

DOI: <https://doi.org/10.17650/2222-1468-2025-15-3-107-114>

# Современный взгляд на заболевания, требующие оперативного доступа к поднижнечелюстной области

П.А. Деменчук<sup>1</sup>, Е.О. Кудасова<sup>2</sup>, Е.В. Кочурова<sup>3</sup>, И.А. Новикова<sup>2</sup>, А.А. Горин<sup>2</sup>, Л.Л. Бороздкин<sup>3</sup>, А.Р. Шурдумов<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко» Минобороны России; Россия, 105229 Москва, Госпитальная площадь, 3;

<sup>2</sup>Университет «Синергия»; Россия, 125315 Москва, Ленинградский пр-кт, 80Б, корп. 5;

<sup>3</sup>ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет); Россия, 119991 Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2

**Контакты:** Екатерина Владимировна Кочурова [evkochurova@mail.ru](mailto:evkochurova@mail.ru)

Воспаление поднижнечелюстной области встречается в стоматологической практике довольно часто. Этиология и клинические проявления данной патологии многообразны, и, несмотря на большие возможности консервативной терапии, в ряде случаев приходится выполнять хирургическое вмешательство. Причинами воспаления в поднижнечелюстной области являются одонтогенные заболевания, лимфаденопатии, сиалорея, новообразования поднижнечелюстных слюнных желез и сиалолитиаз. Одонтогенные абсцессы (88,9 % случаев) и флегмоны (2,7–3,4 % случаев) челюстно-лицевой области составляют 88,9 % инфекций полости рта. Одонтогенные заболевания сопровождаются нарушением колонизационной резистентности полости рта и являются большой проблемой. Лимфаденопатии в поднижнечелюстной области встречаются в 70 % случаев, при этом хирургическое лечение требуется 4 % пациентов с данной патологией, интенсивная послеоперационная медикаментозная терапия – 1,7 %, летальный исход возникает в 0,12 % случаев. Сиалорея часто развивается у больных с умственной отсталостью, церебральным параличом, аутизмом и нервно-мышечными или сенсорными дисфункциями. При низкой эффективности применения антихолинергических препаратов или введении ботулотоксина основным методом лечения является резекция поднижнечелюстной железы. Доброкачественные новообразования поднижнечелюстных слюнных желез встречаются в 13 % случаев и малигнизируются чаще, чем опухоли околоушной железы. Неопластические заболевания поднижнечелюстных желез челюстно-лицевой области составляют от 34 до 54 %. Самой частой патологией этих желез является слюнокаменная болезнь, которая встречается в 80–90 % случаев. Цель работы – проанализировать основные причины воспаления в поднижнечелюстной области, требующего хирургического вмешательства.

**Ключевые слова:** воспаление в поднижнечелюстной области, хирургическое вмешательство, сиалоденит, сиалорея, новообразования слюнных желез, одонтогенные заболевания, лимфаденопатии в поднижнечелюстной области

**Для цитирования:** Деменчук П.А., Кудасова Е.О., Кочурова Е.В. и др. Современный взгляд на заболевания, требующие оперативного доступа к поднижнечелюстной области. Опухоли головы и шеи 2025;15(3):107–114. DOI: <https://doi.org/10.17650/2222-1468-2025-15-3-107-114>

## A modern view of diseases requiring prompt access to the submandibular region

P.A. Demenchuk<sup>1</sup>, E.O. Kudasova<sup>2</sup>, E.V. Kochurova<sup>3</sup>, I.A. Novikova<sup>2</sup>, A.A. Gorin<sup>2</sup>, L.L. Borozdkin<sup>3</sup>, A.R. Shurdumov<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Main Military Clinical Hospital named after Academician N.N. Burdenko, Ministry of Defense of Russia; 3 Hospital Square, Moscow 105229, Russia;

<sup>2</sup>Moscow University for Industry and Finance Synergy; 80 Leningradsky Prospekt, 125315 Moscow, Russia;

<sup>3</sup>Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University); Bld. 2, 8 Trubetskaya St., Moscow 119991, Russia

**Contacts:** Ekaterina Vladimirovna Kochurova [evkochurova@mail.ru](mailto:evkochurova@mail.ru)

Inflammation of the submandibular region occurs quite often in dental practice. The ethology and clinical manifestations of this pathology are diverse and despite the great possibilities of conservative therapy, in some cases it is necessary

to perform surgical intervention. The causes of inflammation in the submandibular region are odontogenic diseases, lymphadenopathies, sialorrhea, neoplasms of submandibular salivary glands and sialolithiasis. The odontogenic abscesses (88.9 % of cases) and phlegmon (2.7–3.4 % of cases) of the maxillofacial region account for 88.9 % of oral infections. Odontogenic diseases are accompanied by impaired colonization resistance of the oral cavity and are of a big problem. Lymphadenopathies in the submandibular region occur in 70 % of cases, while surgical treatment is required for 4 % of patients with this pathology, intensive postoperative medical therapy – 1.7 %, lethality occurs in 0.12 % of cases. Sialorrhea often develops in patients with mental retardation, cerebral palsy, autism, and neuromuscular or sensory dysfunctions. With low efficacy of anticholinergic drugs or botulinum toxin administration, the main treatment is submandibular resection. Benign neoplasms of the submandibular salivary glands occur in 13 % of cases and are malignancies more often than tumors of the parotid gland. Neoplastic diseases of the submandibular glands of the maxillofacial region account for 34 to 54 %. The most common pathology of these glands is salivary stone disease which occurs in 80–90 % of cases.

