

# ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО НЕЭПИДЕМИЧЕСКОГО СИАЛОАДЕНИТА У ДЕТЕЙ

В. А. Курбанов

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Республика Азербайджан

## DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC NONEPIDEMIC SIALADENITIS IN CHILDREN

V. A. Kurbanov

Azerbaijani Medical University, Baku, Azerbaijan Republic

**Х**ронический неэпидемический сиалоаденит у детей характеризуется увеличением слюнных желез, одно— либо двусторонним [1, 2]. В отличие от гнойного паротита, при таком паротите нет гноя [2]. Основные клинические признаки — увеличение околоушной слюнной железы, боль, редко — повышение температуры тела [2]. У детей заболевание слюнных желез часто возникает после эпидемического паротита. Поэтому дифференциальная диагностика затруднена [3]. В возникновении заболевания ведущую роль играют перенесенный паротит, аномалия развития протоков слюнных желез, генетические факторы, аутоиммунные заболевания [4]. В основном отмечают одностороннее поражение железы, иногда двустороннее [5]. Клинические симптомы выявляют в течение 2 — 7 сут, через 3 сут они исчезают без лечения [5].

Кроме анализа клинических проявлений, в диагностике заболевания используют УЗИ, КТ, МРТ а также сиалографию. По данным КТ и МРТ хронический воспалительный процесс в слюнных железах проявляется небольшими кистозными очагами [6].

Этиологический фактор при лечении не учитывают, поскольку этиология заболевания неизвестна [5]. Однако в литературе имеются многочисленные сведения о положительном эффекте антибактериальной терапии. При частых рецидивах заболевания возникает необходимость выполнения хирургического вмешательства. Также в литературе имеются сведения о положительном

### Реферат

Хронический неэпидемический сиалоаденит часто возникает у детей, характеризуется одно— или двусторонней припухлостью околоушных слюнных желез. Это необструктивное, не суперактивное воспалительное заболевание, известное как ювенильный рецидивирующий паротит. Этиология заболевания точно не известна. Установлено, что некоторые факторы, в том числе генетические, иммунная недостаточность, аутоиммунные заболевания, а также аллергические факторы играют важную роль в его возникновении. Представлены данные диагностики и лечения 10 больных, у которых диагностирован рецидивирующий паротит, обратившихся в клинику с различными жалобами.

**Ключевые слова:** паротит; воспаление; диагностика; дети.

### Abstract

Chronic nonepidemic sialadenitis occurs in children frequently and is characterized by a one—side or bilateral swelling of parotid salivary glands. It constitute a nonobstructive, not superactive inflammatory disease, known as a juvenile recurrent parotitis. The disease etiology is not definitely known. There was established, that some factors, including genetic, the immune insufficiency, autoimmune diseases and allergic factors play important role in its etiology. The data concerning diagnosis and treatment of 10 patients were presented, in whom recurrent parotitis was diagnosed, while they have had admitted with various complaints to the clinic.

**Keywords:** parotitis; inflammation; diagnosis; children.

эффекте радиотерапии [7]. Авторы считают, что, если лечение не закончено, возможно возникновение болезни Шегрена [8].

Цель исследования: изучить факторы, влияющие на эффективность диагностики и лечения хронического неэпидемического сиалоаденита у детей.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У 10 пациентов, которых лечили в Бакинском клиническом центре № 1 в 2013 — 2014 гг, установлен диагноз рецидивирующего паротита. Из них 8 пациентов лечили амбулаторно, 2 — в стационаре. Девочек было 6, мальчиков — 4. Возраст больных от 3 до 12 лет. Кроме обследования с применением клинических методов, у 5 пациентов проведе-

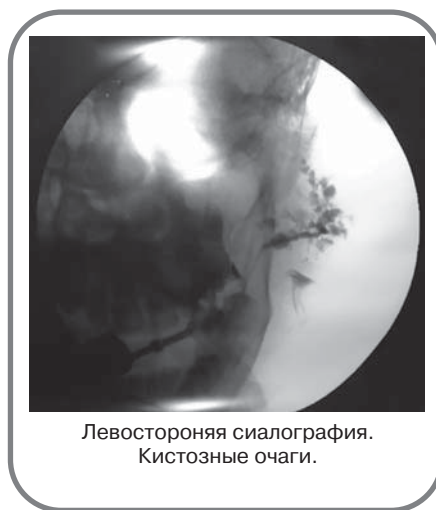
но УЗИ, у 2 — сиалография, у 3 — КТ. У пациентов, которых лечили в стационаре, проведены общий анализ крови, а также рентгенография грудной клетки. Пациенты распределены на 2 группы в зависимости от метода лечения. У больных первой группы проводили антибактериальную, иммуностимулирующую терапию, а также витаминотерапию. У больных второй группы, кроме того, применяли озонотерапию. Показания и противопоказания к применению озонотерапии у детей устанавливали на основе принципа Мадрида.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Основными жалобами у пациентов были припухлость слюнной железы (у всех), боль (у всех), повыше-

