностей СЖ посредством сбора в течение определённого промежутка времени протоковой слюны с помощью полиэтиленовых катетеров или смешанной слюны посредством сплёвывания.

Протоковая слюна – секрет, полученный непосредственно из околоушного или поднижнечелюстного протока.

Смешанная слюна – совокупность ротовой жидкости, основу которой составляет слюна больших и малых СЖ. В смешанной слюне в незначительном количестве присутствуют: десневая жидкость, клетки слущенного эпителия протоков и слизистой оболочки полости рта, микрофлора, частицы зубного налета и пищевого детрита.

Контрастная рентгенография протоков слюнных желез (сиалография) – позволяет обнаружить структурные нарушения выводных протоков и паренхимы врождённого

или приобретённого в процессе заболевания характера. В качестве контрастного средства используют водорастворимые высокоосмолярные и низкоосмолярные средства, содержащие йод.

Эндоскопический доступ (эндоскопия) - малоинвазивный метод диагностики и лечения заболеваний протоков больших слюнных желез, осуществляемый при помощи полужесткого эндоскопа.

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

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Сиалоаденит (сиаладенит) - K11.2 (исключены эпидемический паротит – B26 и увеопаротидная лихорадка Хирфорда – D86.8) – это хроническое по своему течению воспалительное заболевание слюнных желёз, клиническими формами которого являются: интерстициальный сиаладенит, паренхиматозный сиаладенит, протоковый сиаладенита в виде сиалодохита; протоковый сиаладенит в виде слюннокаменной болезни (калькулёзного сиаладенита) [1; 2; 3; 4; 5].

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

Воспалительный процесс в СЖ может быть по своему происхождению специфическим и неспецифическим, по своему течению - острым и хроническим. Причиной острого сиаладенита чаще всего являться инфекционный фактор вирусной или бактериальной природы (эпидемический паротит, гриппозный паротит, постинфекционный и послеоперационный острый бактериальный сиаладенит). Хронические сиаладениты возникают:

1) на фоне системных заболеваний (паренхиматозный сиаладенит при синдроме Шегрена и ревматологическом заболевании) [6; 7; 8; 9; 10];

2) на фоне заболеваний, нарушающих пищеварительную функцию, нервно-гуморальную регуляцию, обмен веществ (интерстициальный сиаладенит как продолжение интерстициального сиаладеноза) [4; 5; 11; 12; 13; 14; 15];

3) на фоне врождённых изменений (мальформаций) выводных протоков в виде расширений (эктазий) и сужений (стриктур) расширенных протоков (протоковый сиаладенит в виде сиалодохита как продолжение протокового сиаладеноза и слюннокаменная болезнь, которая является следствием задержки и конденсации слюны на фоне сиалодохита);

4) на фоне врождённых шаровидных расширений (сиалозктазов) концевых отделов (паренхиматозный сиаладенит как продолжение паренхиматозного сиаладеноза) [13; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 22];

5) на фоне врождённой пенетрации ацинарной ткани в структуру околоушных лимфатических узлов (лимфогенный паротит как перифокальная форма регионарного лимфаденита околоушных лимфатических узлов).

6) в результате распространения острого одонтогенного воспалительного процесса на ткань СЖ (контактный сиаладенит) [2; 5; 13].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Сиаладенит преимущественно является по своему характеру неспецифическим хроническим рецидивирующим воспалительным заболеванием не инфекционного происхождения, Сиаладенит не обладает контагиозностью, которая может быть предметом изучения эпидемиологии. В данном контексте может обсуждаться только встречаемость и распространённость хронического сиаладенита и его клинических форм. Специфические сиаладениты возникают в качестве вторичного поражения СЖ микобактериями туберкулёза при туберкулёзе, бледной трепонемой при сифилисе или актиномицетами при актиномикозе. Инфекция может попадать в СЖ лимфогенным, гематогенным путями, реже - через выводной проток. Туберкулез и сифилис слюнных желез встречается в 0,5% случаев всех заболеваний слюнных желез, актиномикоз - в 2.3 % случаев актиномикоза челюстно-лицевой области [5; 13; 23; 24; 25].

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

Сиалоаденит (Сиаладенит) - K11.2.

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Классификации заболеваний слюнных желёз по МКБ-10 в Российской Федерации должна применяться в контексте клинической классификации Ромачевой И.Ф. и Афанасьева В.В. [1; 2], согласно которой диагноз «сиаладенит» (K11.2. Сиаладенит) может быть детализирован в виде различных клинических форм:

Острый сиаладенит: вирусный; бактериальный; серозный; гнойный; лимфогенный; послеоперационный; травматический.

Хронические формы сиаладенита: хронический интерстициальный сиаладенит; хронический паренхиматозный сиаладенит (паротит); хронический протоковый сиаладенит (сиалодохит); калькулезный сиаладенит (слюннокаменная болезнь)

Особенности, которые следует учитывать при построении диагноза:

- локализация сиаладенита, (поражённая железа или группа желёз);
- течение сиаладенита: ремиссия, рецидив (обострение);
- активность сиаладенита: неактивное течение, активное течение;
- стадия сиаладенита: начальная, клинически выраженная, поздняя

**Классификация слюннокаменной болезни А.В. Клементова (1960)
в модификации Н.Д. Лесовой (1972)**

А. По клиническому проявлению: а) скрытый период;

б) с выраженными клиническими признаками;

в) период обострения.

Б. По локализации:

а) во внутрижелезистом отделе;

б) во внежелезистом отделе;

в) во вне- и во внутрижелезистом отделах.

В. По стороне поражения:

а) слева;

б) справа;

в) с двух сторон.

Г. По течению заболевания:

а) без осложнений;

б) с осложнениями.

Д. По отдаленным результатам лечения:

а) рецидив камнеобразования;

б) воспалительные явления после отхождения или удаления камня;

в) сиалодохиты после удаления железы.

[26; 27; 28]

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

Пациентов с различными формами сиаладенита могут беспокоить: боль, припухание в области СЖ, сухость полости рта. Боль и припухлость СЖ наиболее выраженные во время обострения паренхиматозного сиаладенита (паротита), наименее выраженные – при обострении интерстициального сиаладенита. При слюннокаменной болезни боль (слюнная колика) и кратковременная припухлость СЖ могут возникать во время приема пищи. Обтурация протока камнем может привести к возникновению абсцесса челюстно-

язычного желобка, что требует оказания неотложной помощи в стационаре. При протоковом сиаладените (сиалодохите) по ходу околоушного или поднижнечелюстного протоков можно пальпировать плотный болезненный тяж. Наличие в области основного протока или в паренхиме СЖ локального уплотнения с колющим болевым эффектом может указывать на наличие слюнного камня. В состоянии ремиссии хронического сиаладенита в начальной стадии заболевания боль и припухлость СЖ отсутствуют. В поздней стадии сиаладенита припухлость СЖ становится постоянной за счет фиброза СЖ. В некоторых случаях припухлость околоушных СЖ является признаком не сиаладенита, а лимфаденитом регионарных внутрижелезистых лимфатических узлов (ложного паротита Герценберга).

Слюна у пациента с сиаладенитом при массировании: мутная, вязкая, может содержать примесь фибрина. При обострении сиаладенита в слюне появляется гной: при паренхиматозном паротите - в максимальном количестве, при интерстициальном сиаладените - в минимальном количестве, вплоть до его отсутствия. Струйное выделение слюны во время массирования СЖ указывает на наличие эктазий выводных протоков, которые являются патогенетической основой протокового сиаладенита (сиалодохита). Слюна, при этом, может иметь солоноватый привкус. Выделение слюны в виде капли слизи или отсутствие слюны при массировании, является симптомом объективной ксеростомии. Объективная ксеростомия сочетается с гипосаливацией, определяемой с помощью сиалометрии. Наиболее выраженной степени объективная ксеростомия достигает при поражении СЖ у пациентов с синдромом Шегрена и при постлучевом сиаладените. Объективная ксеростомия в большинстве случаев является необратимой и требует применения саливозаменителей. Субъективная ксеростомия не сопровождается гипосаливацией, восприятие сухости в полости рта является следствием повышения вязкости слюны и изменения ее реологических свойств. После излечения общесоматических заболеваний, отмены лекарств, вызывающих ксеростомию, сухость в полости рта может быть уменьшена или устранена. [3; 4; 5; 13].

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

Для постановки у первичного пациента предварительного диагноза – «сиаладенит», врачу-стоматологу любой специальности (врач-стоматолог, врач-стоматолог-ортопед, врач-стоматолог-терапевт, врач-стоматолог-хирург) рекомендуется провести физикальные методы обследования. При наличии соответствующей квалификации, полученной на кур-

сах повышения квалификации, врачам-стоматологам, врачам-стоматологам-ортопедам, врачам-стоматологам-терапевтам, врачам-стоматологам-хирургам, исходя из наиболее вероятного предварительного диагноза, рекомендуется провести комплексное обследования пациента с помощью дополнительных методов исследования, дифференциальную диагностику, поставить окончательный клинический диагноз. При отсутствии соответствующей квалификации, полученной на курсах повышения квалификации, врачам-стоматологам, врачам-стоматологам-терапевтам, врачам-стоматологам-ортопедам, рекомендовано направить пациента для комплексного обследования, дифференциальной диагностики и постановки окончательного диагноза к врачу-стоматологу-хирургу и врачу-челюстно-лицевому хирургу, профессиональный стандарт которых предполагает такую квалификацию [3; 5; 13].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

2.1 Жалобы и анамнез

Рекомендовано для дифференциальной диагностики форм сиалоаденита проводить пациентам сбор жалоб и анамнеза. [3; 5; 13]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: У первичного пациента следует выслушать жалобы, которые при сиалоадените могут быть следующими: боль, припухлость СЖ, ксеростомия (сухость в полости рта), уточнить с помощью анамнеза: время появления и продолжительность данных жалоб, их периодичный или постоянный характер, интенсивность, их зависимость от разных факторов, методов лечения и принимаемых лекарственных препаратов, прочее. Следует обратить внимание, что припухлость и боль (слюнная колика) во время еды, может указывать на наличие слюнного камня в околоушном или поднижнечелюстном протоках (слюннокаменная болезнь, сиалолитиазис). Постоянная, выраженная сухость полости рта, требующая смачивания полости рта водой и употребление во время приема пищи жидкости, может указывать на наличия у пациента паренхиматозного паротита при синдроме Шегрена. Следует выяснить у пациента перенесенные и сопутствующие заболевания, многие из которых могут являться причиной развития интерстициального сиалоаденита.

2.2 Физикальное обследование

Рекомендовано для дифференциальной диагностики форм сиалоаденита проводить пациентам физикальное обследование [3; 4; 5; 13].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: Первичному пациенту с предполагаемым сиаладенитом рекомендовано провести внешний осмотр челюстно-лицевой области. Нарушение конфигурации лица за счет припухлости отдельной СЖ, парных СЖ, или всех околоушных и поднижнечелюстных СЖ, будет свидетельствовать об обострении сиаладенита. Припухлость во время ремиссии будет признаком поздней стадии хронического сиаладенита. Припухлость СЖ на момент обращения может отсутствовать, что является признаком ремиссии хронического сиаладенита. При пальпации, припухлость СЖ может быть болезненной и безболезненной, плотной и мягкой. Плотная и болезненная припухлость околоушных СЖ может быть признаком обострения паренхиматозного сиаладенита (паротита), мягкая и слабо болезненная припухлость СЖ характерна для обострения интерстициального сиаладенита. При пальпации по ходу околоушного или поднижнечелюстного протоков можно определить плотный болезненный тяж, который возникает во время обострения хронического протокового сиаладенита (сиалодохита), или локальное уплотнение с характерным колющим болевым эффектом, которое соответствует слюнному камню. При осмотре у пациента с предполагаемым сиаладенитом тканей и органов полости рта следует обратить внимание на состояние слизистой оболочки. Она должна быть бледно-розовой, влажной, под языком должно быть некоторое количество смешанной слюны. При объективной ксеростомии слизистая оболочка полости рта сухая, блестящая, со следами повреждений, свободная смешанная слюна под языком отсутствует или имеются участки пенистой слюны.

