Міністерство охорони здоров’я України

Буковинський державний медичний університет

Реферат

На тему:

«Інструментальні та лабораторні методи дослідження слинних залоз у дітей при їх захворюваннях»

Виконав

студент IV курсу

стоматологічного факультету, 4 групи

Григоряк Микола Васильович

Чернівці 2010р

**Слинні залози являють** собою особливу групу секреторних органів

Мабуть немає інших органів, які б здійснювали таку різноманітність функцій (секреторну, рекреторну, екскреторну, інкреторну) і надавали б настільки великий вплив на стан організму, органів порожнини рота і травної системи в цілому.

Існують великі слинні залози і малі слинні залози. До великих слинних залоз відносяться - привушна, під`язикова і підщелепова слинні залози. До малих слинних залоз відносяться - слинні залози слизової оболонки порожнини рота і піднебіння.

Вивчення захворювань слинних залоз почалось після описання анатомії трьох пар великих слинних залоз. (Wharton T, 1656, Stenson N, 1662, Nocki, 1658).

В подальшому було встановлено, що наявні два типи слинних залоз: одні залози продукують водянисту слину, інші - густу. R. P. Heidenhain (1868) назвав залози, що виділяють густий секрет - слизистими, а рідкий - білковими. Він виявив також різницю в будові залоз, що знаходяться в спокої, і після її активної діяльності. Крім того, він запропонував назвати нерви, що регулюють секрецію слинних залоз, трофічними і секреторними. E. Realy (1891) висловив припущення, що слинні залози впливають на регуляцію цукру в крові.

**Діагностика ряду захворювань слинних залоз** не являє собою труднощів, однак встановлення особливостей різних форм сіалоза і хронічного сіалоденіта нерідко може бути важким, часто неможливо клінічно визначити характер пухлини. В звязку з цим при диференційній діагностиці, а також уточнені стадії захворювання, ступені порушення функції слинних залоз і виникаючих в них морфологічних змінах, необхідно використовувати додаткові методи обстеження.

На основі даних літератури і відомостей, отриманих при обстеженні хворих з різними захворюваннями слинних залоз, при діагностиці користуються загальними, приватними і спеціальними методами обстеження.

Під загальними розуміють методи, що використовують при обстеженні всіх хворих (опитування, огляд, пальпація, дослідження крові, сечі, рентгеноскопія грудної клітки і ін.). Приватними називають методи, які використовують при обстеженні хворих з певною патологією (при захворюванні шлунка, легень, слинних залоз і інш.). Спеціальні методи обстеження, що вимагають особливих лікарських навиків і спеціальної апаратури, використовують в тих випадках, коли для підтвердження діагнозу необхідно отримати додаткові дані, що дозволять підтвердити чи виключити певне захворювання.

При опитуванні необхідно вияснити ознаки сухості порожнини рота, болючості і припухлості в ділянці залоз, солонуватого присмаку в роті, пов’язаних з вживанням їжі. При підозрі на новоутворення слід дотримуватися загальних правил збирання анамнезу в таких хворих. При травмі потрібно вияснити характер загоювання рани в ділянці слинної залози, тривалість витікання слини з рани, появу припухань і колікоподібних болей в ділянці залози (ознаки ретенції слини).

Огляд і пальпація дозволяють визначити стан шкірних покривів в ділянці слинних залоз, слизової оболонки губ, присінка і порожнини рота, стан гирл вивідних протоків слинних залоз, наявність припухлості в ділянці слинної залози і її вивідного протоку, консистенцію і рухомість залози, характер і кількість секрету, що виділяється.

Приватні методи. До таких методів відносяться - зондування вивідних протоків, рентгенографія ділянки слинних залоз, дослідження секреторної функції, якісний аналіз слини (дослідження фізико-хімічних її властивостей), цитологічне дослідження мазків слини, сіалографія, пантомосіалографія.

Зондування дозволяє встановити напрямок ходу протока слинної залози, наявність звуження чи повного зарощення його, наявність в протоці конкремента і місце його розташування. При зондуванні використовують спеціальні зонди для слинних протоків чи користуються очними зондами.