**Aim.** To analyze the main causes of inflammation in the submandibular region, requiring surgical intervention.

**Keywords:** inflammation in submandibular region, surgical intervention, sialadenitis, sialorrhea, neoplasms of salivary glands, odontogenic diseases, lymphadenopathies in submandibular region

**For citation:** Demenchuk P.A., Kudasova E.O., Kochurova E.V. et al. A modern view of diseases requiring prompt access to the submandibular region. *Opukholi golovy i shei = Head and Neck Tumors* 2025;15(3):107–14. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.17650/2222-1468-2025-15-3-107-114>

## Введение

Технологические достижения и совершенствование методов диагностики привели к изменению подходов к терапии стоматологических заболеваний. Однако, несмотря на большие возможности консервативного и малоинвазивного лечения, не отмечено четкой тенденции к уменьшению потребности в хирургических вмешательствах [1, 2].

Цель работы – проанализировать основные причины воспаления в поднижнечелюстной области, требующего хирургического вмешательства.

Проанализированы более 60 источников литературы, в которых представлены этиология, патогенез, методы диагностики воспаления в поднижнечелюстной области, а также причины осложнений, вызывающих необходимость проведения хирургического вмешательства.

## Одонтогенные заболевания, приводящие к патологиям поднижнечелюстной области

По данным Глобального доклада о состоянии здоровья полости рта в мире Всемирной организации здравоохранения (2022) одонтогенные заболевания являются наиболее распространенной патологией челюстно-лицевой области. Болезнями полости рта страдают 3,5 млрд человек, пародонтитом в тяжелой форме – более 1 млрд [3]. Многие исследования описывают воспаления поднижнечелюстной области как осложнения одонтогенной инфекции (хронический периодонтит, обострения хронического пародонтита) [4, 5]. В результате проникновения возбудителей из некротизированной пульпы, пародонтальных карманов в мягкие ткани возникают одонтогенные инфекции головы и шеи. В 71 % случаев они сопровождаются развитием абсцессов поднижнечелюстной области.

Одонтогенные абсцессы поднижнечелюстной области составляют 88,9 % инфекций полости рта, флегмоны челюстно-лицевой области – 2,7–3,4 % [4].

Многие исследования отмечают связь между хроническим пародонтитом поднижнечелюстной области и глубокими инфекциями шеи. Однако для подтверждения этого необходимы рандомизированные контролируемые исследования с перспективным дизайном [6].

К росту числа заболеваний полости рта приводят усиление урбанизации, усугубление социальных и экологических проблем (недостаточное количество фтора в воде и продуктах, распространение на рынке дешевых продуктов питания и напитков с высоким содержанием сахара, потребление табачных изделий, алкоголя, использование электронных сигарет, неравномерность развития городов, ограниченная доступность первичной стоматологической помощи) [3, 6, 7]. Неравномерное распределение стоматологического персонала и недостаток специализированных медицинских учреждений ограничивают доступ населения к стоматологическим услугам. Особенно это относится к пациентам, проживающим в сельских и труднодоступных населенных пунктах, в которых есть эпидемиологические риски и отмечается рост числа людей старшего возраста [8]. Сильно препятствует получению адекватной стоматологической помощи и высокая стоимость лечения, что зачастую повышает риск утраты экономического благополучия пациента [3].

У большинства пациентов с патологией полости рта она не санирована [9], а также есть такие факторы риска, как сердечно-сосудистые, хронические респираторные, аутоиммунные ревматические, неврологические, желудочно-кишечные, кожные заболевания, заболевания почек, диабет и железодефицитная анемия [10].

Одонтогенные заболевания сопровождаются нарушением колонизационной резистентности полости рта [4, 11]. Микробиота полости рта состоит из более 700 видов бактерий, колонизирующих на поверхности зубов и слизистых оболочек. Бактерии зубного налета в области дна десневой борозды, такие как *Porphyromonas gingivalis*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Prevotella intermedia*, *Tannerella forsythia*, *Eikenella corrodens* и *Fusobacterium nucleatum*, вызывают высокую патогенную нагрузку, изменяя реактивность иммунной системы [10, 12].

При таком разнообразии бактериальной флоры любая иммунная дисфункция создает риск проникновения патогенных микроорганизмов в глубь тканей. Постоянная внутриротовая инфекция приводит к чрезмерной местной воспалительной реакции и локально-регионарному осложнению при сопутствующих соматических факторах, отсроченном хирургическом лечении осложненных форм пародонтитов и патологии пародонта, снижении хемотаксиса нейтрофилов, клеточного иммунитета и активности естественных клеток-киллеров. С учетом быстрорастущей устойчивости бактерий к антибиотикам одонтогенные инфекции полости рта в настоящее время являются серьезной проблемой [9, 10].

### Абсцессы и флегмоны поднижнечелюстной области и шеи

Количество абсцессов челюстно-лицевой области существенно снизилось с момента введения антибиотикотерапии. Однако агрессивное течение заболеваний пародонта или осложнения эндодонтального лечения кариеса зубов могут приводить к образованию абсцессов. Острый абсcess представляет собой полимикробную инфекцию, включающую анаэробные кокки — виды *Prevotella* и *Fusobacterium*, и факультативные анаэробы — *Streptococci viridians* и *Streptococcus anginosus* [11]. Из-за сложности раннего распознавания и широкого спектра клинических проявлений одонтогенные абсцессы в области головы и шеи вызывают опасные для жизни осложнения: флегмоны, глубокие инфекции поднижнечелюстной области и шеи, сепсис, а также обструкцию дыхательных путей. Основными симптомами данной патологии являются отек, инфильтрация поднижнечелюстной области, переходящий в область шеи, контрактура жевательных мышц, повышение температуры тела [12]. Обычно для одонтогенных флегмон характерна выраженная боль, усиливающаяся при глотании, открывании рта, но описаны случаи отсутствия какой-либо симптоматики. Чаще всего пациенты обращаются за помощью лишь при развитии значительного отека лица [13]. В таких случаях клиническая картина не позволяет провести четкую дифференциацию абсцесса от флегмоны, а выявление пораженных анатомических пространств затруднено. Пальпация кожи

при сильной болевой реакции и значительном отеке бывает затруднена, флюктуация воспаленной области может отсутствовать, степень тяжести — быть неверно оценена, особенно на фоне применения нестероидных противовоспалительных препаратов или эмпирической терапии антибиотиками без сопутствующего стоматологического вмешательства [14].