При массаже СЖ из протоков должна выделяться в умеренном количестве прозрачная жидкая слюна без каких-либо примесей. При сиаладените слюна может выделяться умеренно, может выделяться в виде капли, может не выделяться совсем; может быть жидкой, вязкой, мутной, с примесью фибрина, с гнойным содержимым. Данные характеристики могут меняться и комбинироваться в зависимости от обострения и ремиссии хронического сиаладенита, стадии (начальной, клинически выраженной, поздней), эффективности проводимого лечения.

Врачу стоматологу, врачу-стоматологу-терапевту, врачу-стоматологу-ортопеду рекомендовано выполнить осмотр и физикальное обследование первичного пациента, провести анализ информации, полученной при обследовании первичного пациента, установить наиболее вероятный предварительный диагноз, направить первичного пациента к специалисту (врачу-стоматологу-хирургу, врачу-челюстно-лицевому хирургу).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Рекомендовано для дифференциальной диагностики форм сиалоаденита проводить пациентам лабораторно диагностические исследования.

Комментарии: у первичного пациента врачу-стоматологу любой специальности (врач-стоматолог, врач-стоматолог-ортопед, врач-стоматолог-терапевт, врач-стоматолог-хирург, врач-челюстно-лицевой хирург) при наличии симптомов, свидетельствующих об обострении сиалоаденита, рекомендовано проведение **общего (клинического) анализа крови**. При наличии увеличения СОЭ, не связанного с обострением сиалоаденита, рекомендовано проведение **анализа крови биохимического общетерапевтического** (С-реактивный белок, белковые фракции) и при наличии нарушений, пациента рекомендовано направить на консультацию и обследование к врачу-ревматологу. Уровень лабораторной диагностики, необходимый для постановки окончательного диагноза – синдром Шегрена, не входит в компетенцию врача-стоматолога, а является прерогативой врача-ревматолога.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Рекомендуется пациентам при подозрении на интерстициальный сиалоаденит исследование уровня глюкозы в крови, выполнение глюкозотолерантного теста, исследования уровня гликированного гемоглобина в крови, **исследование** тиреотропного гормона (ТТГ) в крови, исследования уровня прогестерона в крови, исследования общего эстрадиола в крови с целью выявления коморбидных эндокринных нарушений и заболеваний (щитовидной железы, поджелудочной железы, половых желез). [3; 4; 5; 13; 29-34].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Рекомендуется у пациентов с подозрением на острый сиалоаденит вирусной этиологии определение антител классов М, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Citomegalovirus) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна-Барра (Epstein - Barr virus), антител класса М (IgM) к вирусу паротита (Mumps virus) в крови с целью дифференциальной диагностики с неспецифическими формами сиалоаденита [23; 36; 37; 38].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: Пациенту в таком случае рекомендуется соблюдать карантинные мероприятия и проходить лечение у специалиста. По рекомендации врача-инфекциониста

врач-стоматолог может участвовать в комплексном обследовании и лечении данных пациентов

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Необходимо у пациентов с предварительным диагнозом «сиаладенит» провести комплексное обследование с применением общих, частных и специальных методов исследования.

Среди частных методов исследования: бужирование протоков слюнных желез; сиалометрия; цитологическое исследование слюны; контрастная рентгенография протоков слюнных желез (сиалография); рентгенография всего черепа (обзорная рентгенография СЖ), при подозрении на слюннокамennую болезнь, пациента обследуют с помощью компьютерной томографии). Среди специальных методов исследования: компьютерная томография челюстно-лицевой области; магнитно-резонансная томография мягких тканей головы; ультразвуковое исследование (сонография); сцинтиграфия СЖ; биопсия слюнной железы и патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей слюнной железы. Частные дополнительные методы исследования выполняются непосредственно врачом-стоматологом, специальные методы исследования требуют для выполнения специальной аппаратуры и выполняются соответствующим специалистом по направлению врача-стоматолога. Некоторые дополнительные исследования направлены на исследование функционального состояния СЖ, другие дополнительные методы – на исследование структурного состояния СЖ.

Рекомендовано у пациентов с протоковым сиаладенитом зондирование внежелезистых отделов главного выводного протока СЖ для исключения наличия стриктур и сиалолитов [3; 4; 5; 13]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: Зондирование выполняется коническим двухсторонним зондом для протоков слюнных желез. После введения зонда через устье в проток, зонд следует продвигать осторожно во избежание повреждения протока или проталкивания слюнного камня в СЖ. В связи с небольшой информативностью, показания для зондирования протоков СЖ определяются врачом-стоматологом индивидуально. Бужирование устья и протока СЖ выполняется острым коническим зондом. Значение бужирования вспомогательное. После бужирования, в расширенное устье протока можно ввести металлическую канюлю или полиэтиленовый катетер для проведения сиалометрии или контрастной рентгенографии протоков слюнной железы (сиалографии).

Рекомендовано пациентам с интерстициальным сиаладенитом, предъявляющих жалобы на сухость в полости рта, проведение сиалометрии для определения формы ксеростомии и степени ее выраженности [13; 39; 40; 41; 42]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5) – для детей

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4) – для взрослых

Комментарии: Дополнительный метод исследования, позволяющий исследовать и оценить количественные и качественные параметры секреторной функции слюнных желез. Показания для проведения сиалометрии: жалобы на сухость полости рта (ксеростомия). Методики сиалометрии: сиалометрия протоковой слюны, сиалометрия смешанной слюны, сиалометрия не стимулированная (фоновое слюноотделение), сиалометрия стимулированная (в ответ на фармакологический препарат, пищевой раздражитель и/или жевательную функцию). Для забора протоковой слюны используют металлические канюли, полиэтиленовые катетеры. Оценку показателей секреторной функции СЖ производят по количеству слюны в мл, и по скорости слюноотделения в мл/мин. Показатели секреторной функции СЖ переменчивы и зависят от многих факторов. Разнообразные методики сиалометрии не всегда унифицированы как по особенностям проведения, так и по параметрам оценки результатов.

Рекомендуется определять количество и скорость слюноотделения смешанной слюны с помощью следующей методики сиалометрии: Сиалометрия смешанной слюны по Пожарицкой М.М. (1967) пользуется среди специалистов наибольшим авторитетом. Является простой в исполнении, учитывает возрастные и гендерные особенности пациентов. Выполняется в первой половине дня, с 10 до 12 часов, через 2-2,5 часа после завтрака, посредством сплевывания слюны в градуированную стеклянную пробирку в течение 10 мин (примечание: можно 5 мин или 15 мин, на определение скорости слюноотделения это не влияет). Возможны варианты: без стимуляции и после стимуляции жевательной резинкой. Для большей объективности исследование рекомендуется повторить несколько раз. Скорость слюноотделения рекомендовано вычислять по формулам: для мужчин $[-0,09(X - 25) + 5,71]$; для женщин $[-0,09(X - 25) + 4,22]$, где X – возраст в годах. Показатели сиалометрии смешанной слюны без стимуляции: возраст 21-30 лет – $6,09 \pm 0,45$ (мужчины), $4,17 \pm 0,42$ (женщины); возраст 31-40 лет – $4,34 \pm 0,30$ (мужчины), $3,74 \pm 0,21$ (женщины); возраст 41-50 лет – $3,81 \pm 0,22$ (мужчины), $3,21 \pm 0,26$ (женщины); возраст 51-60 лет – $3,42 \pm 0,24$ (мужчины), $2,25 \pm 0,23$ (женщины); возраст 61 и старше – $2,20 \pm 0,26$ (мужчины), $2,08 \pm 0,21$ (женщины). Показатели сиалометрии смешанной слюны после стимуляции:

возраст 21-30 лет – $10,2 \pm 0,35$ (мужчины), $8,64 \pm 0,40$ (женщины); возраст 31-40 лет – $9,45 \pm 0,32$ (мужчины), $8,21 \pm 0,36$ (женщины); возраст 41-50 лет – $8,64 \pm 0,36$ (мужчины), $7,86 \pm 0,36$ (женщины); возраст 51-60 лет – $8,02 \pm 0,34$ (мужчины), $7,04 \pm 0,32$ (женщины); возраст 61 и старше – $7,04 \pm 0,32$ (мужчины), $6,85 \pm 0,28$ (женщины). Уменьшение секреции смешанной слюны ниже представленных уровней указывает на гипосаливацию СЖ, выше этих уровней – на гиперсаливацию (птиализм). Ксеростомия, ощущение сухости в полости рта, не всегда сопровождается гипосаливацией. В таких случаях ксеростомию считают субъективной. Ксеростомию, которая сопровождается гипосаливацией, считают объективной. [39; 40; 41; 42]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: следует определять количество протоковой слюны с помощью следующей методики сиалометрии:

Сиалометрия протоковой слюны по Андреевой Т.Б. (1965) является методикой, которая пользуется среди специалистов наибольшим авторитетом. В отличие от сиалометрии смешанной слюны, позволяет оценивать секреторную функцию отдельных СЖ, сравнивать показатели между собой. Методика простая в исполнении, но требует некоторого оснащения и определенного опыта. Выполняется в первой половине дня, с 9 до 10 часов, натощак, или через 2-2,5 часа после еды. Для стимуляции секреции исследуемой СЖ пациент принимает внутрь 8 капель 1% раствора #пилокарпина ** (разведенного в 1/3-1/4 стакана с водой), забор слюны осуществляют через 20 мин и в течение 20 мин с помощью металлической канюли, полиэтиленового катетера. В норме в течение 20 мин из протока околоушной железы можно получить от 0,9 до 5,1 мл слюны, чаще 1,1 – 2,5 мл слюны; из протока поднижнечелюстной железы – от 0,9 до 6,8 мл слюны, чаще 1,0 – 3,0 мл слюны. [3; 13; 43; 44; 45; 46; 47; 48]

Рекомендовано пациентам с интерстициальным сиаладенитом, предъявляющие жалобы на сухость в полости рта, определять количество функционирующих малых слюнных желез для определения формы ксеростомии и степени ее выраженности [3; 13; 44; 45]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: для этого накладывают рамку 20,0 на 20,0 мм, в пределах площади, обозначенной рамкой, подсчитывают количество функционирующих малых слюнных желез, капелька секрета которых видна на сухой слизистой оболочке. Ромачева И.Ф. и соавт. (1987) данное исследование рекомендуют проводить через 5 мин после стимуляции 1% раствором #пилокарпина**. В норме должно функционировать $21,0 \pm 0,9$ (18-21) малых

слюнных желез. При субъективной ксеростомии именно уменьшение количества функционирующих малых слюнных желез определяет ощущение сухости в полости рта. [3; 13; 44; 45]

Рекомендовано пациентам с интерстициальным сиаладенитом, предъявляющих жалобы на сухость в полости рта, определение вязкости слюны по методу Афанасьева В.В. для дифференциальной диагностики форм ксеростомии и ее выраженности[13].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: Бранши стоматологического пинцета макают в слюну, собранную в пробирку во время сиалометрии, и медленно разводят их, измеряя длину нити слюны до ее разрыва. В норме нить слюны не более 5,0 мм, вязкая слюна тянется до 10,0 мм (вязкость 1-й степени) и более 10,0 мм (вязкость 2-й степени). Метод простой в исполнении и применим на каждом рабочем месте. Методика может применяться при незначительном количестве слюны у пациентов с объективной ксеростомией. При субъективной ксеростомии вязкая слюна может быть причиной ощущение сухости в полости рта.

Рекомендуется пациентам с предполагаемым сиаладенитом проведение контрастной рентгенография протоков слюнных желез (сиалография) для дифференциальной диагностики форм сиаладенитов [44; 45; 49; 50; 51; 52; 53; 54; 55; 56; 57].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: для исследования используют водорастворимые рентгенконтрастные вещества, содержащие йод (V08A). Рентгенографию при проведении сиалографии можно выполнять на аппаратах: ортопантомографе, ангиографе, компьютерном томографе, магнитно-резонансном томографе. Сиалограммы, выполненные с помощью ортопантомографа и ангиографа позволяют визуализировать не только протоки, но их содержимое, что важно при поиске дефектов наполнения, которые соответствуют слюнным камням и сгусткам вязкого секрета. Исследование с помощью ортопантомографа может выполнять на амбулаторном приеме врач-стоматолог-хирург, врач-челюстно-лицевой хирург и даже врач-стоматолог-терапевт, освоивший данную методику на курсах повышения квалификации. Сиалография на ангиографе (дигитальная субтракционная сиалография) является специализированным видом медицинской помощи и выполняется врачом-стоматологом-хирургом или врачом-челюстно-лицевым-хирургом совместно с врачом-рентгенологом рентгеноваскулярным хирургом. Данная методика позволяет произвести субтракцию (вычитание) костного фона, что облегчает анализ сиалограммы, видеозапись

заполнения протоков и эвакуации контрастного вещества из протоков дает дополнительные возможности для анализа не только структурных, но и функциональных нарушений.