Рентгенографію проводять при необхідності встановлення наявності конкременту чи інородного тіла в слинній залозі і в її протоці. При дослідженні привушної залози рентгенівські знімки роблять в боковій і передній прямій проекціях. Для виявлення каменя в привушній протоці роблять знімки м`яких тканин щічної ділянки внутрішньоротовим методом. Для рентгенологічного дослідження піднижньощелепової залози позаротові знімки робляться в прямій і боковій проекціях, а для виявлення каменю піднижньощелепового протоку - внутрішньоротовий знімок дна порожнини рота. При підозрі наявності каменю в дистальному відділі піднижньо-щелепового простору чи залозі слід користуватися проeкцією, яка запропонована В.С.Коваленко (1964).

Дослідження секреторної функції

Користуються методом роздільного отримання секрету великих слинних залоз, застосoвуючи капсули Лешлі-Ющенка-Красногорського. Однак цим методом важко збирати слину одночасно з двох залоз, з протоків піднижньощелепових залоз і у випадках розміщення каменю близько до устя протоку. Існує методика збору секрету слинних залоз за допомогою ватних кульок певного розміру і маси, які поміщають на устя досліджуваних залоз, а потім зважують. І.Ф. Ромачева із співавт. розробила спеціальні канюлі довжиною 85-97 мм, і діаметром 0,8-1 мм. На канюлі для привушної залози є напайка у вигляді оливи, яка розташовується на відстані 3 мм від тупого кінця, діаметр оливи 1,6-2 мм. Канюлі слід підбирати завчасно. Процес примірки канюль є як би підготовкою хворого до процедури взяття слини. Це знижує вплив емоційного фактору на слиновиділення. Дослідження проводять зранку натще. Після приймання хворим всередину 8 крапель 1% розчину пілокарпіну гідрохлориду канюлю вводять в протік слинної залози на глибину 3-5 мм. Кінець канюлі опускають в градуйовану пробірку, яку тримає хворий. Необхідно слідкувати, щоб кінець канюлі не впирався в стінку протоки. Якщо в процесі обстеження секрет з канюлі не витікає протягом 2-3 хвилин від початку обстеження, тоді необхідно легко потягнути за канюлю виводячи її із протоки на 1-2 мм. Це створює більш благоприємні умови для витікання секрету на протязі 20 хв з моменту появи краплі секрету (час відмічають), його збирають в пробірку і визначають кількість.  
При всіх захворюваннях слинних залоз цей метод дозволяє встановити ступень порушення секреторної функції при тій умові, що секрет рідкий і в ньому відсутні слизові і фіброзні включення, тобто не порушені фізичні властивості секрету. У практично здорових людей кількість слини, яка виділяється за 20 хв із навколоушної залози складає 0,9-5,1 мл, частіше 1,1 2,5 мл, з піднижньощелепової залози 0,9-6,8 мл, частіше 1-3 мл. В практичній роботі рекомендується користуватися параметрами для навколовушної залози - 1-3 мл, і для піднижньощелепової - 1-4 мл.

Секрецію малих слинних залоз оцінюють з допомогою смужки фільтрувального паперу певної маси, які зважують після дослідження. Якісний аналіз секрету.

Колір і прозорість, а також наявність видимих включень визначають в секреті візуально. Для визначення рН слини використовують рН - метр. В`язкість визначають на капілярному віскозиметрі, кількість електролітів слини (натрій, калій, кальцій) методом фотомерії полум`я на спектрофотометрі. Існують і інші методики дослідження вмісту кальцію. Визначення білку проводять методом Брандберга-Робертса-Стольнікова чи методом Лоурі. Розділеня білкових фракцій слини визначають методом електрофорезу на папері.

Цитологічне дослідження мазків слини

Краплю секрету, який витікає з канюлі, поміщають на предметне скло, за прийнятими правилами роблять мазок, фіксують його, забарвлюють за Романовським - Гімзою і проводять мікроскопію. Для отримання повноцінних препаратів краплю секрету слід брати всередині забору. При наявності в секреті комочків і слизово - гнійних включень, слід виготовляти мазки шляхом розмащування їх між двома предметними склами. При неможливості одержання краплі секрета з канюлі, матеріал беруть за допомогою ложечки Фолькмана.