ние температуры тела (у 60%). Односторонняя припухлость отмечена у 8 пациентов, двусторонняя — у 2. Родители 5 пациентов связывают болезнь с перенесенной острой респираторной вирусной инфекцией, 2 — с патологией ЛОР-органов, у 3 — причина заболевания не установлена. Все родители отмечают, что дети ранее перенесли эпидемический паротит. У 6 пациентов рецидив болезни возник второй раз, у 2 — за последние 2 года трижды, у 2 — отмечают рецидив каждый год. Из них 50% пациентов лечил инфекционист по поводу эпидемического паротита, 25% — консервативное лечение назначил педиатр. Пациенты, обратившиеся в клинику, ранее лечились у других специалистов. Выделение слюны у 5 больных уменьшено, у 3 — нормально, у 2 — отмечена гиперсаливация.

Поскольку проведение сиалографии у детей сложно, ее применили у 3 пациентов. В основном проводили УЗИ и КТ.



Левосторонняя сиалография.  
Кистозные очаги.

По данным УЗИ выявлено повышение гетерогенности ткани, закупорка слюнных протоков. При сиалографии отмечены признаки, характерные для хронического сиалоденита (см. рисунок). Обнаружены небольшие кистозные очаги. Наиболее эффективным и информативным методом исследования является

КТ, которая позволяет установить точный диагноз.

Озонотерапию применяли в течение 5 сут. В первой группе продолжительность лечения 7 сут. У пациентов, которым проводили озонотерапию, рецидива в сроки наблюдения до 2 лет не было. В первой группе рецидив возник у 2 больных. У пациентов второй группы боль, припухлость полностью устранены на 4—е сутки, у больных первой группы их выраженность уменьшилась на 5—е сутки. Выделение слюны восстановилось раньше у пациентов второй группы. Следовательно, при рецидивирующем паротите, наряду с антибактериальной терапией, использование озонотерапии позволяет достичь положительного эффекта. Считаем целесообразным использовать минимально инвазивные методы исследования, лечение должны проводить квалифицированные специалисты.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Bhattarai M. Recurrent parotitis in children / M. Bhattarai, P. T. Wakode // J. Ind. Assoc. Pediatr. Surg. — 2006. — Vol. 11. — P. 246 — 247.
2. Chitre V. V. Recurrent parotitis / V. V. Chitre, D. J. Premchandra // Arch. Dis. Child. — 1997. — Vol. 77. — P. 359 — 363.
3. Huisman T. A. MRI of chronic recurrent parotitis in childhood / T. A. Huisman, D. Holzmann, D. Nadal // J. Comput. Assist. Tomogr. — 2001. — Vol. 25. — P. 269 — 273.
4. Leerdam C. M. Recurrent parotitis of childhood / C. M. Leerdam, H. C. Martin, D. Isaacs // J. Paediatr. Child. Health. — 2005. — Vol. 41. — P. 631 — 634.
5. Juvenil recurrent parotitis: a new method of diagnosis and treatment / O. Nahlieli, R. Shacham, M. Shlesinger, E. Eliav // Pediatrics. — 2004. — Vol. 114. — P. 9 — 12.
6. Recurrent parotitis in selective IgA deficiency / V. Shkalim, Y. Monselise, R. Mosseri [et al.] // Pediatr. Allergy Immunol. — 2004. — Vol. 15. — P. 281 — 283.
7. Juvenile recurrent parotitis: clinical, sialographic and ultrasonographic features / M. Sitheeqe, Y. Sivachandran, V. Varathan [et al.] // Int. J. Paediatr. Dent. — 2007. — Vol. 17. — P. 98 — 104.
8. Sonographic analysis of recurrent parotitis in children / M. Shimizu, J. Ussmuller, K. Donath [et al.] // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. — 1998. — Vol. 86. — P. 606 — 606.