При проведении анализа контрастной рентгенограммы протоков слюнных желез (сиалограммы) обращают внимание на качество изображения протоков и паренхимы исследуемой СЖ. При поздней стадии сиаладенита внутрижелезистые протоки могут визуализироваться не в полном объеме, тень паренхимы может отсутствовать. При интерстициальном сиаладените протоки узкие, местами прерывистые, в большинстве случаев какие-либо изменения протоков и паренхимы могут отсутствовать. При паренхиматозном сиаладените (паротите) в околоушной железе определяются множественные округлы сиалэктазы (дивертикулы) концевых отделов разного размера, которые по своему происхождению являются врожденными пороками и основой патогенеза данного заболевания. При протоковом сиаладените (сиалодохите) протоки расширены, иногда значительно, чаще неравномерно, на фоне расширений могут быть сужения (стриктуры). Эктазии протоков являются врожденными пороками и составляют основу патогенеза протокового сиаладенита (сиалодохита). При слюннокаменной болезни в протоках может определяться дефект наполнения, который соответствует слюнному камню. Протоки во всех случаях имеют четкие контуры, за исключением паренхиматозного паротита при синдроме Шегрена, при котором контуры протоков и округлых сиалэктазов концевых отделов могут быть не четкими.

Рекомендовано проводить ультразвуковое исследование слюнных желез (сонография) для дифференциальной диагностики некалькулёзной и калькулёзной форм сиаладенита и снятия онкологической настороженности [22; 75; 76; 77; 78; 79; 80; 81; 82].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии: Данное исследование является специальным и выполняется врачом-рентгенологом ультразвуковой диагностики. Показания для проведения данного исследования: онкологическая настороженность и диагностика слюннокаменной болезни. Достоверным признаком новообразования СЖ является обнаружение в паренхиме гипэхогенной структуры с характерной зоной усиления эхосигнала - «звуковой дорожкой». Достоверным признаком слюнного камня в СЖ является гиперэхогенная структура с характерной зоной ослабления эхосигнала – «звуковой дорожкой» Неоднородность паренхимы за счет участков пониженной или повышенной эхогенности не имеет диагностической ценности для дифференциальной диагностики различных форм сиаладенита, но может учитываться при динамическом наблюдении в качестве критерия эффективности лечения. С

помощью сонографии можно обнаружить округлые сialэктазы, характерные для паренхиматозного паротита, и отдельные расширенные протоки, характерные для протокового сialаденита (сialодохита). Такой вариант диагностики можно рассматривать в качестве альтернативы контрастной рентгенографии протокам слюнных желез (сialографии) только в случае повышенной чувствительности пациента к рентгеноконтрастным средствам, содержащим йод V08A: йогексол** или йодиксанол или у детей, контрастную рентгенографию протоков слюнной железы (сialографию) которым выполнить сложно по причине возраста.

Рекомендовано пациентам с подозрением на калькулёзный сialаденит проведение компьютерная томографии мягких тканей (слюнных желез) для дифференциальной диагностики некалькулёзной и калькулёзной форм сialаденита и снятия онкологической настороженности. [3; 4; 83; 84].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)Комментарии: Данное исследование является специальным и выполняется врачом-рентгенологом. Показания для проведения данного исследования: онкологическая настороженность и диагностика слюннокаменной болезни. При направлении пациента на исследование с помощью компьютерной томографии врач-стоматолог (врач-стоматолог-хирург, врач-челюстно-лицевой хирург) может уточнить методику проведения исследования и должен обладать квалификацией, необходимой для правильной интерпретации результатов исследования. В некоторых случаях компьютерную томографию можно использовать для выполнения контрастной рентгенографии протоков слюнных желез (сialографии) в качестве альтернативного метода контрастной рентгенографии протоков слюнных желез (сialографии), выполняемой с помощью ортопантомографа

Рекомендовано проведение магнитно-резонансной томографии мягких тканей головы (слюнных желез) у пациентов с подозрением на сialаденит для уточнения его формы и исключения онкологической настороженности [85; 86; 87; 88].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: Данное исследование является специальным и выполняется врачом-рентгенологом. Показания для проведения данного исследования: онкологическая настороженность. В отличие от компьютерной томографии, магнитно-резонансная томография обладает преимуществом при диагностике кистозных образований СЖ и новообразований СЖ с выраженным жидкостным компонентом. При направлении пациента на исследование с помощью магнитно-резонансной томографии врач-стоматолог (врач-стоматолог-

хирург, врач-челюстно-лицевой хирург) должен обладать квалификацией, необходимой для правильной интерпретации результатов исследования. В случае повышенной чувствительности пациента к рентгенконтрастным веществам, содержащих йод или у детей, магнитно-резонансную томографию можно выполнить по методике магнитно-резонансной сialogрафии, при которой роль контраста выполняет слюна, находящаяся в протоках. Магнитно-резонансную томографию, в отличие от компьютерной томографии, не позволяет при протоковом сиадените диагностировать слюнные камни.

Рекомендовано проведение сцинтиграфии слюнных желез у пациентов с подозрением на сиаденит для исследования функции слюнных желёз и проведения дифференциальной диагностики с объективной формой ксеростомии [3; 4; 75; 89; 90; 91].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: Данное исследование является специальным и выполняется врачом-стоматологом (врачом-стоматологом-хирургом, врачом-челюстно-лицевым хирургом) совместно с врачом-рентгенологом. Данный радионуклидный метод исследования рекомендуется для исследования функционального состояния СЖ у пациентов с ксеростомией, прежде всего, для дифференциальной диагностики с объективной ксеростомией при паренхиматозном сиадените у пациентов с синдромом Шегрена. Имеет две методики: статичную и динамическую. Динамическая сцинтиграфия предполагает регистрацию радиоактивности в области больших СЖ в течение 30 мин после внутривенного введения натрия пертехнетата [^{99m}Tc], экстракционного. В координатах "активность-время" дифференцируются характерные для секреторного цикла сегменты: сосудистый, концентрационный и экскреторный, который возникает на 20 мин вследствие стимуляции слюноотделения кубиком сахара-рафинада (5 гр) под язык. При синдроме Шегрена, вследствие разрушения паренхимы аутоиммунным процессом, радиоактивность в области СЖ не определяется, сегменты кривой «активность-время» не дифференцируются, кривая приобретает плоский вид. В таких случаях пациента следует направить для обследования у врача-ревматолога.

Рекомендовано проведение цитологического исследования слюны у пациентов с подозрением на сиаденит для диагностики воспалительного процесса [3; 4; 92].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: Подготовка материала для исследования не требует особых навыков. Данное исследование можно совместить с протоковой сиалометрией. Наиболее информа-

тивными для исследования являются первые капли слюны, появившиеся из катетера. Слюну помещают на предметное стекло, помечают, и направляют в лабораторию для микроскопического исследования. В цитограммах слюны всегда можно обнаружить: эпителий выводных протоков (плоский, цилиндрический), лейкоциты и даже микрофлору в небольшом количестве. Увеличение клеточного материала и, особенно, нейтрофилов может свидетельствовать об обострении воспаления, активности и стадии сиаладенита [3; 4; 92].

Рекомендуется у пациентов с подозрением на сиаладенит биопсия слюнной железы с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала тканей слюнной железы в случае онкологической настороженности и для дифференциальной диагностики сиалоаденита при синдроме Шегрена с другими заболеваниями СЖ, сопровождающимися ксеростомией. [3; 4; 5; 6; 8; 10; 13].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: Врач-хирург-стоматолог в амбулаторных условиях рассекает слизистую оболочку нижней губы, иссекает одну или несколько малых слюнных желез, помещает во флакон с 10% раствором формалина, помечает, и отправляет в лабораторию для изготовления препаратов и проведения патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала тканей слюнной железы. Обнаружение большого количества лимфоидных инфильтратов (более 50 инфильтратов в поле зрения) и нарушение типичной архитектоники железы указывает на сиаладенит, характерный для синдрома Шегрена. Пациента, в таком случае следует направить на обследование к врачу-ревматологу.

Рекомендовано проведение эндоскопического исследования главных выводных протоков слюнных желёз при подозрении на наличие мелких или не рентгенконтрастных слюнных камней, полипов, инородных тел [93; 94; 95; 96; 97; 98; 99; 100; 101]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4).

2.5 Иные диагностические исследования

Рекомендована консультация пациентов при подозрении на наличие коморбидных заболеваний другими специалистами, в компетенцию которых входят заболевания, являющиеся коморбидными для поражений слюнных желёз [6; 7; 8; 9; 14; 23; 25; 29; 30; 31; 32; 34; 39].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: В случае обнаружения данных заболеваний, основное лечение пациента рекомендовано у соответствующих специалистов. Лечение у врача-стоматолога рекомендовано в качестве вспомогательного.

Врачу-стоматологу-хирургу, врачу-челюстно-лицевому хирургу следует провести анализ информации, полученной при обследовании первичного пациента, с учетом предварительного диагноза определить алгоритм дополнительных исследований, провести дополнительные исследования, с учетом информации, полученной с помощью дополнительных методов исследования провести дифференциальную диагностику, установить окончательный клинический диагноз.

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

При составлении комплексного плана лечения рекомендовано учитывать форму сиаладенита (интерстициальный сиаладенит, паренхиматозный сиаладенит, протоковый сиаладенит (сиалодохит и калькулезный сиаладенит), этап воспалительного процесса (обострение или ремиссия), активность воспалительного процесса (выраженность и периодичность обострений), клиническую стадию воспалительного процесса (начальная, клинически выраженная и поздняя), наличие коморбидных заболеваний, сопутствующих и перенесенных заболеваний. Рекомендовано учитывать показания, особенности проведения (консервативное и хирургическое лечение), место проведения (стационарное и амбулаторное лечение). Лечение пациентов с сиаладенитами рекомендовано проводить врачам-челюстно-лицевым хирургам и врачам-стоматологам-хирургам, которое определяется их профессиональными стандартами. Врачам-стоматологам-хирургам рекомендовано проведение лечения сиаладенитов, включая хирургическое лечение, на амбулаторном приеме. Врачам-челюстно-лицевым хирургам рекомендовано проведение хирургического лечения заболеваний СЖ, методики которых или состояние пациента требуют стационарного лечения [2; 13; 17; 44; 45; 102; 103; 104; 105; 106; 107; 108]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Врачу-стоматологу-хирургу и врачу-челюстно-лицевому хирургу в зависимости от клинического диагноза и показаний необходимо составить план и провести консервативные или хирургические лечебные мероприятия.