В секреті привушних і піднижньощелепових залоз в нормі виявляються клітини плоского і циліндричного епітелію, який вистеляє головні і міждолькові вивідні протоки. На клітинах плоского епітелію часто розміщуються бактерії.

Сіалографічна діагностика захворювань слинних залоз

Контрастне рентгенологічне дослідження слинних залоз (сіалографія) є діагностичним методом і входить в план обстеження хворих, що страждають на захворювання слинних залоз.

Для сіалографії тривалий час (до 80-х років минулого століття) широко застосовувалися масляні рентгеноконтрастні речовини: йодоліпол, йодіпін, ліпіодол, етіодол. Йодовані масла володіють досить гарною рентгеноконтрастністю, а їх висока в'язкість дозволяла проводити рентгенівське дослідження навіть через тривалий час (години і навіть дні) після вилучення канюлі з вивідної протоки слинної залози. Масляні рентгеноконтрастні речовини вводили в протоку слинної залози за допомогою шприца з одягненою на нього металевою канюлею. Для заповнення протоки піднижньощелепної залози вводиться 1-1,5 мл рентгеноконтрастної речовини, а для привушної - 1,5-2 мл. Критерієм заповнення проток залози служить поява у пацієнта больових відчуттів.

Дана методика введення рентгеноконтрастних речовин у слинні залози має наступні недоліки (Солнцев А.М. та співавт., 1978): не дає можливості об'єктивно оцінити тиск, під яким рентгеноконтрастні речовина вводиться в залозу, що небайдуже для її тканин; заповнення залози рентгеноконтрастних речовин до появи болів не є об'єктивним показником, оскільки поріг больових відчуттів пацієнта схильний до значних коливань є індивідуальним; орієнтування на певну кількість рентгеноконтрастної речовини, необхідного для заповнення проток залози, не є об'єктивним критерієм, так як ця кількість може значно варіювати як у бік зменшення, так і у бік збільшення залежно від характеру патологічного процесу в залозі.

Думка про вплив масляних рентгеноконтрастних речовин на тканину слинної залози суперечливі. Одні автори вказують, що ці речовини перший час після введення володіють деякими терапевтичним ефектом чинності дезинфікуючої дії йоду. Інші ж дослідники вважають, що масляна основа рентгеноконтрастної речовини тривалий час затримується в залозі і підтримує в ній запальний процес. У нашій клініці (Центр щелепно-лицевої хірургії НМАПО) неодноразово спостерігалися ускладнення після попадання масляних рентгеноконтрастних речовин в навколишні залозу тканини (при ненавмисної перфорації стінки вивідної протоки). У даному випадку ці речовини тривалий час залишалися в тканинах, викликаючи хронічне запалення. У випадках різкого порушення секреторної функції залози введення масляних рентгеноконтрастних речовин нерідко викликало згодом більш несприятливий перебіг запального процесу. При цьому на повторних рентгенограмах масляне рентгеноконтрастних речовин виявлялося через місяці і навіть роки після його введення.

Експериментальним дослідженням на собаках було встановлено, що при заповненні паренхіматозної слинної залози масляне рентгеноконтрастних речовин інфільтруючого альвеолярний епітелій і затримується в ньому, і вивідних протоках. При цьому в залозі спочатку розвивається гостре запалення, що переходить потім у хронічне продуктивне запалення, що супроводжується дистрофією епітеліального компонента залози (Бабич Н.І., 1973). В експерименті встановлено, що введення водорозчинних рентгеноконтрастних препаратів за методикою, описаною нижче, не викликає патологічних змін в залозі.

Протягом останніх десятиріч за сіалографію знаходять широке застосування водні розчини трійодірованних органічних сполук: трійодтраст, візотраст, уротраст, верографін, урографін (70-76%) та ін Вони малотоксичні, досить рентгеноконтрастних, мають високу резорбціонной здатністю, в силу чого не затримуються в залозі навіть при значному порушенні її функції. Проте водорозчинні рентгеноконтрастні речовини дуже швидко виводяться із залози, що ускладнює отримання якісних сіалограмм з використанням звичайної методики сіалографію. При введенні водорозчинних рентгеноконтрастних речовин шприцом через малу в'язкості існує небезпека розвитку надлишкового, шкідливого для залози тиску, а в разі застосування металевих канюль водорозчинна рентгеноконтрастних маса витікає з протоки в порожнину рота (Александрова Е.А. та співавт., 1972).