### Лимфаденопатия поднижнечелюстной области

Лимфаденопатия у взрослого населения встречается в 35 % случаев. Хирургическое лечение данной патологии требуется в 4 % случаев, интенсивная послеоперационная медикаментозная терапия — в 1,7 %, летальный исход наблюдается в 0,12 % случаев. Лимфаденопатия может быть локализованной (75 % случаев) или диффузной (25 % случаев) [15, 16]. У 70 % пациентов она возникает в поднижнечелюстной области, примерно у 50 % — в области головы и шеи. Многие исследователи отмечают, что генерализованная лимфаденопатия, которая затрагивает 2 или более несмежных области, встречается в 25 % случаев [17].

Существует множество причин лимфаденопатии. Ее могут вызвать инфекционные, аутоиммунные, пролиферативные заболевания, злокачественные новообразования и др. [18].

Аутоиммунная лимфаденопатия является следствием саркоидоза, амилоидоза, системной красной волчанки, ревматоидного артрита, эозинофильного гранулематоза с полиангиитом [19]. Онкологические заболевания, такие как лимфома, лейкомия, метастатический рак и рак головы и шеи, также служат частыми причинами развития данной патологии [20]. При лимфолифферативных нарушениях (например, при вторичном гемофагоцитарном лимфогистиоцитозе) тоже может наблюдаться увеличение лимфатических узлов [21].

Инфекционные лимфадениты бывают специфическими (вызванные микобактериальными, спирохетальными и протозойными микроорганизмами) и неспецифическими (бактериальными, грибковыми, вирусными) [11, 22]. Неспецифические лимфаденопатии челюстно-лицевой области и шеи составляют 63,8 %: в 90,8 % случаев они имеют одонтогенную природу, в 26,5 % — вызваны бактериальным фарингитом, в 9,7 % — другими патологиями (дерматогенные, травматические, вирусные, грибковые лимфаденопатии и т.д.) [23]. Инфекционные лимфаденопатии чаще встречаются в субментальной и поднижнечелюстных областях (70 % случаев) [24]. Специфические лимфадениты составляют 9,2 % всех лимфаденопатий. Среди вирусных лимфаденопатий преобладают лимфаденопатии, вызванные цитомегаловирусной инфекцией, вирусом простого герпеса и вирусом Эпштейна—Барр [25].

Нетуберкулезный микобактериальный лимфаденит головы и шеи составляет около 95 % [26]. Туберкулезный

лимфаденит – одно из внелегочных туберкулезных заболеваний. Чаще всего он встречается у больных с ослабленной иммунной системой при системной красной волчанке [27]. Вакцинальный лимфаденит часто провоцируется вакцинацией бациллой Кальметта–Герена [28]. Сифилитический лимфаденит шеи – редкое проявление сифилиса, способное поражать лимфатические узлы шейного отдела. Известны случаи силиконовых лимфаденопатий после разрыва силиконового имплантата [29].

Вариабельность причин лимфаденопатии затрудняет диагностику. Поэтому для повышения точности оценки важно последовательно проводить диагностические мероприятия. Необходимость выполнения биопсии лимфатического узла зависит от этиологии лимфаденопатии. При этом эксцизионная биопсия лимфатического узла является золотым стандартом диагностики [30].

### Сиалорея

Сиалорея является распространенным заболеванием пациентов с умственной отсталостью, церебральным параличом, аутизмом и нервно-мышечными и сенсорными дисфункциями. Распространенность этой патологии у больных данной категории составляет от 10 до 58 % [31]. При низкой эффективности применения антихолинэргических препаратов или введении ботулотоксина прибегают к резекции поднижнечелюстной железы. Этот метод является эффективным и характеризуется низкой вероятностью возникновения осложнений по сравнению с другими методами [32].

### Новообразования поднижнечелюстной слюнной железы

В 2024 г. вышло 5-е издание классификации опухолей головы и шеи Всемирной организации здравоохранения [33], где было указано, что онкологические заболевания полости рта и ротовой части глотки занимают 13-е место среди наиболее распространенных видов рака в мире. Большинство новообразований слюнных желез (80 %) являются доброкачественными, но могут рецидивировать и/или трансформироваться в злокачественные опухоли [33, 34]. Довольно часто в анамнезе пациентов присутствует длительно существующее новообразование в поднижнечелюстной области, которое не причиняло им беспокойства. Доброкачественные опухоли поднижнечелюстной слюнной железы имеют тенденцию к медленному росту и раздвигают/отодвигают окружающие ткани. В связи с этим опухоли этой локализации могут достигать значительных размеров [35]. Онкологические заболевания полости рта чаще развиваются у мужчин и характеризуются более высокой летальностью по сравнению с женщинами [36]. Частота возникновения новообразований поднижнечелюстной области во многом зависит от социально-экономических условий [37].