3.1 Консервативное лечение пациентов с острым сиаладенитом

Рекомендовано у пациентов с острым сиаладенитом или обострением хронического сиаладенита использование антибактериальных препаратов системного действия [13; 36; 44; 104; 106; 109; 110; 111]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: По показаниям рекомендовано использовать: парентеральный путь введения антибактериального препарата системного действия, введение антибактериального препарата системного действия в околоушный или поднижнечелюстной проток, в комбинации с блокадами окружающей СЖ клетчатки 0.5% раствора прокаина** (примечание: детям до 12 лет – противопоказан). В амбулаторных условиях лечение пациентов с острым сиаладенитом следует проводить врачу-стоматологу-хирургу. У пациентов с эпидемическим паротитом врачу-инфекционисту с возможным привлечением к лечебному процессу врача-стоматолога-хирурга. При возникновении риска абсцедирования СЖ, необходима госпитализация пациента с острым сиаладенитом в челюстно-лицевую стационар

3.2 Консервативное лечение пациентов с обострением хронического сиаладенита

Консервативное лечение при обострении хронического сиаладенита рекомендовано проводить в амбулаторных условиях врачу-стоматологу-хирургу, в стационарных условиях – врачу-челюстно-лицевому хирургу. При проведении консервативного лечения пациентов с обострением хронического сиаладенита рекомендовано выполнение следующих задач: купировать воспалительный процесс в СЖ с помощью антибактериальных препаратов системного действия (J01) и мероприятий; предупредить распространения гнойно-воспалительного процесса на окружающие ткани и клетчаточные пространства; предупредить генерализацию бактериальной инфекции и интоксикацию организма, нормализовать общее состояние пациента. По показаниям консервативное лечение пациентов с обострением сиаладенита рекомендовано разделять на общее и местное [13; 44; 45; 104; 106; 109; 110]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

3.3 Общее консервативное лечение при обострении хронического сиаладенита

У пациентов с обострением хронического сиаладенита необходимо использование антибактериальной терапии антибактериальными препаратами системного действия (J01); проведение симптоматической противовоспалительной терапии с использованием нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов; проведение симптоматической десенсибилизирующей терапии с использованием антигистаминных средств системного действия. Лечение следует проводить врачу-стоматологу-хирургу в амбулаторных условиях. В случаях выраженной интоксикации и риска абсцедирования СЖ необходима госпитализация в челюстно-лицевой стационар и проведение дезинтоксикационной терапии [13; 44; 45; 104; 106; 109; 110; 111]

3.4 Местное консервативное лечение при обострении хронического сиаладенита

У пациентов с обострением хронического сиаладенита для проведения местного консервативного лечения рекомендовано использование следующих противовоспалительных процедур:

1) рекомендовано наложение на область СЖ в течение 8-10 дней компрессов с 30% раствором #диметилсульфоксида два раза в сутки в течение 30 мин; [2; 5; 13, 44]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

2) рекомендовано инъекционное введение лекарственных препаратов в челюстно-лицевую область (блокады) 0.5% раствора прокаина** (примечание: детям до 12 лет – противопоказан) 30-40 мл в виде наружных блокад клетчатки, окружающей СЖ, попеременно справа и слева, с периодичностью 2 дня, на курс до 5 блокад с каждой стороны; [5;13; 44; 45]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 5)

3) рекомендовано после массирования СЖ и освобождения протоков от содержимого с помощью затупленной инъекционной иглы или катетера вводить дробно, не более 0,2 мл, в проток раствор антибактериальных препаратов системного действия (50 000 ЕД #пенициллина** или 100 000 ЕД #стрептомицина** в 2 мл раствора # прокаина** в возрасте старше 12 лет. После освобождения протоков СЖ от гнойного содержимого в проток рекомендовано ввести более концентрированный раствор антимикробных препаратов системного действия (100 000 ЕД пенициллина и 250 000 ЕД стрептомицина в 1 мл 0,5 %

раствора #прокаина**. Такие инстилляции рекомендовано повторять ежедневно до полного прекращения гнойных выделений из протока; [5;13; 44]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: не следует вводить протеолитические ферменты в проток во время обострения сиаладенита в связи с возможностью спровоцировать обострение сиаладенита.

При неэффективности консервативного лечения и прогрессировании воспалительного процесса пациент госпитализируется в челюстно-лицевой стационар связи с возможным абсцедированием СЖ.

Прогноз благоприятный, острые сиаладениты вирусной этиологии не переходят в хроническую форму сиаладенита, хронический сиаладенит после обострения переходят в состояние ремиссии.

3.5 Консервативное лечение пациентов с хроническими сиаладенитами в состоянии ремиссии

У пациентов с различными формами сиаладенита в период ремиссии следует проводить комплексное лечение для решения следующих задач: 1) сезонную коррекцию иммунитета (повышение неспецифической резистентности организма); 2) лечение системных заболеваний, которые влияют на состояние СЖ; 3) воздействие на состояние пораженных СЖ, улучшение трофики тканей, улучшение функции; 4) создание длительной (бессрочной) ремиссии воспалительного процесса и повышения качества жизни пациента [1; 2; 5; 13; 17]

Комплекс лечебных мероприятий у пациентов с хроническим сиаладенитом в состоянии ремиссии следует подбирать индивидуально, с учетом активности воспалительного процесса и стадии сиаладенита. Для эффективности лечения рекомендовано провести санацию одонтогенных, пародонтопатогенных и тонзилогенных очагов хронической инфекции.

1) Рекомендуются для взрослых пациентов # натрия нуклеинат (примечание: группа [L03AX Другие иммуностимуляторы](#)) по 0,2 г 3 раза в день в течение 14 дней (повышение неспецифической резистентности и иммуномодулирующий эффект) [5, 13, 44, 45 113]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

2) Рекомендуются для взрослых пациентов: внутримышечные инъекции #пирогенала (примечание: группа: L03AX Другие иммуностимуляторы), действующим веществом которого является липополисахарид *Salmonella typhi*, через каждые 2 дня в количестве 25

инъекций на курс. Рекомендовано начать с 25 минимальных пирогенных доз, если температура тела не повысилась, следующую инъекцию рекомендовано повысить до 50 минимальных пирогенных доз (повышение неспецифической резистентности и иммуномодулирующий эффект) [13; 44; 45; 111]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

3) Рекомендуются взрослым подкожное введение 1 мл 0,5% - 1% раствора #галантамина, всего на курс 30 инъекций (м, н-хлиномиметик, антихолинэстеразное средство (N06DA04), улучшает проводимость, улучшает трофику тканей СЖ и их секреторную деятельность) [13; 44; 111]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

4) Рекомендуются взрослым внутримышечно 7-10 мг #рибонуклеаза в 1 мл 0,9% изотонического раствора натрия хлорида** 1 раз в сутки, 10 инъекций (Протеолитический фермент (D03BA), протеолитический эффект - при сиаладените разжижает в протоках слизь и вязкую слюну, предупреждает развитие обострения сиаладенита) [44; 111]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарий: инъекционные формы могут иметь противопоказания, следует проконсультироваться со специалистом врачом-терапевтом, врачом-неврологом, инъекции проводить в поликлинике по месту консультации.

5) Рекомендуются взрослым наложение на область СЖ в течение 8-10 дней компрессов с 30% раствором #диметилсульфоксида два раза в сутки в течение 30 мин [13; 44; 111];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

6) Рекомендуются взрослым инъекционное введение лекарственных препаратов в челюстно-лицевую область (блокады) 0.5% раствора прокаина** (примечание: детям до 12 лет – противопоказан) 30-40 мл в виде наружных блокад клетчатки, окружающей СЖ, попеременно справа и слева, с периодичностью для каждой стороны в 2 дня, на курс до 5 блокад с каждой стороны. Для получения антиоксидантного эффекта блокаду рекомендовано добавлять 4 мл #этилметилгидроксипиридина сукцината** [5; 44; 45; 111; 112];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

7) Рекомендуется взрослым введение в протоки СЖ маслянных веществ: #облепихи масло, #шиповника плодов масло и #ретинола в количестве 0,2 - 0,4 мл однократно, 1 раз в месяц, через 3-4 месяца повторить [5, 13]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

3.6 Хирургическое лечение пациентов с хроническими сиаладенитами

Следует хирургическое лечение пациентов с хроническими сиаладенитами проводить при обострении воспалительного процесса в челюстно-лицевом стационаре врачом челюстно-лицевым хирургом по неотложным показаниям, и в состоянии ремиссии воспалительного процесса врачом челюстно-лицевым хирургом или врачом хирургом-стоматологом в челюстно-лицевом стационаре или амбулаторно по плановым показаниям.

Исходя из этого могут быть рекомендованы следующие методики хирургического лечения:

1) рекомендовано вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса) внеротовым доступом. Показания: гнойно-некротическое расплавление или абсцедирование СЖ во время обострения сиаладенита. Следует исключить повреждение ветвей лицевого нерва. Методики хирургического лечения абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области представлены в соответствующих клинических рекомендациях. [13; 19; 20; 27; 44; 99; 103; 105; 107]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

2) рекомендовано погашение секреторной функции околоушной железы по Афанасьеву В.В. Показания: частые обострения паренхиматозного паротита (более 6-8 раз в год); выраженные эктазии протоков околоушной железы с развитием протокового сиаладенита (сиалодохита). [13; 19; 20; 27; 44; 99; 103; 105; 107]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

3) рекомендована пластика протока по Афанасьеву В.В. Показания: значительное расширение (мегастенон) околоушного протока у пациентов с протоковым сиаладенитом (сиалодохитом). Методика В.В. Афанасьева заключается в иссечение избыточной части стенки протока и ушивании протока на катетере, который после заживления извлекают из протока [13; 19; 20; 27; 44; 99; 103; 105; 107]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

4) рекомендовано создание в полости рта нового устья протока по Афанасьеву В.В. Показания: значительное расширение (эктазия) внежелезистой части околоушного или поднижнечелюстного протоков у пациентов с протоковым сиаладенитом (сиалодохитом). Методика В.В. Афанасьева заключается в рассечении протока, сшивании его стенок со слизистой оболочкой полости рта и заживлении в течение 2-х недель на катетере. [13; 19; 20; 27; 44; 99; 103; 105; 107]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

5) рекомендовано удаление слюнного камня внутриротовым способом в амбулаторных условиях. Показания: протоковый сиаладенит (калькулезный сиаладенит, слюннокаменная болезнь) с расположением слюнного камня во внежелезистой части околоушного или поднижнечелюстного протоков. После удаления слюнного камня расширенный проток ушивают на катетере, который удаляют после заживления через 15 дней. [13; 19; 20; 27; 44; 99; 103; 105; 107]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

6) рекомендовано удаление слюнного камня наружным способом в стационарных условиях. Показания: протоковый сиаладенит (калькулезный сиаладенит, слюннокаменная болезнь) с расположением слюнного камня во внутрижелезистых протоках околоушной железы. Слюнный камень рекомендовано удалять в челюстно-лицевом стационаре наружным доступом с формированием лоскута по Ковтуновичу-Клементову (метод В.В. Афанасьева- М.Р. Абдусаламова). После удаления камня избыточные края протока иссекают и ушивают на катетере, который извлекают через 2 недели, или по показаниям производят погашение секреторной функции. [13; 19; 20; 27; 44; 99; 103; 105; 107]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

7) рекомендовано удаление слюнного камня наружным способом посредством экстирпации поднижнечелюстной железы в стационарных условиях. Показания: протоковый сиаладенит (калькулезный сиаладенит, слюннокаменная болезнь) с расположением слюнного камня во внутрижелезистых протоках (паренхиме) поднижнечелюстной железы. Примечание: при расположении слюнного камня в верхнем полюсе поднижнечелюстной железы по показаниям возможно его удаление внутриротовым доступом по методу Афанасьева-Абдусаламова). [13; 19; 20; 27; 44; 99; 103; 105; 107]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

8) У пациентов с хроническими сиаладенитами рекомендовано выполнение манипуляций на протоках слюнных желез эндоскопическим доступом: бужирование протоков слюнных желез эндоскопическим доступом; стентирование выводных протоков слюнных желез эндоскопическим доступом, литотрипсия камней из протоков слюнных желез механическая эндоскопическим доступом, литотрипсия камней из протоков слюнных желез лазерная эндоскопическим доступом, удаление камней из протоков слюнных желез эндоскопическим доступом. Показания: протоковый сиаладенит (сиалодохит) с эктазиями и стриктурами протоков; протоковый сиаладенит (калькулезный сиаладенит, слюннокаменная болезнь). Условие: наличие соответствующего эндоскопического оборудования; квалификация врача-стоматолога-хирурга или врача-стоматолога-челюстно-лицевого хирурга, подтверждающая владение данными технологиями. [93; 94; 95; 96; 97; 98; 99; 100; 101]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

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

Рекомендовано пациентам с сиаладенитами, со сниженной секреторной функцией слюнных желёз и развитием ксеростомии проведение мероприятий по медицинской реабилитации:

1) Пациентам с сиаладенитами рекомендовано увлажнять полость рта. Показания: объективная ксеростомия с гипосаливацией у пациентов с паренхиматозным паротитом при синдроме Шегрена; субъективная ксеростомия у пациентов с интерстициальным сиаладенитом. При объективной ксеростомии рекомендовано увлажнять слизистую оболочку полости рта постоянно, при субъективной ксеростомии – только в период сухости полости рта. Также рекомендовано использовать для увлажнения слизистой полости рта различные растительные масла [7; 39; 41; 42; 114].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: Пациентам с сиаладенитами необходимо протезирование (в том числе, протезирование зуба с использованием имплантата, протезирование зубов полными съёмными пластиночными протезами и др.). Показание: субъективная ксеростомия при интерстициальном сиаладените; объективная ксеростомия – при паренхиматозном сиаладените у пациентов с синдромом Шегрена. При субъектив-

ной ксеростомии – съемное и несъемное протезирование по показаниям; при объективной ксеростомии – только несъемное протезирование в связи с ранимостью сухой слизистой оболочки протезного ложа [5; 44; 115; 116; 117].