Суть методу сіалографію полягає у введенні в залозу анатомічно обумовленої кількості рентгеноконтрастної речовини під контрольованим тиском з одночасним проведенням рентгенографії. Тиск, під яким рентгеноконтрастні речовина вводиться в залозу, має становити 180-200 мм рт. ст., так як відомо, що заліза здатна до активної секреції проти цього тиску і, отже, воно не шкідлива для її тканини. Апарат для сіалографію, розширювач і катетери представлені у підручнику А.А. Тимофєєва «Керівництво по щелепно-лицевої хірургії та хірургічної стоматології» (1997, 1998, 2001, 2004).

Для проведення сіалографію необхідно мати конічний розширювач гирла вивідної протоки або можна використовувати набір бужів для розширення слізних каналів і поліетиленові катетери різного діаметру. Можна використовувати набір катетерів, що виготовляються з поліетиленових трубочок із зовнішнім діаметром в межах 1-3 мм. Кінець поліетиленового катетера загострюють шляхом його витягування над полум'ям спиртового пальника. Довжина поліетиленового катетера 10 см. М'який катетер легко повторює вигини вивідної протоки слинної залози, що запобігає перфорацію його стінки, щільно прилягає до внутрішньої стінки протоки, чим досягається хороша герметизація. Для додання необхідної жорсткості катетера всередину їх поміщають дротяний мандри. Для проведення сіалографію хворого усаджують в зуболікарське крісло, відшукують гирлі головного вивідної протоки підлягає дослідженню слинної залози. У гирлі вивідної протоки на 2-3 хвилини вводять розширювач. Пальцями лівої руки відтягують щоку вперед. При цьому відбувається випрямлення наявного вигину щічній відділу вивідної протоки привушної слинної залози. Видаляють розширювач і обертальними рухами вводять катетер з дротовим мандреном в протоку. У міру введення катетера в протока мандри витягають таким чином, щоб його медіальний кінець знаходився на рівні гирла протоки, що чітко видно через прозорий поліетиленовий катетер. По довжині висунутої з катетера частини мандрила можна судити про глибину введення катетера в вивідний протік слинної залози. Виведення мандрила у міру просування катетера в протока надає катетеру м'якість та еластичність, що попереджає пошкодження протоки. Після введення катетера в протока на глибину 1,5-2 см мандри витягають, а катетер хворий утримує губами. При функціонуючої слинної залозі з катетера виділяється слина. У тих випадках, коли виділення слини через ураження залози відсутній, за допомогою шприца катетер заповнюють фізіологічним розчином. Це дає можливість запобігти потраплянню повітря в залозу і уникнути помилкової трактування сіалограмм. У вивідний протік піднижньощелепного залози поліетиленовий катетер вводять аналогічним чином.

У ряді випадків за описаною вище методикою ввести поліетиленовий катетер у вивідний протік слинної залози складно. Так, у хворих з вузьким гирлом вивідної протоки спочатку вводять в протока кінський волос та нейлонову (поліетиленову) нитку, які служать провідником для катетера. Потім на провідник надягають поліетиленовий катетер і, ковзаючи по ньому, вводять його в протоку. Після введення катетера по провіднику на глибину 2-3 мм останній видаляють і замінюють дротяним мандреном. У тих випадках, коли ввести в вивідний протік слинної залози катетер не представляється можливим через несприятливі анатомічних особливостей (множинні гирла вивідної протоки, його рубцеві звуження та ін), можна застосувати хірургічний спосіб. У даному випадку слід виділити головний вивідний протік слинної залози і розсікти його поздовжньо дистальніше перешкоди. Подібний напрямок розрізу запобігає розвитку рубцевих стриктур. Катетер вводять через розріз і фіксують лігатурою, проведеної навколо протоки. Після проведення маніпуляції лігатуру знімають.