Этиология доброкачественных опухолей слюнных желез до конца не изучена. Основными причинами их возникновения считают воздействие радиации, травмы, вирусы, генетическую предрасположенность, отсутствие санации полости рта, употребление табачных продуктов, алкоголя, инфекции, вызванные вирусом папилломы человека (ВПЧ) [38]. Важным фактором риска развития новообразований слюнных желез является радоновое облучение. В некоторых регионах оно превышает средние допустимые величины на несколько порядков. Радон легко проникает в помещение по проницаемым зонам земной коры, особенно в населенных пунктах, расположенных на вулканических отложениях. Если в здании невозможно снизить среднегодовую концентрацию радона до  $<400$  Бк/м<sup>3</sup>, то ставится вопрос о выселении жильцов [39, 40]. Существует статистически значимая связь заболеваемости злокачественными опухолями, склерозом, ишемической болезнью сердца, изменения поведенческих реакций с нахождением человека в геопатогенных зонах, где радон выходит на поверхность [39, 41].

Корреляцию между опухолями слюнных желез и предшествующим радиационным воздействием отмечают многие исследователи. В 50 % случаев радиационно-индуцированные опухоли представляют собой плеоморфную аденому [36, 37]. Увеличение IgG4-положительных плазматических клеток при лимфаденоме позволяет предположить роль иммуномодуляции в ее развитии [42]. В последнее время наблюдается рост рака ротоглотки среди молодых людей, что, вероятно, связано с инфицированием ВПЧ [43].

По данным зарубежных авторов, около 60 % доброкачественных новообразований локализуется в околоушных железах, 13 % – в поднижнечелюстных слюнных железах, 27 % – в малых слюнных железах. При этом частота развития злокачественных опухолей поднижнечелюстной железы значительно выше, чем злокачественных новообразований околоушной железы (34–54 % случаев) [43, 44].

Наиболее распространенными морфологическими вариантами доброкачественных опухолей поднижнечелюстной железы являются плеоморфная аденома (36 % случаев) и аденолимфома (40–90 % случаев). Также встречаются такие редкие гистологические типы новообразований, как лимфаденома, сальная аденома, онкоцитомы, цистаденома, папиллиферическая сиаладенома, протоковая (внутрипротоковая и инвертированная) папиллома, канальцевая и базальноклеточная аденомы [38, 45, 46].

Основными методами диагностики новообразований слюнных желез являются сбор анамнеза, ультразвуковое исследование (УЗИ), тонкоигольная аспирационная биопсия, гарпунная биопсия под контролем УЗИ, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) [47]. В настоящее время

развивается новое направление диагностики опухолей слюнных желез — радиомика. Она предполагает анализ большого числа (более 200) количественных характеристик, математически извлеченных из медицинских изображений, которые отражают внутрирегиональную гетерогенность. Эти характеристики могут предоставлять информацию, связанную с конкретными заболеваниями. Радиомика позволяет провести неинвазивную оценку клинического диагноза и прогноза течения заболевания [48]. УЗИ помогает первично оценить, в какой слюнной железе находится новообразование, выявить его размеры, топографию, структуру, определить наличие кровотока в толще опухоли [49].

Компьютерная томография и МРТ позволяют определить границы новообразования (четкие/нечеткие), характер кровотока, то, насколько опухоль проросла в окружающие ткани или разрушила их [50].

Необходимым условием проведения морфологической диагностики новообразования является тонкоигольная аспирационная биопсия с цитологическим исследованием пунктата. По данным разных авторов, этот метод имеет точность от 60 до 80 % [46, 49]. Для получения более точных результатов и возможности выполнения предоперационной гистологической диагностики в последнее время все чаще применяется метод гарпунной биопсии поражений больших слюнных желез, который при необходимости выполняется под контролем УЗИ [51].

### **Слюнокаменная болезнь поднижнечелюстной слюнной железы (сиалолитиаз)**

Сиалолитиаз является самой распространенной патологией поднижнечелюстной железы и встречается в 80–90 % случаев. Чаще данная патология возникает у мужчин в возрасте 30–60 лет. Многие авторы отмечают, что в 34 % случаев сиалолиты локализуются в дистальном протоке (протоковые камни), в 57 % — в воротах железы (корневые камни), в 9 % — в паренхиме железы (интрапаренхиматозные камни) [52].

Существует несколько гипотез возникновения конкрементов в слюнных железах. Некоторые авторы свидетельствуют о том, что образование микролитов служит основой для развития камней. Нарушение функции выводных протоков и увеличение образования микролитов приводят к повышению уровня бактерий, что затем вызывает очаговую обструкцию и атрофию ацинарных клеток и — в конечном счете — нарушения секреторной функции [53]. Существует теория, согласно которой образование конкрементов связывается с увеличением содержания солей кальция и фосфата кальция, которые, в свою очередь, образуют отложения вместе с десквамированными клетками, слюнной слизью и бактериями [54]. Другими потенциальными причинами сиалолитиаза считаются инфекции, дисфункция слюнных желез, аномалии протоков, инородные

тела и метаплазия протокового эпителия. Слюна, имеющая щелочную среду, богатую муцином, также способствует образованию камней.

Сиалолиты обычно состоят из смеси различных фосфатов кальция (в основном гидроксилapatита и карбонатного апатита) с органической матрицей, образованной углеводами и аминокислотами. Внутрипротоковые сиалолиты встречаются чаще, чем внутриглангулярные сиалолиты [55].

В большинстве случаев подчелюстной калькулезный сиаладенит протекает бессимптомно. При отсутствии воспаления пациенты могут отмечать появление припухлости в поднижнечелюстной области, вызванную затруднением оттока слюны из железы. При воспалении основными симптомами являются боль и отек, которые усиливаются при приеме пищи из-за обструкции слюнного потока [56].

Основными методами диагностики сиалолитиаза являются клиническое и инструментальное обследования.

При бимануальной пальпации конкремент palpируют в выводном протоке, при достаточно большом размере сиалолита — в ткани поднижнечелюстной слюнной железы [57].