2) Пациентам с сиаладенитами желательна смена работы, выбор профессиональной деятельности с учетом физиологических возможностей. Показания: все формы хронического сиаладенита, сопровождающихся быстрой утомляемостью, потерей трудоспособности. В наибольшей степени это происходит при паренхиматозном паротите у пациентов с синдромом Шегрена [5; 44].

3) Пациентам с сиаладенитами следует избегать стрессовых ситуаций. Показания: все формы хронического сиаладенита, особенно – паренхиматозный сиаладенит при синдроме Шегрена. При возникновении стрессовых ситуаций рекомендовано пациентам своевременно обращаться за медицинской помощью к медицинскому психологу, врачу-неврологу или врачу-психиатру [5; 44]

4) Пациентам с хроническими сиаладенитами следует избегать переохлаждения. Показания: все формы хронического сиаладенита. Переохлаждение может провоцировать обострение сиаладенита [5; 17; 44; 104; 114]

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

Рекомендовано для оценки состояния пациента и исхода хронического сиаладенита учитывать длительность ремиссии. Показания: все формы хронического сиаладенита, особенно – протоковый сиаладенит (сиалодохит) и паренхиматозный сиаладенит, в основе которых врожденные эктазии протоков и округлые сиалэктазы (дивертикулы) концевых отделов. Ремиссию от 1 года до 3 лет рекомендовано оценивать в качестве положительного исхода в виде улучшения; ремиссию более 3 лет – в качестве положительного исхода в виде выздоровления. Ремиссию менее 1 года рекомендуется оценивать - без перемен [2; 5; 13; 29; 44; 102; 118].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: при диспансеризации следует разделять пациентов в следующие группы:

1) Здоровые, с возможным развитием заболевания СЖ в связи с наличием сопутствующих коморбидных заболеваний. Наблюдение - 1 раз в год;

2) Здоровые из группы риска в связи с наличием врожденных пороков развития СЖ. Наблюдение - 1 раз в год;

3) Больные в стадии компенсации с редкими обострениями: сиаладенитом в клинически выраженной стадии, неактивным течением, со слюннокаменной болезнью в течение 1-го года после удаления камня. Наблюдение - 2-3 раза в год;

4) Больные с субкомпенсированным течением и частыми обострениями (3-4 раза в год): сиаладенитом в начальной и клинически выраженной стадии, активным течением, трудоспособные. Наблюдение - 3-4 раза в год;

5) Больные с декомпенсированным течением заболевания: сиаладенитом в поздней стадии, активным течением, ограниченно трудоспособные. Наблюдение - 1 раз в месяц.

Врачу-стоматологу-хирургу, врачу-челюстно-лицевому хирургу (врачу-стоматологу, врачу-стоматологу-терапевту, врачу-стоматологу-ортопеду) следует оценить эффективность проведённого лечения, наметить реабилитационные и профилактические мероприятия [5; 44]

6. Организация оказания медицинской помощи

Лечение пациентов с заболеваниями СЖ, включая сиаладениты, рекомендовано осуществлять в стоматологических поликлиниках, отделениях многопрофильных поликлиник и медико-санитарных частей, кабинетах больниц, школ, профилакториев, санаториев (амбулаторная помощь), в челюстно-лицевых отделениях многопрофильных больниц (стационарная помощь). Обследование первичного пациента с предполагаемым сиаладенитом физикальными методами до предварительного диагноза рекомендовано проводить врачам стоматологам всех специальностей (врачи-стоматологи, врачи-стоматологи-терапевты, врачи-стоматологи-ортопеды), специализированную лечебно-диагностическую помощь с постановкой окончательного диагноза и составления комплексного плана лечения – врачам-стоматологам-хирургам и врачам-челюстно-лицевым хирургам. Врачам стоматологам для получения должной квалификации по диагностике и лечению заболеваний СЖ рекомендовано проходить курсы повышения квалификации на сертифицированных для этого курсах. После обследования пациента и установления окончательного диагноза, пациенту может быть рекомендовано проходить лечение, реабилитацию и диспансерное наблюдение в поликлинике по месту жительства, направившего пациента на консультацию в специализированное лечебно-диагностическое учреждение. Пациентам с наличием коморбидных заболеваний может быть рекомендовано обследование и лечение у врачей других специальностей: врачей-эндокринологов, врачей-гастроэнтерологов, врачей-терапевтов, врачей-неврологов, врачей-ревматологов, и других [1; 2; 5; 13; 17; 19; 32; 44; 102].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 3)

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

Диагностика и лечение хронических сиаладенитов требует от врача определённых мануальных навыков и должного опыта, которые приобрести и получить в условиях первичного звена оказания медицинской помощи не всегда представляется возможным. В связи с этим, врачам-стоматологам на местах рекомендовано адекватно оценивать свою квалификацию, возможности для проведения диагностических исследований и лечебных процедур. Врачам-стоматологам первичного звена рекомендовано обращать должное внимание на жалобы пациентов, связанные с заболеваниями СЖ, проводить физикальное обследование и направлять пациентов с предварительным диагнозом к специалисту: врачу-стоматологу-хирургу или врачу-челюстно-лицевому хирургу [1; 2; 5; 13; 17; 19; 32; 44; 102].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 3)

Критерии оценки качества медицинской помощи

В данном разделе указаны рекомендованные Рабочей группой критерии качества оценки медицинской помощи в РФ пациентам с хроническими сиаладенитами. Критерии оценки качества медицинской помощи соответствуют тезисам-рекомендациям и уровням УДД и УУР (таб. 1)

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный или прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	Да/нет
2	Направление к профильному специалисту - врачу-эндокринологу, врачу-гастроэнтерологу, врачу-терапевту, врачу-неврологу, врачу-ревматологу, и др. (при наличии коморбидного заболевания)	Да/нет
3	Выполнена контрастная рентгенография протоков слюнных желез (сиалография)	Да/нет
4	Выполнена сиалометрия и/или ультразвуковое исследование слюнных желез (сонография), и/или эндоскопическое исследование главных выводных протоков слюнных желёз, и/или компьютерной томографии мягких тканей, и/или магнитно-резонансной томографии мягких тканей головы, и/или сцинтиграфии слюнных	Да/нет

	желез, и/или цитологическое исследование слюны, и/или биопсию слюнной железы с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала тканей слюнной железы	
5	Проведено лечение антибактериальными препаратами системного действия (пациентам с острым сиаденитом или обострением хронического сиаденита)	Да/нет
6	Проведено хирургическое лечение (при гнойно-некротическом расплавлении или абсцедировании слюнной(ых) желез, калькулезном сиадените, слюннокаменной болезни)	Да/нет
7	Проведено диспансерное наблюдение (при хроническом сиадените)	Да/нет

Список литературы

1. Ромачева, Ирина Федоровна. Воспалительные заболевания слюнных желез: автореф. дис. ... д-ра мед. наук, - М., 1973. - 23 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01007205303>]
2. Афанасьев Василий Владимирович. Сиаладенит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Экспериментально-клиническое исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук, - М., 1993. - 49 с. [<http://weblib.omsk-osma.ru>]
3. Щипский А.В., Афанасьев В.В. Диагностика хронических заболеваний слюнных желез с помощью дифференциально-диагностического алгоритма. Практическое руководство для врачей. - М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 160 с. [<https://www.medkniga.ru/catalog/stomatologija/polezno-kazhdomu-stomatologu/101856-detail>]
4. Щипский А. В. Дифференциальная диагностика различных форм хронических заболеваний слюнных желез-сиалозов, сиаладенитов (Клинико-лаб. исследование), Автореф. дис. на соиск. учен. степ. к.м.н., [Моск. мед. стоматолог. ин-т]. — М. : Б.и., 1997. — 25 с. [https://rusneb.ru/catalog/000200_000018_RU_NLR_bibl_610830/]
5. Афанасьев В.В. Слюнные железы. Болезни и травмы: руководство для врачей. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 296 с. [[https://www.geotar.ru/cgi-bin/unishell?hide_Cookie=yes&usr_data=open\(lots,Q0120061,attaches,,2,f1,,00000000,\)](https://www.geotar.ru/cgi-bin/unishell?hide_Cookie=yes&usr_data=open(lots,Q0120061,attaches,,2,f1,,00000000,))]
6. Симонова Марина Владимировна. Болезнь и синдром Шегрена, клиника, диагностика, лечение поражения слюнных желез и полости рта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, - М., 1982, - 24 стр.
7. Пожарицкая Мария Михайловна. Поражение органов и тканей полости рта при болезни Шегрена (патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика): автореф. дис. ... д-ра мед. наук, - М., 1989. - 47 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01000079113>]
8. Гайдук Игорь Викторович. Изменения в слюнных железах у больных ревматоидным артритом и системной красной волчанкой : автореф.дис..канд. мед. наук. - М., 2003. - 28 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01003437312>]
9. Васильев Владимир Иванович. Болезнь Шегрена: клинико-лабораторные, иммуноморфологические проявления и прогноз : автореф. дис. ... д-ра мед. наук, - М., 2007. - 46 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01004304352>]
10. Митриков Бато Васильевич. Особенности лимфопролиферативных поражений слюнных желез у пациентов с болезнью Шегрена : автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Москва, 2008. - 21 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01003453250>]

11. Саидкаримова У.А. Клиника, диагностика и лечение хронического интерстициального сиалоаденита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, - М., 1973. - 15 с.
[<https://search.rsl.ru/ru/record/01007433111>]
12. Саидкаримова Умида Акиловна. Сиалозы (этиология, патогенез, диагностика, клиника, профилактика и лечение). Автореф. дис. ... д-ра мед наук. - М., 1991. - 37 с.
[<http://mednet.by/cgi-bin/irbis64>]
13. Афанасьев В.В., Мирзакулова У.Р. Слюнные железы: болезни и травмы: руководство для врачей / - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 315 с.
[<https://search.rsl.ru/ru/record/01009911353>]
[https://rusneb.ru/catalog/000200_000018_RU_NLR_BIBL_A_011973831/]
14. Афанасьев В. В., Калинин С.Ю., Дамадаев М.М. Дистрофические болезни слюнных желез, возникающие на фоне дефицита стероидов (гипогонадизм). Российский стоматологический журнал. 2020. №1. - С 4-7.
[<https://cyberleninka.ru/article/n/distroficheskie-bolezni-slyunnyh-zhelez-voznikayuschie-na-fone-defitsita-steroidov-gipogonadizm>]
15. Афанасьев В.В. Болезни и травмы слюнных желез. Обучающие визуализированные тесты: атлас / В.В. Афанасьев, Д.С. Шенкевич, М.Р. Абдусаламов, Х.А. Ордашев ; под общ. ред. В.В. Афанасьева. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 120 с. [DOI: 10/33029/9704-6195-2-DISG-2021-1-120]
16. Москаленко Галина Николаевна. Хронический паренхиматозный паротит у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, - М., 1984. - 24 с.
[https://rusneb.ru/catalog/000200_000018_rc_847921/] [http://mednet.by/cgi-bin/irbis64r_14/cgiirbis]
17. Ронь Галина Ивановна. Хронические заболевания слюнных желез (эпидемиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение сиалозов и сиаладенитов): автореф. дис. ... д-ра мед. наук, - Москва, 1992. - 52 с.
[<https://search.rsl.ru/ru/record/01000342583>]
18. Никифоров Вадим Станиславович. Хронический сиалодохит /протоковый сиаладенит/ клиника, диагностика, лечение : Автореф. дис. ... канд. мед. наук, 1998. – 24 с.
[<http://lib.tvgm.ru/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/IdNotice:2191/Source:default>]
19. Афанасьев В.В., Дубов Д.В. Лечение выраженных протоковых деформаций околоушной слюнной железы. Стоматология. 2013; 92(5): 38-39.
[<https://www.mediasphera.ru/issues/stomatologiya/2013/5/030039-1735201359>]