Після введення катетера в вивідний протік слинної залози і підготовки апарату для сіалографію до роботи хворого усаджують для одержання рентгенівських знімків. Після відповідної укладання хворого пристрій для сіалографію підключають до катетеру, введеному раніше в вивідний протік слинної залози, і створюють тиск у межах 180-200 мм рт. ст. Через 15 секунд з моменту подачі рентгеноконтрастної речовини в залозу роблять перший рентгенівський знімок (фаза заповнення проток залози). На цьому знімку визначається заповнення тільки системи проток залози. Змінюють касету і другий рентгенівський знімок роблять через хвилину з моменту подачі рентгеноконтрастної речовини в залозу або через 45 секунд після першого знімку (фаза заповнення паренхіми залози). Після другого рентгенівського знімка визначається заповнення паренхіми залози, зрозуміло, якщо вона не була зруйнована тим чи іншим патологічним процесом. Касету змінюють знову і через дві хвилини після видалення катетера з протоки роблять третій рентгенівський знімок (фаза резорбції і спорожнення). Цей рентгенівський знімок дозволяє судити про функціональної здатності досліджуваної залози, бо в нормі в даний проміжок часу водорозчинне рентгеноконтрастних речовин резорбується і виводиться із залози.

Абсолютних протипоказань для проведення сіалографію водорозчинними рентгеноконтрастних речовин немає. Відносними протипоказаннями є підвищена чутливість до йоду і важке ураження печінки та нирок.

Сіалографіческая картина в цілому аналогічна одержуваної при застосуванні масляних рентгеноконтрастних речовин, однак вона має ряд особливостей. При розвитку великих порожнин в паренхімі залози масляні рентгеноконтрастні речовини утворюють кулясті скупчення внаслідок великого поверхневого натягу масляної основи препарату. Водорозчинні рентгеноконтрастні речовини розчиняються в слині, це дозволяє отримати більш точне уявлення про характер деструктивних процесів в паренхімі залози. Заповнення паренхіми дає можливість легше диференціювати патологічні процеси самої залози від розвиваються по сусідству з нею (лімфаденіти, пухлини, кісти та ін.)

Сіалографія запропонованою методикою дозволяє отримати достовірні відомості не тільки про анатомічної структурі великих слинних залоз, а й про їх функціональної здатності. Ретенція водорозчинного рентгеноконтрастної речовини в залозі понад двох хвилин свідчить про порушення її функції. На відміну від масляних рентгеноконтрастних речовин водорозчинні рентгеноконтрастні речовини виводяться із залози з порушенням функції протягом 15-20-ти хвилин. Використовуваний у пристрої м'який катетер практично виключає прорив стінки протоки, хоча слід зазначити, що попадання водорозчинних рентгеноконтрастних речовин в м'які тканини внаслідок їхньої швидкої резорбції також не становить небезпеки.

Таким чином, методика сіалографії водорозчинними рентгеноконтрастними речовинами дозволяє ввести в залозу необхідну кількість рентгеноконтрастної речовини при оптимальній температурі під контрольованим тиском без небезпеки його шкідливого впливу на залозу. Сіалографія дає можливість судити не лише про стан проток і паренхіми залози, а й про її функціональну здатность. Швидке виведення водорозчинних рентгеноконтрастних речовин із залози дозволяє застосовувати їх при патологічних процесах, що призводять до різкого порушення функції слиновиділення.

Нами обстежено 895 хворих із захворюваннями великих слинних залоз. Опис сіалограмми ми рекомендуємо проводити за схемою, запропонованою І.Ф. Ромачевой і співавт. (1987).

При дослідженні паренхіми залози встановлюють: як проявляється зображення (добре, нечітко рівномірно або нечітко і нерівномірно або не виявляється); наявність дефекту заповнення; наявність порожнин точкових (від 0,1 до 0,5 см) і діаметром більше 0,5 см; чіткість контурів порожнин (чіткі, нечіткі).

При дослідженні проток залози автори рекомендують визначати: звуження проток I-V порядку (рівномірний, нерівномірний); розширення проток I-V порядку рівномірний, нерівномірний); розширення головного вивідної протоки (рівномірне або нерівномірне); зміщення проток; уривчастість проток; чіткість контурів проток (чіткі, нечіткі).

Показники сіалограмм слинних залоз здорових людей наступні.