Рентгенологические (окклюзионная рентгенография) и ультразвуковые методы довольно достоверно (в 85–90 % случаев) выявляют конкременты в поднижнечелюстных слюнных железах. Окклюзионная рентгенография позволяет обнаружить конкременты в выводных протоках. Однако некоторые авторы показывают, что только около 20 % сиалолитов являются рентгеноконтрастными и что точность рентгенологического метода незначительна [58].

Четко определить контуры анатомии протока и наличие сиалолитов позволяет сиалография с контрастным веществом, которое вводится в выводной проток слюнной железы. Однако инвазивность этого метода, использование контрастных веществ, возможность развития осложнений (перфорация стенки выводного протока, анафилактический шок, продвижение камня вглубь по каналу) ограничивают его применение [59].

Одним из самых точных методов определения топографии слюнных камней является КТ. Этот метод неинвазивен, позволяет быстро и точно выполнить исследование, создать трехмерное изображение с визуализацией области поражения [60]. Еще одним наиболее точным диагностическим методом, применяемым для выявления конкрементов в выводных протоках и ткани поднижнечелюстной слюнной железы, является УЗИ, которое помогает не только определить наличие, локализацию, размеры и форму конкрементов, но и обнаружить рентгеноконтрастные сиалолиты [61].

Для исследования протоковой системы применяют сиалозндоскопию. Эта эндоскопическая методика

может быть использована не только для определения нарушений в протоковой системе, но и как самостоятельный метод лечения слюнокаменной болезни. Удаление камней под эндоскопическим контролем может быть идеальным решением при камнях, расположенных дистально по ходу протока поднижнечелюстной железы [62]. Эндоскопический метод имеет ряд преимуществ: разрез выполняется через проток железы в полости рта, таким образом, снижается вероятность развития послеоперационных осложнений [61].

### Обсуждение

В поднижнечелюстной области могут возникать различные патологические процессы, начиная от сиаладенитов, одонтогенных инфекций и заканчивая доброкачественными и злокачественными опухолями. К сожалению, все еще встречаются случаи воспаления поднижнечелюстной области как следствие непролеченной инфекции, связанной с осложнением кариеса. Хронические деструктивные периодонтиты часто имеют невыраженную симптоматику, а пациенты не обращаются за помощью из-за медицинской безграмотности, высокой стоимости или труднодоступности лечения.

Сиаладениты – общий термин, обозначающий острую, хроническую или рецидивирующую инфекцию и/или воспаление слюнных желез. Данная патология охватывает ряд состояний, которые включают острые,

рецидивирующие и хронические вирусные, бактериальные, грибковые, паразитарные и протозойные инфекции, а также иммунологически опосредованные и гранулематозные заболевания. Острый сиаладенит обычно возникает из-за бактериальных или вирусных инфекций и проявляется быстроразвивающимися болью и отеком. Обструктивные заболевания слюнных желез при невыраженной симптоматике часто переходят в сиаладенит.

Манифестные симптомы неопластических заболеваний поднижнечелюстной области, как правило, появляются на поздних стадиях и требуют радикального хирургического лечения. Новообразования также вызывают обструкцию и/или инфекцию поднижнечелюстных желез.

Специфические и неспецифические лимфадениты поднижнечелюстной области являются симптомами общего заболевания, поэтому диагностику и лечение проводит врач, лечащий основное заболевание.

### Заключение

Таким образом, отсутствие своевременного обращения пациентов со стоматологическими заболеваниями за медицинской помощью, а также недостаточная онконастороженность населения зачастую вызывают необходимость хирургического лечения с оперативным доступом к поднижнечелюстной области внеротовым способом.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Borner U., Anschuetz L., Caversaccio M. et al. A retrospective analysis of multiple affected salivary gland diseases: diagnostic and therapeutic benefits of interventional sialendoscopy. *Ear Nose Throat J* 2024;103(11):NP662–70. DOI: 10.1177/01455613221081911
2. Кочурова Е.В., Николенко В.Н. Мониторинг пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой области на этапах комплексного лечения. *Вопросы онкологии* 2017;63:90–4. DOI: 10.37469/0507-3758-2017-63-1-90-94  
Kochurova E.V., Nikolenko V.N. Monitoring of patients with tumors of the maxillofacial region on stages of complex treatment. *Voprosy onkologii = Oncology Issues* 2017;63:90–4. (In Russ.). DOI: 10.37469/0507-3758-2017-63-1-90-94
3. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Thumbnail. View/Open.
4. Lozano C.P., Faustova M.O., Loban G.A. Editorial: odontogenic infection as a complication of dental caries: microbiological and molecular aspects. *Front Oral Health* 2024;5:1385026. DOI: 10.3389/froh.2024.1385026
5. Kim S.Y., Park I.H., Byun C.S. et al. Associations between peritonsillar abscess and deep neck infection in chronic periodontitis patients: two nested case-control studies using a national health screening cohort. *J Clin Med* 2024;13(8):2166. DOI: 10.3390/jcm13082166
6. Park J.O., Kim J.H., Joo Y.H. et al. Guideline for the surgical management of locally invasive differentiated thyroid cancer from the Korean society of head and neck surgery. *Clin Exp Otorhinolaryngol* 2023;1(16):1–19. DOI: 10.21053/ceo.2022.01732
7. Moghaddam L.F., Vettore M.V., Bayani A. et al. The Association of Oral Health Status, demographic characteristics and socioeconomic determinants with oral health-related quality of life among children: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatr* 2020;20(1):489. DOI: 10.1186/s12887-020-02371-8
8. Шарафутдинова Н.Х., Мухаммадеева О.Р., Хальфин Р.М. Совершенствование организации диспансерного наблюдения пациентов с хроническими дерматозами. *Менеджер здравоохранения* 2024;8:18–25. DOI: 10.21045/1811-0185-2024-8-18-25  
Sharafutdinova N.Kh., Mukhamadeeva O.R., Khalfin R.M. Improvement of the organization of dispensary observation of patients with chronic dermatosis. *Menedzher Zdravoohraneniya = Health Manager* 2024;8:18–25. (In Russ.). DOI: 10.21045/1811-0185-2024-8-18-25
9. Kaushik A., Rana N., Ashawat M.S. et al. Alternatives to  $\beta$ -lactams as agents for the management of dentoalveolar abscess. *Curr Top Med Chem* 2024;24(21):1870–82. DOI: 10.2174/0115680266289334240530104637
10. Ghasemi S., Mortezaagholi B., Movahed E. et al. Neutrophil to lymphocyte ratio in odontogenic infection: a systematic review. *Head Face Med* 2024;20(1):21. DOI: 10.1186/s13005-024-00421-5
11. Dudhe P., Burse K., Kulkarni S. et al. Clinical profile and outcome of head and neck abscesses in 68 patients at a tertiary care centre.

- Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 2023;75(2):668–74. DOI: 10.1007/s12070-022-03409-2
12. Mahmoud R., Arbel S., Ianculovici C. et al. Antimicrobial therapy in the management of odontogenic infections: the penicillin-allergic patient. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2024;53(3):251–7. DOI: 10.1016/j.ijom.2023.09.001
  13. Derruau S., Bogard F., Exartier-Menard G. et al. Medical infrared thermography in odontogenic facial cellulitis as a clinical decision support tool. A technical note. *Diagnostics (Basel)* 2021;11(11):2045. DOI: 10.3390/diagnostics11112045
  14. Lingl J.P., Böhm F., Wiegel T. et al. PSMA-PET und “radio-guided surgery” bei zervikaler lymphadenektomie [PSMA-PET-MRI and radio-guided surgery in cervical lymphadenectomy]. *HNO* 2022;70(12):907–10. (In German). DOI: 10.1007/s00106-022-01197-3
  15. Al-Khafaf A.E., Al-Shahrestani F., Baysal Y. et al. Lymphomas of the salivary glands: a systematic review. *Acta Otolaryngol* 2023;143(7):610–6. DOI: 10.1080/00016489.2023.2226689
  16. Taylor R.R., Pandey S.K., Smartz T. et al. Lymphedema of the head and neck – where do we stand and where we are headed. *J Craniofac Surg* 2024;35(7):2045–8. DOI: 10.1097/SCS.00000000000010505
  17. Гельфанд И.М., Кропотов М.А., Исаева М.Т., Подвызников С.О. значимость в клинической практике биопсии сигнального лимфатического узла при плоскоклеточном раке кожи головы и шеи. *Опухоли головы и шеи* 2023;13(4):116–23. DOI: 10.17650/2222-1468-2023-13-4-116-123  
Gelfand I.M., Kropotov M.A., Isaeva M.T., Podvyaznikov S.O. Significance in clinical practice of sentinel lymph node biopsy in squamous cell carcinoma of the skin of the head and neck. *Opukholi golovy i shei = Head and Neck Tumors* 2023;13(4):116–23. (In Russ.). DOI: 10.17650/2222-1468-2023-13-4-116-123
  18. Paskiewicz A., Niu J., Chang C. Autoimmune lymphoproliferative syndrome: A disorder of immune dysregulation. *Autoimmun Rev* 2023;22(11):103442. DOI: 10.1016/j.autrev.2023.103442
  19. Mallo-Miranda M.V., Morales-Angulo C. Otorhinolaryngological manifestations of autoinflammatory diseases. Systematic review. *Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed)* 2024;2025;76(2):116-29. DOI: 10.1016/j.otoeng.2024.09.005
  20. Obeidat A., Al-Moussally F., Al Aruri D.O. et al. Unmasking the culprits: a case of Epstein-Barr virus-associated hemophagocytic lymphohistiocytosis presenting with mouth ulcers and nosebleeds. *Cureus* 2024;16(6):e61822. DOI: 10.7759/cureus.61822
  21. Kim J., Wood C., Sandkovsky U., Rokadia H. Actinomyces lymphadenitis. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2020;33(3):444–5. DOI: 10.1080/08998280.2020.1744792
  22. Bickford D.D., Johnson P., Brahmabhatt N., Kroft S. Cervical syphilitic lymphadenitis in a 29-year-old female: a case report. *Cureus* 2023;15(3):e36065. DOI: 10.7759/cureus.36065
  23. Kauke-Navarro M., Sadigh S., Lee C.A.A. et al. Lymphadenopathy and lymph node rejection following facial vascularized composite allotransplantation. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2024;91:268–75. DOI: 10.1016/j.bjps.2024.02.024
  24. Yan M., Xiao L.Y., Gosau M. et al. The role of herpes simplex virus infection in the etiology of head and neck cancer – a Mendelian randomization study. *Front Immunol* 2024;15:1278327. DOI: 10.3389/fimmu.2024.1278327
  25. Willemse S.H., Oomens M.A.E.M., Karssemakers L.H.E. et al. Evaluation of anti-glycopeptidolipid-core immunoglobulin an antibody detection for the diagnosis of nontuberculous mycobacterial cervicofacial lymphadenitis. *Pediatr Infect Dis J* 2024;43(11):e416–8. DOI: 10.1097/INF.0000000000004462
  26. Arliny Y., Yanifitri D.B., Utami W.A., Geraldine S. Case report: tuberculosis lymphadenitis with systemic lupus erythematosus in a young woman: a case report. *F1000Res* 2023;12:763. DOI: 10.12688/f1000research.135076.2
  27. Omer K., Algaly G., Mohamed Salih O.A. Disseminated tuberculosis complicating Bacillus Calmette–Guérin (BCG) vaccine as only presentation of severe combined immunodeficiency (SCID): a report of 3 cases. *Qatar Med J* 2023;2023(2):9. DOI: 10.5339/qmj.2023.sqac.9
  28. Avgeri C.T., Sideris G., Margaris I., Tapponi L. Silicone cervical lymphadenopathy: a rare complication after breast augmentation. *Cureus* 2023;15(12):e50453. DOI: 10.7759/cureus.50453
  29. Furuholm J., Rautaporras N., Uittamo J. et al. Health status in patients hospitalised for severe odontogenic infections. *Acta Odontol Scand* 2021;79(6):436–42. DOI: 10.1080/00016357.2021.1876916
  30. Dorf S.R., Fonseca A.R., Sztajn bok F.R. et al. The state of the art in therapeutic administration of botulinum toxin in children with cerebral palsy: an integrative review. *Rev Paul Pediatr* 2024;42:e2023093. DOI: 10.1590/1984-0462/2024/42/2023093
  31. Gandhi K., Strychowsky J.E., Chen B.A. Pediatric sialorrhea (drooling). *CMAJ* 2024;196(18):E624. DOI: 10.1503/cmaj.231550
  32. Head and Neck Tumours. WHO Classification of Tumours. 5<sup>th</sup> edn. 2024. Vol. 9.
  33. Swid M.A., Li L., Drahnak E.M. et al. Updated salivary gland immunohistochemistry: a review. *Arch Pathol Lab Med* 2023;147(12):1383–9. DOI: 10.5858/arpa.2022-0461-RA
  34. Ginat D.T. Imaging of benign neoplastic and nonneoplastic salivary gland tumors. *Neuroimaging Clin N Am* 2018;28(2):159–69. DOI: 10.1016/j.nic.2018.01.002
  35. Campolo González A., Ramírez Skinner H., Vargas Díaz A. et al. Perfil epidemiológico de neoplasias epiteliales de glándulas salivales [Epithelial tumors of salivary glands. Review of 286 pathology reports]. *Rev Med Chil* 2018;146(10):1159–66. (In Spanish). DOI: 10.4067/S0034-98872018001001159
  36. Ingleby F.C., Woods L.M., Atherton I.M. et al. An investigation of cancer survival inequalities associated with individual-level socioeconomic status, area-level deprivation, and contextual effects, in a cancer patient cohort in England and Wales. *BMC Public Health* 2022;22(1):90. DOI: 10.1186/s12889-022-12525-1
  37. Hu S., Gong J., Zhu X., Lu H. Pulmonary salivary gland tumor, mucoepidermoid carcinoma: a literature review. *J Oncol* 2022;2022:9742091. DOI: 10.1155/2022/9742091
  38. Grzywa-Celińska A., Chmielewska I., Krusiński A. et al. Residential radon exposure in patients with advanced lung cancer in Lublin Region, Poland. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(7):4257. DOI: 10.3390/ijerph19074257
  39. Soldati G., Ciaccio M.G., Cannelli V. et al. Assessment of indoor radon levels at multiple floors of an apartment building in the historic center of Rome (Italy): a comprehensive study. *Environ Sci Pollut Res Int* 2024;31(52):61660–76. DOI: 10.1007/s11356-024-35266-7
  40. Eidy M., Regina A.C., Tishkowski K. Radon toxicity. 2024 Jan 26. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
  41. Ibrahim H.M. T cell roles and activity in chronic sclerosing sialadenitis as IgG4-related disease: current concepts in immunopathogenesis. *Autoimmune Dis* 2022;2022:5689883. DOI: 10.1155/2022/5689883
  42. Veneroni M.V., Festa B.M., Costantino A. et al. Prognostic impact of tumor immune microenvironment and its predictive role in salivary gland cancer. *Head Neck Pathol* 2023;17(2):515–27. DOI: 10.1007/s12105-023-01528-y
  43. Lavarezze L., Scarini J.F., de Lima-Souza R.A. et al. Clinicopathological and survival profile of patients with salivary gland myoepithelial carcinoma: a systematic review. *J Oral Pathol Med* 2023;2(52):101–8. DOI: 10.1111/jop.13395
  44. Reinheimer A., Vieira D.S., Cordeiro M.M., Rivero E.R. Retrospective study of 124 cases of salivary gland tumors and literature review. *J Clin Exp Dent* 2019;11(11):e1025–32. DOI: 10.4317/jced.55685
  45. Kochurova E.V., Nikolenko V.N. Estimation of expression of oral fluid biomarkers in the diagnosis of pretumor diseases of oral mucosa. *Bulletin of Experimental Biology and Medicine* 2017;163(1):87–91. DOI: 10.1007/s10517-017-3744-8
  46. Jatocha-Kaczka A., Kolary-Siekierska K., Miłoński J., Olszewski J. Own experience in the treatment of major salivary gland tumors. *Otolaryngol Pol* 2020;74(3):17–22. DOI: 10.5604/01.3001.0013.6605