20. Дубов Д.В. Особенности оперативного вмешательства у больных со слюннокаменной болезнью и протоковыми деформациями околоушной слюнной железы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, - Москва, 2013. - 24 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01005555203>]
21. Клиновская А.С., Гургенадзе А.П., Топольницкий О.З., Логинопуло О.В. Хронический паренхиматозный паротит у детей. Российская стоматология. 2016;9(2):60-61. <https://www.mediasphera.ru/issues/rossijskaya-stomatologiya/2016/2/1207264062016021060>
22. Клиновская А.С. Особенности врожденных пороков развития околоушной слюнной железы в этиологии и патогенезе хронического паренхиматозного паротита у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, - М., 2018. - 24 с. [<https://www.docme.ru/doc/4221589/osobennosti-vrozhdennyh-porokov-razvitiya-okoloushnoj-slyunno...>]
23. Львов Николай Дмитриевич, Дудукина Е.А. Ключевые вопросы диагностики Эпштейна-Барр вирусной инфекции // Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. 2013. №3 (4). [<https://cyberleninka.ru/article/n/klyuchevye-voprosy-diagnostiki-epshteyna-barr-virusnoy-infektsii>].
24. Шахгильдян В.И. Цитомегаловирусная инфекция в «Вирусные болезни: учебное пособие / под ред. Н.Д. Ющука. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016: 540 с.
25. Семериков В.В., Юминова Н.В., Постановова Н.О., Софронова Л.В. ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ: ДОСТИЖЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ. *Фармация и фармакология*. 2020;8(5):296 -303. <https://doi.org/10.19163/2307-9266-2020-8-5-296-303>
26. Клементов А.В. Слюннокаменная болезнь. - Ленинград : Медгиз. Ленингр. отделение, 1960. - 99 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01006305135>]
27. Лесовая Н.Д. Клиника и лечение слюннокаменной болезни подчелюстных желез: (Топографо-анатом. и клинич. исследование): Автореферат дис. на соискание ученой степени доктора медицинских наук. (00.21) / Киев., 1972. - 28 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01007154269>]
28. Афанасьев В.В. Слюннокаменная болезнь – сиалолитиаз: руководство для врачей / В.В. Афанасьев, М.Р. Абдусаламов, С.М. Курбанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 152 с. [DOI: 10.33029/9704-7940-7-SSD-2023-1-152]
29. Лоскутова Т.В. Комплексная диагностика и оценка результатов лечения заболеваний слюнных желез у больных сахарным диабетом: диссертация ... кандидата медицинских наук: - Пермь, 2006.- 159 с. [<http://www.dslib.net/stomatologia/kompleksnaja-diagnostika-i-ocenka-rezultatov-lechenija-zabolevanij-sljunnyh-zhelez-u.html>]
30. Миронова Т. И., Шевцова А. А., Якушенко М. В. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОЛОСТИ РТА. Инно-

вационная наука. 2022. №4-1. [<https://cyberleninka.ru/article/n/patogeneticheskaya-rol-saharnogo-diabeta-v-razviii-oslozhneniy-polosti-rta>]

31. Асиятилов Г.А. Заболевания слюнных желез при поражении щитовидной железы: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: - Москва, 2009.- 25 с.

[<https://www.dissercat.com/content/zabolevaniya-slyunnykh-zhelez-pri-porazhenii-shchitovidnoi-zhelezy>]

32. Доклаева М.Н. Особенности ведения пациентов со слюнно-каменной болезнью при патологии щитовидной железы : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: - Москва, 2013. - 22 с. [<https://www.dissercat.com/content/osobennosti-vedeniya-patsientov-so-slyunno-kamennoi-boleznyu-pri-patologii-shchitovidnoi-zhe>]

33. Мамедова Г. В., Намазова А. Н., Шарапова А. А., Гусева С. Ю. Заболевание слюнных желез при патологии щитовидной железы. Молодой ученый. — 2024. — № 5 (504). — С. 51-52. [<https://moluch.ru/archive/504/110848/> (дата обращения: 05.05.2025)].

34. Дамадаев М.М. Диагностика и лечение больных сиаденозом на фоне дефицита половых гормонов: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: - Москва, 2021. - 24 с. [<https://www.dissercat.com/content/diagnostika-i-lechenie-bolnykh-sialadenozom-na-fone-defitsita-polovykh-gormonov>]

35 Гонтарев С.Н., Гонтарева И.С., Можайтина Ю.И., Булгакова Д.Х., Пунько Д.С., Мустафа Я. Вестник новых медицинских технологий/ - 2023.-N 3.-С.43-47. [<file:///C:/Users/Asus/Downloads/klinicheskie-osobennosti-zabolevaniya-slyunnykh-zhelez-pri-virusnykh-infektsiyah-obzor-literatury.pdf>]

36 Щубелко Р.В., Зуйкова И.Н., Шульженко А.Е. Герпесвирусные инфекции человека: клинические особенности и возможности терапии. РМЖ. 2018;8(1):39-45. [https://recipe.by/wp-content/uploads/2023/06/331-338_recipe_3-2023_v26.pdf]

37 Михаленко А. О., Ермолович М. А., Семейко Г. В., Самойлович Е. О. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА И ДРУГИХ ВИРУСНЫХ СИАЛАДЕНИТОВ. Гепатология и гастроэнтерология. 2022. №2. [<https://cyberleninka.ru/article/n/differentsialnaya-diagnostika-epidemicheskogo-parotita-i-drugih-virusnyh-sialadenitov>].

38 Ермолович М. А., Самойлович Е. О., Семейко Г. В. (2023). *Эпидемический паротит в Республике Беларусь: важность лабораторной верификации диагноза*. <https://doi.org/10.34883/pi.2023.26.3.004>

39 Янушевич О.О., Афанасьев В.В. Состояние слизистой оболочки полости рта, зубов и слюнных желез у больных с различными заболеваниями организма / Монография. – М.: ООО «Новая рекламная компания». 2011. – 80 с.

40 Пожарицкая М. М. Роль слюны в физиологии и развитии патологического процесса в твердых и мягких тканях полости рта. Ксеростомия: Метод.пособ.для преподав.и студ.стом.фак. - М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. - 48 с.

[<https://www.mmbook.ru/catalog/arhiw/101847-detail>]

41 Морозова СВ, Мейтель ИЮ. Ксеростомия: причины и методы коррекции. *Медицинский Совет*. 2016;(18):124-127. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-18-124-127>

42 Аракелян М.Г. Сравнительная оценка средств, облегчающих проявления ксеростомии: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: - Москва, 2017. - 24 с.

[https://www.sechenov.ru/upload/medialibrary/845/dissertatsiya_arakelyan_m.g._02.2017.pdf]

43 Андреева Т.Б. Опыт изучения фракций больших слюнных желез человека //Стоматология. 1965. - №2.- С. 39-43

44 Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Морозов А.Н., Афанасьев В.В.М. Заболевания и повреждения слюнных желез: Медицина, 1987. – 240 с. [[https://ru.z-](https://ru.z-library.sk/book/3162951/c72801/Заболевания-и-повреждения-слюнных-желез.html)

[library.sk/book/3162951/c72801/Заболевания-и-повреждения-слюнных-желез.html](https://ru.z-library.sk/book/3162951/c72801/Заболевания-и-повреждения-слюнных-желез.html)]

45 Солнцев А.М., Колесов В.С., Колесова Н.А. Заболевания слюнных желез. - Киев : Здоровья, 1991. - 310,[1] с. [https://rusneb.ru/catalog/000199_000009_001586386/]

46. Щипский А.В., Калиматова М.М., Мухин П.Н. Способ исследования реологических свойств паротидной слюны с помощью контролируемой динамической сиалометрии. *Пародонтология*. 2022; 27(3):217-225. [<https://doi.org/10.33925/1683-3759-2022-27-3-217-225>]

47. Щипский А.В., Калиматова М.М., Мухин П.Н. Влияние контролируемой динамической сиалометрии на секреторную функцию околоушных желёз. *Казанский медицинский журнал*. 2022; Том 103, № 5: 864-869.

48. Щипский А.В., Калиматова М.М., Мухин П.Н. Секреторная функция контрлатеральных околоушных желёз // *Казанский медицинский журнал*. - 2022. - Т. 103. - №6. - С. [1034-1039. doi: [10.17816/KMJ112128](https://doi.org/10.17816/KMJ112128)]

49. Морозов А.Н. Пантомосиалография при хронических некалькулезных сиалоаденитах] : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1978. - 17 с.

[<https://search.rsl.ru/ru/record/01007786959>]

50. Ziegler L., Hart H., Kuffer G., Hahn D. Digitale Sialographie [Digital sialography]. *Digitale Bilddiagn.* 1990; 10(3 – 4): 106-110. (In German). PMID: 2085939.

51. Höhmann D, Landwehr P. Klinischer Stellenwert der Sialographie in digitaler und konventioneller Aufnahmetechnik [Clinical value of sialography in digital and conventional imaging technique]. *HNO*. 1991; 39(1):13-7. (In German). PMID: 2030081.

52. Кондрашин, Сергей Алексеевич. Лучевая диагностика заболеваний слюнных желез : автореф. дис. ... д-ра мед. наук, 1997. - 42 с.
[<https://search.rsl.ru/ru/record/01000044019>]
53. Borkovic Z., Peric B., Ozegovic I. The Value of Digital Subtraction Sialography in the Diagnosis of Diseases of the Salivary Glands/. Acta Stomat Croat, 2002, v. 36, n. 4, p. 505-506. <https://hrcak.srce.hr/10361>
54. Литвин Владимир Олегович. Дигитальная сиалогграфия в диагностике слюнно-каменной болезни : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2010. - 24 с.
[<https://search.rsl.ru/ru/record/01004611626>]
55. Щипский А.В., Кондрашин С.А. Контрастная рентгенография слюнных желез. Стоматология. 2015; 94(6): 45-49. [Shchipskiy AV, Kondrashin SA. Contrast radiography of the salivary glands. Stomatologiya. 2015; 94(6): 45-49. (In Russ.)].
<https://doi.org/10.17116/stomat201594645-49>
56. Щипский А.В., Мухин П.Н., Калиматова М.М., Акинфиев Д.М., Сенча А.Н. Сиалология через призму прецизионной цифровой сиалогграфии // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2020. – №2. - С. 67-78.
- 57 Щипский А. В., Калиматова М. М., Мухин П. Н. Параметры контрастирования слюнных желёз при проведении сиалогграфии». «Пародонтология». — 2025. — Т. 30, № 1. — С. 69–74. <https://www.parodont.ru/jour/article/download/1051/582>]
75. Щипский А.В., Афанасьев В.В. Дифференциальная диагностика заболеваний слюнных желез (обзор). Проблемы нейростоматологии и стоматологии. 1997; 2: 58–62.
<http://webirbis.spsl.nsc.ru/irbis64r>]
76. Шорилов Алексей Юрьевич. Ультразвуковое исследование высокого разрешения в комплексной диагностике и лечении заболеваний слюнных желез: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2013. - 23 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01005540154>]
77. Orlandi MA, Pistorio V, Guerra PA. Ultrasound in sialadenitis. J Ultrasound. 2013;16(1):3-9. Published 2013 Feb 26. doi:10.1007/s40477-013-0002-4
78. Васильева Ю.Н. Совершенствование ультразвукового исследования протоковой системы больших слюнных желез: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2015. - 22 с.
[<https://search.rsl.ru/ru/record/01006644952>]
79. Смысленова М.В. Ультразвуковое исследование в оценке мягких тканей челюстно-лицевой области (лекция) Радиология – практика. 2019; 5 (77): 74-86
<https://www.radp.ru/jour/article/view/73/73>
80. Николаева Н.В., Барашкина В.С., Соколова М.В., Низовцова Л.А. Ультразвуковая диагностика заболеваний околоушных слюнных желез в практической работе врача

поликлиники: пилотные результаты. Радиология – практика. 2022; 6: 22-32 [Nikolaeva N.V.,

81. Barashkina V.S., Sokolova M.V., Nizovtsova L.A. Ultrasound diagnosis of diseases of the parotid salivary glands in the practical work of a polyclinic doctor: pilot results. Radiology - practice. 2022; 6: 22-32 (InRuss.)] <https://doi.org/10.52560/2713-0118-2022-6-22-32>

82. Возгомент О.В., Костенко Е.А., Надточий А.Г., Фисенко Е.П., Зайцева Н.В. Современные возможности ультразвукового исследования в диагностике хронического паренхиматозного паротита у детей. Инновационная медицина Кубани. 2023;(3):45–53. <https://doi.org/10.35401/2541-9897-2023-26-3-45-53>

83. Обиня Николай Павлович. Современные лучевые методы в диагностике и планировании лечения заболеваний слюнных желёз: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, - Москва, 2012. - 24 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01005046495>]

84. Bertin H, Bonnet R, Delemazure AS, Mourrain-Langlois E, Mercier J, Corre P. Three-dimensional cone-beam CT sialography in non tumour salivary pathologies: procedure and results. Dentomaxillofac Radiol. 2017;46(1):20150431. doi:10.1259/dmfr.20150431

85. Бельшева Е. С., Булгаков В. С., Варфоломеева Л. Г., Манвелян А. С. Изучение возможности магнитно-резонансной томографии при обследовании неизмененных больших слюнных желез. ВНМТ. 2006. №2. [<https://cyberleninka.ru/article/n/izuchenie-vozmozhnosti-magnitno-rezonansnoy-tomografii-pri-obsledovanii-neizmenennyh-bolshih-slyunnyh-zhelez>].