Привушна залоза - ширина головного вивідного протоку становить близько 1 мм, довжина - 5-7 см; недалеко від гирла він огинає жувальну м'яз (на сіалограмме він видний у вигляді гвинтоподібних спіралі), на решті протяжении протока прямий або злегка зігнутий; контури протоки рівні, гладкі. Внутрішньочасточкові протоки відходять магістральної або віялоподібно. У нормі протоки першого порядку розгалужуються на більш дрібні, утворюючи взаімосоедіняющееся сплетіння. Автор вказує, що немає необхідності розрізняти в картині нормальної залози угруповання подібних відгалужень і розділяти їх на класи, тому що для діагностики це не має значення. У людей похилого віку головний вивідний протік трохи ширше, ніж у дітей.

Піднижньощелепної залози - головний вивідний проток - більш широкий і становить до 2 мм. Він впадає в залозу після дугоподібного вигину у напрямку зверху вниз. Внутрішньчасточкові протоки відходять перпендикулярно, а іноді під тупим кутом. Протоки згодом розгалужуються на тонкі, безперервні, нерозширення і незміщеності междольковие протоки. Контури залоз овальні, їх поздовжня вісь проходить вертикально чи косо, в деяких випадках на кшталт нирки, в залежності від розташування залози навколо заднього краю m. mylohyoideus.

У нормі на першому рентгенівському знімку привушної і піднижньощелепного слинних залоз чітко простежується система проток, починаючи від вивідного і аж до найдрібніших внутрішньочасточкової проток. На другому рентгенівському знімку виявляється заповнення ацинусов у вигляді дифузної ніжною тіні. Нечіткість контурів проток четвертого порядку, а місцями їх зникнення пояснюються накладенням тіні ацинусов. На третьому рентгенівському знімку, при нормальній функції слинної залози, рентгеноконтрастних речовин не виявляється ні в протоках, ні в ацинусах залози.

Результати клінічних досліджень показують, що застосування водорозчинних рентгеноконтрастних речовин для сіалографію забезпечує високу якість сіалограмм, що дозволяють діагностувати найрізноманітніші захворювання слинних залоз і диференціювати їх з ураженням навколишніх тканин.

Характерним симптомом гострих лімфаденітів привушної і піднижньощелепного областей є відсутність заповнення паренхіми залози на ділянці запаленої лімфатичного вузла без відтискування проток, типового для доброякісної пухлини залози. Це пов'язано із залученням в патологічний процес тканини залози, навколишнього лімфатичний вузол, і розвитком періаденіта. Після ліквідації явищ гострого лімфаденіту, якщо процес не привів до розвитку лімфогенного паротиту або субмаксілліта, рентгенологічна картина залози нормалізується. При лімфогенним паротиті на сіалограмме, яка проводиться після зняття гострих запальних явищ, можна виявити одну або кілька порожнин неправильної форми (у вигляді кола, овалу, щілини, чорнильного плями), заповнену водорозчинним рентгеноконтрастних речовин. Порожнини сполучаються з внутріжелезістимі протоками привушної залози . Контакту сіалоаденіту відповідає характерна сіалограмма.

Для паренхіматозного сіалоаденіта характерна наявність кулястих скупчень рентгеноконтрастної речовини, рівномірно розподілених в паренхімі залози, а контури вивідної протоки і проток першого, другого порядку зазвичай не змінені. Тінь ацинусов не визначається. У тій чи іншій мірі завжди страждає функція залози, про що свідчить затримка рентгеноконтрастної речовини в залозі. На сіалограммах можна виявити зміни - велика кількість порожнин (розміром 2-3 мм), заповнених рентгеноконтрастних речовин, внутріжелезістие протоки не визначаються, протоки I порядку перериватися. У додаткової частці привушної залози спостерігаються такі ж зміни. Головний вивідний протік розширений, наскільки деформований, рідше - незмінний. Сіалографія у пізній стадії захворювання - порожнини в залозі досягають найбільших розмірів (від 2-3 до 5-6 мм), скупчення рентгеноконтрастной маси великих розмірів і неправильної або округлої форми. Вкрай рідко можна визначити рівні контрасту. А на третьому рентгенснімке, тобто у фазі резорбції і спорожнення, завжди є ретенція (затримка) рентгеноконтрастної речовини. Паренхіма залози не визначається.