47. Jiang Y.W., Xu X.J., Wang R., Chen C.M. Radiomics analysis based on lumbar spine CT to detect osteoporosis. *Eur Radiol* 2022;32(11):8019–26. DOI: 10.1007/s00330-022-08805-4
48. Faur A.C., Buzaș R., Lăzărescu A.E., Ghenciu L.A. Current developments in diagnosis of salivary gland tumors: from structure to artificial intelligence. *Life (Basel)* 2024;14(6):727. DOI: 10.3390/life14060727
49. Wang C., Yu Q., Li S. et al. Carcinoma ex pleomorphic adenoma of major salivary glands: CT and MR imaging findings. *Dentomaxillofac Radiol* 2021;50(7):20200485. DOI: 10.1259/dmfr.20200485
50. Baer A.N., Grader-Beck T., Antiochos B. et al. Ultrasound-guided biopsy of suspected salivary gland lymphoma in Sjögren's syndrome. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2021;73(6):849–55. DOI: 10.1002/acr.24203
51. Brooks J.K., Macauley M.R., Price J.B. Concurrent giant sialoliths within the submandibular gland parenchyma and distal segment of Wharton's duct: Novel case report. *Gerodontology* 2021;38(4):437–40. DOI: 10.1111/ger.12544
52. Moore J., Simpson M.T.W., Cohen N. et al. Approach to sialadenitis. *Can Fam Physician* 2023;69(8):531–6. DOI: 10.46747/cfp.6908531
53. Sánchez Barrueco A., López-Acevedo Cornejo M.V., Alcalá Rueda I. et al. Sialolithiasis: mineralogical composition, crystalline structure, calculus site, and epidemiological features. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2022;60(10):1385–90. DOI: 10.1016/j.bjoms.2022.08.005
54. Mortazavi H., Tizno A., Azadi A. et al. What is the impact of previous cholelithiasis on sialolithiasis: a systematic review and meta-analysis. *Saudi Dent J* 2024;36(1):44–51. DOI: 10.1016/j.sdentj.2023.08.010
55. Dokania V., Ibrar M., Vishwakarma M. Early clinical mapping of submandibular gland fistula: a case report and systematic review. *Int Arch Otorhinolaryngol* 2023;28(3):e537–42. DOI: 10.1055/s-0043-1767801
56. Азизян Р.И., Исаева М.Т., Стельмах Д.К., Подвязников С.О. Расширенные резекции при местно-распространенном раке гортани: клинический случай. *Опухоли головы и шеи* 2024;14(2):85–91. DOI: 10.17650/2222-1468-2024-14-2-85-91
57. Azizyan R.I., Isaeva M.T., Stelmakh D.K., Podvyaznikov S.O. Extended resections for locally advanced laryngeal cancer: a clinical case. *Opukholi golovy i shei = Head and Neck Tumors* 2024;14(2):85–91. (In Russ.). DOI: 10.17650/2222-1468-2024-14-2-85-91
57. Fang Y., Peng Z., Wang Y. et al. Current opinions on diagnosis and treatment of adenoid cystic carcinoma. *Oral Oncol* 2022;130:105945. DOI: 10.1016/j.oraloncology.2022.105945
58. Kandula S., Nagi R., Nagaraju R. Sialography: a pictorial review. *Oral Radiol* 2023;39(2):225–34. DOI: 10.1007/s11282-022-00668-1
59. Ungari C., Cicconetti A., Cerbelli E. et al. Giant submandibular sialolith: a case report. *Clin Ter* 2022;173(3):217–21. DOI: 10.7417/CT.2022.2421
60. Lanjekar A., Kukde M.M., Madne I. et al. pivotal role of ultrasonography and radiology in diagnosing a case of sialolith. *Cureus* 2023;15(12):e51269. DOI: 10.7759/cureus.51269
61. Reddy R. Role of ultrasonography supplemented by sialendoscopy in submandibular steinstrasse sialolithiasis. *Cureus* 2021;13(12):e20286. DOI: 10.7759/cureus.20286
62. Beumer L.J., Vissink A., Gareb B. et al. Success rate of sialendoscopy. A systematic review and meta-analysis. *Oral Dis* 2024;30(4):1843–60. DOI: 10.1111/odi.14662