86. Булгаков В. С., Манвелян А. С., Бельшева Е. С., Гайдук И. В., Разумова С. Н., Варфоломеева Л. ., Фахрисламова Л. Р., Колобкова Л. Н. Диагностика паренхиматозного сиаладенита с применением магнитно-резонансной томографии. Вестник РУДН. Серия: Медицина. 2008. №2. [<https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-parenhimatoznogo-sialadenita-s-primeneniem-magnitno-rezonansnoy-tomografii>] (дата обращения: 06.05.2025)].

87. Арутюнян Б. А., Козлова М. В., Васильев А. Ю. Магнитно-резонансная сиалогграфия – альтернативный метод исследования околоушных слюнных желез. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2019; 14(1.1): 100-103. <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14061>

88. Арутюнян Б.А. Анализ эффективности диагностики и лечения неопухолевых заболеваний больших слюнных желез с помощью магнитно-резонансной сиалогграфии: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: - Москва, 2020. - 24 с. [<https://unionrad.ru/upload/iblock/464/Avtoreferat-Arutyunyan-B.A..pdf>]

89. Юдин Леонид Андреевич. Радиоизотопное исследование слюнных желез: автореф. дис. ... д-ра мед. наук, - М., 1969. - 31 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01007049769>]

90. Добровольская Людмила Петровна. Радионуклидная диагностика функции слюнных желез при сиалопатиях : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Киев, 1985. - 17 с. [http://mednet.by/cgi-bin/irbis64r_14/cgiirbis]
91. Доценко Александр Николаевич. Сцинтиграфия в диагностике заболеваний слюнных желез : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 1987. - 17 с. [https://search.rsl.ru/ru/record/01000105397]
92. Поленичкин В.К. Клиника, диагностика и лечение неспецифических паротитов (клинико-лабораторное исследование) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Куйбышев, 1974. - 22 с. [https://search.rsl.ru/ru/record/01007330370]
- 93 Nahlieli, O. Salivary gland endoscopy. A new technique for diagnosis and treatment of sialolithiasis / O. Nahlieli // Journal Oral Maxillofacial Surgery. – 1994. – Vol.52. – P.1240-1242.
94. Marchal, F. Interventional sialendoscopy / F. Marchal // New England Journal of Medicine. – 1999. – № 341. – P.1242-1243. Marchall, F. Interventional sialendoscopy / F. Marchall/ Laryngoscope -№ 110. – 2000. – P.318-320.
95. Marchal F. Salivary stones and stenosis. A comprehensive classification./ Marchal F. et al./ Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. 2008; 109: P. 233-236
- 96.Gallo A, Benazzo M, Capaccio P, et al. Sialoendoscopy: state of the art, challenges and further perspectives. Round Table, 101(st) SIO National Congress, Catania 2014. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2015;35(4):217-233.
97. Серова А.Я. Совершенствование диагностики и лечения слюннокаменной болезни : дис. ... канд. мед. наук. - г Санкт-Петербург, 2017. - 126 с. [https://search.rsl.ru/ru/record/01005103239]
- 98.Koch, M, and H Iro. “Salivary duct stenosis: diagnosis and treatment.” “Stenosi duttali salivari: diagnosi e terapia.” Acta otorhinolaryngologica Italica : organo ufficiale della Societa italiana di otorinolaringologia e chirurgia cervico-facciale vol. 37,2 (2017): 132-141. doi:10.14639/0392-100X-1603
99. Афанасьев В.В. Абдусаламов М.Р., Курбанов С.М. Хирургическое лечение заболеваний и повреждений слюнных желез с основами сиалэндоскопии. Атлас / под общ.ред. В.В. Афанасьева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 200 с. [DOI:10.33029/9704-5366-7-HIR-2020-1-200]
100. Золотухин С.Ю. Эндоскопические технологии в лечении больных слюннокаменной болезнью : дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2021. - 113 с. [https://nmic1.cniis.ru/downloads/dis/dis_Zolotuhin.pdf]

- 101 Курбанов С.М. Оценка возможностей эндоскопии в диагностике и лечении заболеваний слюнных желез: диссертация ... кандидата медицинских наук: - Москва, 2022. - 123 с. [<https://www.dissercat.com/content/otsenka-vozmozhnostei-endoskopii-v-diagnostike-i-lechenii-zabolevanii-slyunnykh-zhelez>]
102. Громова, Оксана Юрьевна. Совершенствование организации амбулаторно-поликлинической стоматологической хирургической помощи населению: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1990. - 24 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01002288689>]
103. Афанасьев В.В., Стародубцев В.С. Оперативные вмешательства на слюнных железах / Практическое руководство. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 1998. – 106 с.
104. Фахрисламова Лилия Рауиловна. Обострение хронического сиаладенита: клиника, диагностика, профилактика, лечение в комплексе с психологическим воздействием: дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2003.- 138 с. [<http://www.dslib.net/stomatologia/obostrenie-hronicheskogo-sialadenita-klinika-diagnostika-profilaktika-lechenie-v.html>]
105. Абдусаламов Магомед Расулович. Органосохраняющие методы лечения больных слюнно-каменной болезнью : автореф. дис. ... д-ра мед. наук, - Москва, 2006. - 249 с. : 47 ил. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01004302132>]
106. Шумихина Лариса Александровна. Комплексное лечение острого сиаладенита: диссертация ... кандидата медицинских наук : автореф.дис..канд. мед.наук. - Пермь, 2007. - 138 с. [<http://www.dslib.net/stomatologia/kompleksnoe-lechenie-ostrogo-sialadenita.html>]
107. Хачкинаян Гоар Леоновна. Выбор тактики и объема хирургического лечения больных хроническим калькулезным сиалоаденитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2013. - 24 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01005535959>]
108. Дубов Д.В., Титов С.А., Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р. Хирургический метод лечения протокового сиаладенита больших слюнных желез // Российский стоматологический журнал. - 2020. - Т. 24. - №1. - С. 8-10. [doi: [10.18821/1728-2802-2020-24-1-8-10](https://doi.org/10.18821/1728-2802-2020-24-1-8-10)]
- 109 Якимова Ю. Н., Решетько О. В. Антибактериальные препараты для системного применения и ограничительные списки лекарственных средств Ремедиум. 2015. №6. [<https://cyberleninka.ru/article/n/antibakterialnye-preparaty-dlya-sistemnogo-primeneniya-i-ogranichitelnye-spiski-lekarstvennyh-sredstv>].
- 110 Решетько О.В., Якимова Ю.Н., Новокрещенова И.Г. Антибактериальные средства для системного применения в формулярах различного уровня. *Ведомости Научного центра экспертизы средств медицинского применения*. 2016;(3):62-66. [<https://www.vedomostincesmp.ru/jour/article/view/96/95>]

111. Янушевич и соавт. Рациональная фармакотерапия в стоматологии. Руководство для практикующих врачей. / под ред. О.О. Янушевича, Е.В. Зорян. - Москва: ЛитТерра, 2023. – 464 с. [DOI:10.33029/9704-5366-7-HIR-2020-1-200]

112. Ирмияев Анисим Асафович. Клинико-фармакологическое обоснование применения препарата мексидол в комплексном лечении больных с ксеростомией : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2005. - 23 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01003008063>]

113. Оглазова Н.М. Хронический паротит (клиника, лечение, состояние факторов неспецифической защиты: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1982. - 20 с. [http://weblib.omsk-osma.ru/cgi-bin/irbis64r_15/cgiirbis]

114. Афанасьев В.В. Ксеростомия (сухость полости рта). Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение / В.В. Афанасьев, М.Л. Павлова, Х.А. Ордашев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.-160 с. [<https://search.rsl.ru/ru/record/01009733530>]
[<https://philpapers.org/rec/LASRSO>]

115. Дубова Л. В. Состояние слюноотделительной функции после ортопедического лечения цельнолитыми несъемными зубными протезами: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М. : 1999. — 18 с. [https://rusneb.ru/catalog/000200_000018_RU_NLR_bibl_1206684/]

116. Парунов В.А. Слюноотделительная функция у больных с полной адентией при применении зубных протезов с базисом, полученным методом сверхпластической формовки из титанового сплава ВТ-14: дис. ... канд. мед. наук. – М.: 2000. -145
[<https://vivaldi.nlr.ru/bd000142668/details>]

117. Шевкунова, Н.А. ВЛИЯНИЕ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА НА СОСТОЯНИЕ САЛИВАЦИИ И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА / Н.А. Шевкунова, И.С. Рединов // Российский стоматологический журнал .— 2016 .— №5 .— С. 60-62 .— URL: <https://rucont.ru/efd/526669> (дата обращения: 05.05.2025)

118. Яценко Игорь Владленович. Анализ исходов и прогноз у больных острым и хроническим паротитом : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Полтава, 1992. – 24 с. [<http://elib.umsa.edu.ua/handle/umsa/7826>]

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Афанасьев Василий Владимирович – заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и травматологии Российского университета медицины, Президент Ассоциации сиалологов России (СтАР), Заслуженный врач Российской Федерации; профессор, доктор медицинских наук
2. Кулаков Анатолий Алексеевич - плавный внештатный специалист по профилю «челюстно-лицевая хирургия» МЗ РФ, академик РАН
3. Щипский Александр Васильевич - профессор кафедры ЧЛХ и травматологии Российского университета медицины, исполнительный секретарь Ассоциации сиалологов России (СтАР), профессор, доктор медицинских наук
4. Абдусаламов Магомед Расулович - профессор кафедры ЧЛХ и травматологии Российского университета медицины, профессор, доктор медицинских наук
5. Яременко Андрей Ильич - доктор медицинских наук, профессор, вице – президент ООО «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии», вицеПрезидентСтАР.
6. Разумова Александра Ярославовна - кандидат медицинских наук, доцент, член ООО «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии»
7. Епифанов Сергей Александрович - заведующий кафедрой ЧЛХ и стоматологии ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, доктор мед. наук, доцент
8. Золотухин Сергей Юрьевич - Доцент кафедры ЧЛХ и стоматологии ИУВ ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, кандидат мед. наук.

Конфликт интересов отсутствует

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-стоматологи детские;
2. Врачи-стоматологи;
3. Врачи-стоматологи-терапевты;
4. Врачи-стоматологи-ортопеды;
5. Врачи-стоматологи-хирурги;
6. Врачи челюстно-лицевые хирурги

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств.

Поиск в электронных базах данных. Учитывая особенности отечественной школы сиалологии, принято решение для доказательной базы клинических рекомендаций использовать научные данные диссертационных исследований и научных обзоров отечественных учёных, адаптировавших опыт ведущих зарубежных учёных в области изучения заболеваний СЖ. Глубина поиска до 30 лет, основные уточнения научных данных и эффективности методик в работах последних 10 лет.

Методы, использованные для оценки доказательств:

Консенсус экспертов («дельфийская система» достижения согласия, согласно которому эксперты обменивались мнениями по обсуждаемым вопросам, пока не достигли согласия). Оценка значимости доказательств соответствует рейтинговым схемам (табл. 2 - 5).