Пантомосіалографія - методика рентгенологічного дослідження слинних залоз, після одночасного контрастування привушних, піднижньощелепних чи всіх чотирьох залоз з наступною панорамною томографією. Одночасне дослідження парних залоз дозволяє виявити скрито протікаючі процеси в парній залозі.

Стереорентгенографія

Забезпечує просторове об`ємне рентгенівське зображення протоків слинних залоз і їх розгалужень. Для отримання стереозображення проводять два рентгенівських знімки під різними кутами до рентгенівської трубки. Дві рентгенограми дивляться на стереоскопі.

Сіалотомографія

Метод пошарового рентгенологічного дослідження слинних залоз, після заповнення їх протоків кортрастною речовиною. Використовується для визначення розташовування інородних тіл, при новоутворенях залоз.

Сіалографія з прямим збільшенням зображення

Дозволяє отримати рентгензнімки в боковій чи прямій проекціях з 1 - 2 разовим збільшенням, за рахунок збільшення відстані між залозою і рентгенівською плівкою.

Електрорентгенографія

При контрастному дослідженні слинних залоз найбільш інформативна при діагностиці уражень паренхіми і при слинокам`яній хворобі, так як порожнини в залозі і кокременти більш чітко видно на електрорентгенограммі внаслідок крайового ефекту, який є в даній методиці, аніж при звичайній плівковій рентгенограмі.

Комп`ютерна томографія

Зображення будови на основі аксіальних проекцій, які перпендикулярні вісі тіла обстежуваного, з послідуючим кутовим переміщенням системи детекторів і рентгенівської трубки на 60 - 120 градусів. Цифрова інформація обробляється на ЕОМ по спеціальному алгоритму, після чого представляється у вигляді зрізу на екрані чорно-білого чи кольорового телевізору. Поєднання компютерної томографії з штучним контрастуванням має велике практичне значення в діагностиці новоутворень привушної залози.

Радіосіалографія

Метод заключається в записуванні кривих інтенсивності радіоактивного випромінювання одночасно над привушними залозами і серцем чи стегном після в/в введення розчину натрію пертехнетата і дозволяє дати кількісну характеристику їх функціонального стану.

Сканування слинних залоз

Метод отримання зображення залоз на папері після в/в введення радіонуклідного з`єднання за допомогою гаммотопографа (сканера), завдяки здатності слинних залоз концентрувати з крові і накопичувати радіонуклідні з`єднання.

Ехосіалографія

Метод заснований на різному ступені поглинання і відображенні ультразвуку тканинами слинної залози з різним акустичним опором.  
Термовізіографія (теплобачення) слинних залоз.

Дозволяє в дінамиці спостерігати зміни температури різних ділянок людського тіла, в тому числі і в ділянці слинних залоз. Метод заснований на різному ступені поглинання інфрачервоного випромінювання тканинами з різною морфологічною структурою.

Морфологічні методи дослідження

Діагностичну пункцію проводять голкою діаметром не більше 1 мм і шприцом об`ємом 20 мл. При дотриманні правил асептики голкою і сухим шприцом проводять пункцію слинних залоз. В канюлі голки міститься необхідний для цитологічного дослідження матеріал, який слід зворотним ходом поршня перенести на скло і зробити тонкий мазок. Пункційна біопсія.

Здійснюють за допомогою спеціального прибору - троакару Ю.А. Зорин, Б.Г. Пятницкий, Л.Р. Пеккор, який дозволяє отримувати матеріал для гістологічного дослідження.

Література

1. Харьков Л. В. - Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста. – Изд. "Книга плюс", 2005. – 472 с.
2. Персин Л.С. - Стоматология детского возраста. — Изд. 5-е, перераб. и доп. — М.: Медицина, 2003. — 640 с.
3. Бернадский И.И. – Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии – Изд. 3-е- Витебск,1988
4. Електронна версія журналу «Дентал Юг» -- www.stom.ru
5. Клементов А.В. – Болезни слюнніх желез – Изд. «Медицина», М: 1975 - 101 с.