#### Вклад авторов

П.А. Деменчук: разработка концепции и дизайна исследования, сбор и обработка данных;  
Е.О. Кудасова, А.Р. Шурдумов: сбор и обработка данных, написание текста статьи;  
Е.В. Кочурова: разработка концепции и дизайна исследования, редактирование;  
И.А. Новикова, А.А. Горин: написание текста статьи;  
Л.Л. Бороздкин: сбор и обработка данных.

#### Authors' contributions

P.A. Demenchuk: development of the research concept and design, data collection and processing;  
E.O. Kudasova, A.R. Shurdumov: data collection and processing, article writing;  
E.V. Kochurova: development of the research concept and design, editing;  
I.A. Novikova, A.A. Gorin: article writing;  
L.L. Borozdkin: data collection and processing.

#### ORCID авторов / ORCID of authors

П.А. Деменчук / P.A. Demenchuk: <https://orcid.org/0000-0003-0395-681X>  
Е.О. Кудасова / E.O. Kudasova: <https://orcid.org/0000-0002-2603-3834>  
Е.В. Кочурова / E.V. Kochurova: <https://orcid.org/0000-0002-6033-3427>  
И.А. Новикова / I.A. Novikova: <https://orcid.org/0000-0003-3353-5290>  
А.А. Горин / A.A. Gorin: <https://orcid.org/0009-0001-8922-3774>  
Л.Л. Бороздкин / L.L. Borozdkin: <https://orcid.org/0000-0002-6403-2621>  
А.Р. Шурдумов / A.R. Shurdumov: <https://orcid.org/0000-0002-6150-323X>

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.  
**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Финансирование.** Статья подготовлена без спонсорской поддержки.  
**Funding.** The article was prepared without external funding.

**Статья поступила:** 07.04.2025. **Принята к публикации:** 20.06.2025. **Опубликована онлайн:** 31.10.2025.  
**Article submitted:** 07.04.2025. **Accepted for publication:** 20.06.2025. **Published online:** 31.10.2025.