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

У	Расшифровка
ДД	
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	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
3	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
4	Несравнительные исследования, описания клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение эксперта

Таблица 3. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основан-

ных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описания клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение эксперта

Таблица 4. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество, их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций – пересмотр раз в 3 года.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата

Приказ Минздрава России от 31 июля 2020 г. n 786н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях».

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Таблица 6.

Дифференциально-диагностический алгоритм хронического интерстициального сиаладенита.



Таблица 7.

Дифференциально-диагностический алгоритм хронического протокового сиаладенита и слюннокаменной болезни.

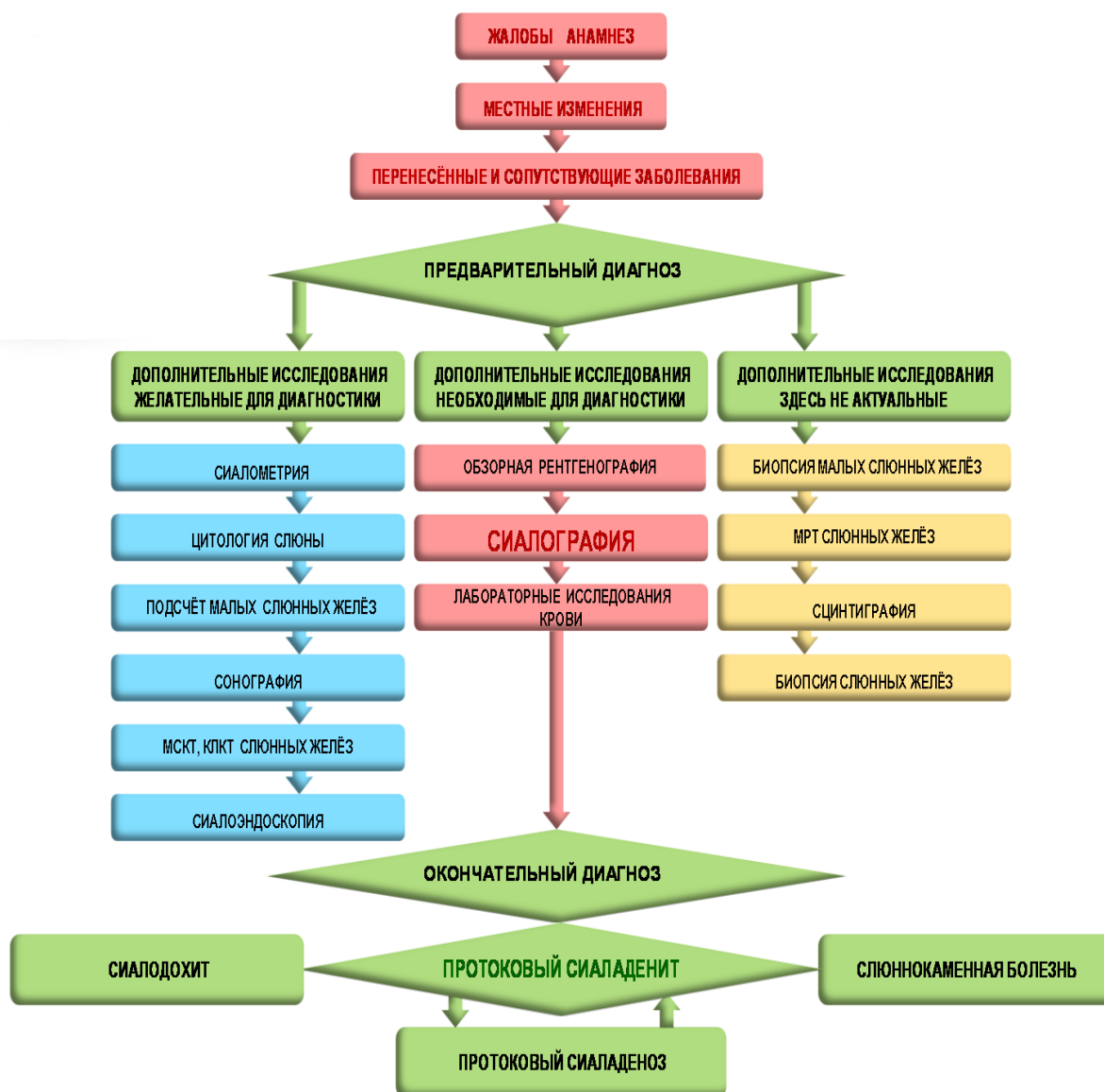


Таблица 8.

Дифференциально-диагностический алгоритм хронического паренхиматозно-го сиаладенита.

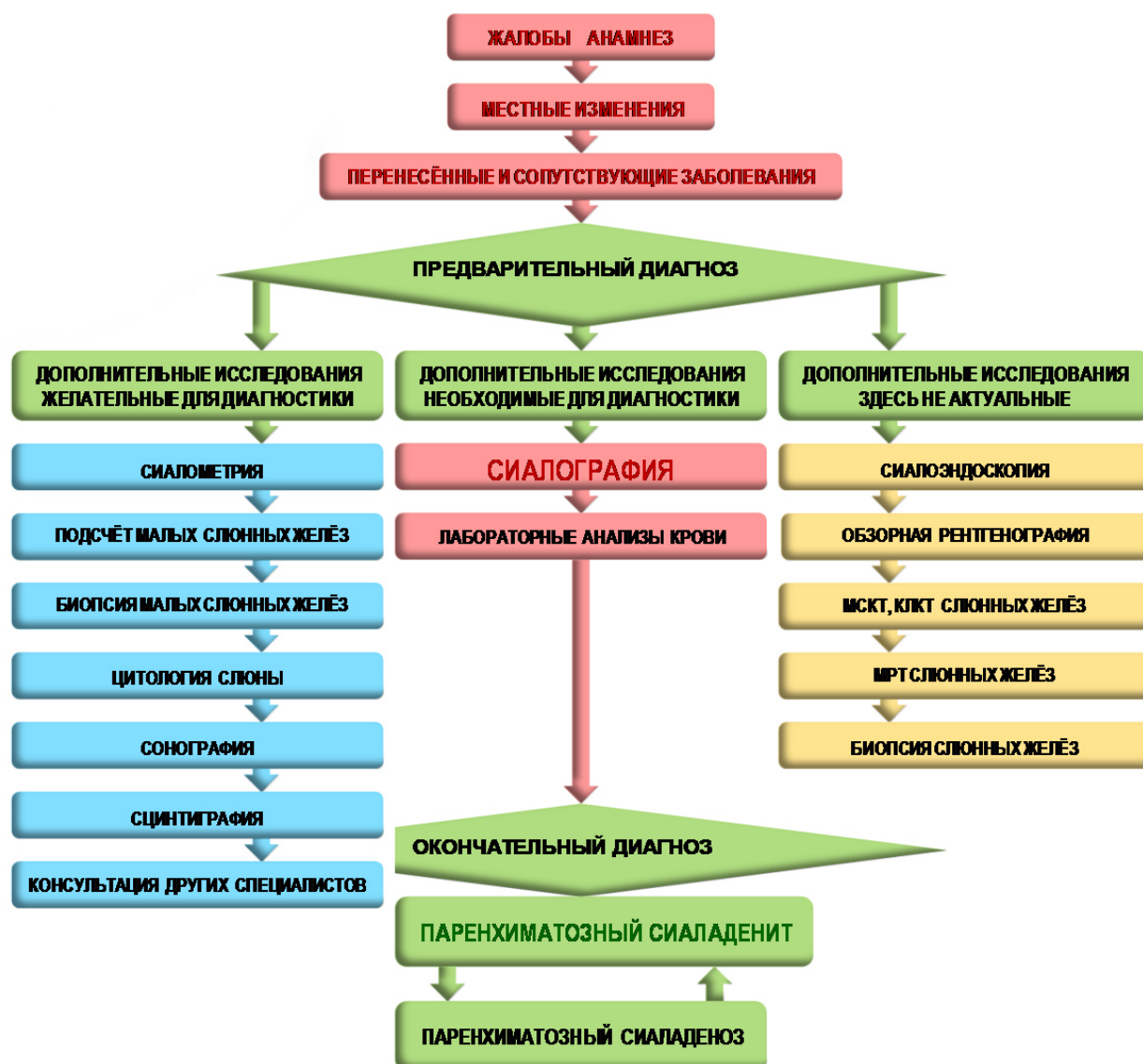
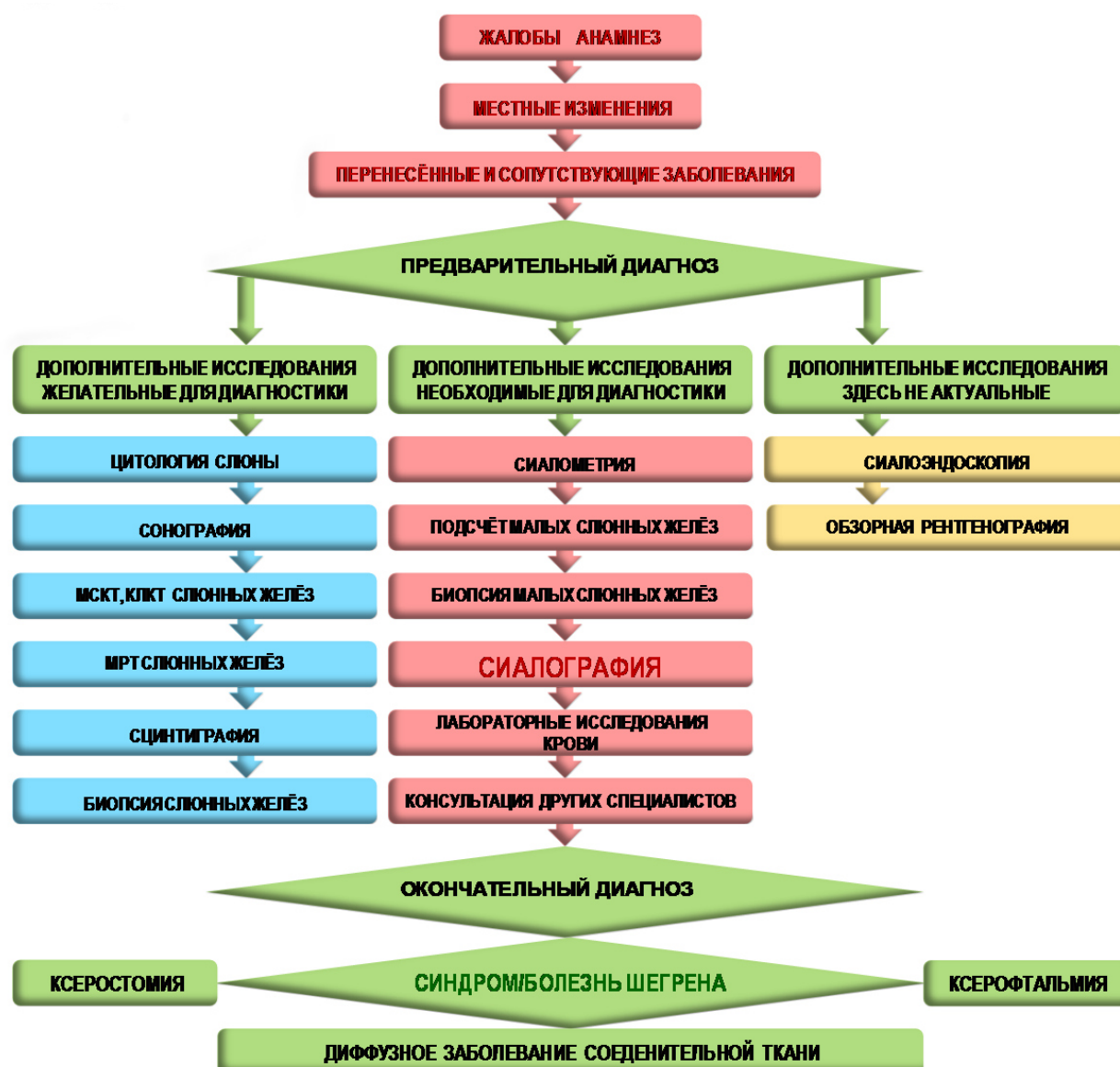


Таблица 9.

Дифференциально-диагностический алгоритм хронического паренхиматозно-го сиаладенита у пациентов с синдромом / болезнью Шегрена.



Приложение В. Информация для пациента

Не предусмотрена.

Приложение Г1 - ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Не предусмотрено.