

Г.Н. Москаленко,  
к.м.н.

С.М. Базаева

Кафедра детской хирургической  
стоматологии и челюстно-лицевой  
хирургии МГМСУ

## Совершенствование современных методов обследования и лечения детей с хроническим паренхиматозным паротитом в период обострения

Среди заболеваний больших слюнных желез у детей наиболее часто встречается хронический паренхиматозный паротит (ХПН), на долю которого приходится более 85% всех воспалительных заболеваний слюнных желез [11]. Решающую роль в развитии ХПН у детей играет угнетение факторов неспецифической защиты организма, и этому вопросу ученые до сих пор уделяют большое значение [7–9, 11].

Сейчас широко используется метод ультразвукового исследования (УЗИ) околоушных слюнных желез. Методика неинвазивна, ее применение не сопряжено с использованием ионизирующего излучения [3, 10].

За последние годы накоплен большой опыт в использовании гомеопатических препаратов, особенно при лечении острых и хронических гнойно-воспалительных процессов в челюстно-лицевой области [2–4, 6].

Наше исследование проведено для детального изучения эхографической картины ХПН в стадии обострения и систематизации клинической картины, основанной на течении воспалительного процесса и лечения детей в период обострения.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами обследованы 25 детей с ХПН, которые предъявляли жалобы на припухлость, болезненность в околоушной области. Обследование детей проводилось по следующей схеме.

#### 1. Общие клинические методы:

- жалобы;
- анамнез (обращали внимание на выявление предполагаемой причины и длительность заболевания);
- осмотр (пальпация желез);
- визуальное исследование секрета.

#### 2. Дополнительные методы исследования:

- клинический анализ крови и мочи;
- эхографическое исследование околоушных слюнных желез в период обострения ХПН.

УЗИ проводили всем детям на ультразвуковых сканерах: U-22 (Philips, Голландия), используя датчики линейного сканирования с рабочей частотой 10 МГц.

Исследования проводились в режимах «В», цветового доплеровского энергетического картирования, импульсно-волновой доплерографии.

Проводился последовательный осмотр симметричных зон лица и шеи, а также композиционное сканирование зоны интереса [1]. Обследование осуществляли в горизонтальном положении пациента, со слегка запрокинутой головой (валик под шей), перемещая датчик с интервалом 5–10 мм.

В период обострения заболевания назначали необходимый комплекс процедур, способствующий стиханию острого воспалительного процесса. Комплекс включал десенсибилизирующую, антибактериальную и противовоспалительную терапию. При гнойном отделяемом из околоушного протока или выделения секрета

с примесью гноя, ежедневно проводили инстилляцию растворами ферментов (трипсин, химотрипсин), используя их возможность расщеплять (при местном воздействии) фиброзные сгустки, разжижать вязкий секрет, оказывать противовоспалительное, дегидратационное, антикоагуляционное и антисептическое действие, повышать фагоцитарную функцию лейкоцитов, стимулировать процессы репарации. Медикаментозное лечение сочетали с воздействием физических факторов (УВЧ-терапия, флюктуоризация).

Кроме того, в период обострения применяли гомеопатический препарат Траумель С, учитывая его противовоспалительное, обезболивающее, повышающее саливацию действие, а также антигеморрагические, регенерирующие и иммуностимулирующие свойства.

Применялся Траумель С внутримышечно, в растворах для инъекций, по 2,2 мл в течение 5 дней. В дальнейшем курс лечения продлевали до 2 нед (2 раза в неделю в той же дозировке). Также всем больным применяли препарат Эхинацея композитум СН, обладающий антибактериальным, противовоспалительным, дезинтоксикационным и иммуностимулирующим действием. Назначали его внутримышечно в дозировке 2,2 мл и по той же схеме, что и Траумель С.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Используя критерии разделения больных, предложенные Г.Н. Москаленко [11], мы предлагаем модифицированную систематизацию заболевания: обострение ХПН — активное или неактивное течение. Считаем, что предлагаемая нами систематизация заболевания удобна для применения в практическом здравоохранении.

Из 25 детей 11 с клинически активным течением процесса предъявляли жалобы на появление болезненной припухлости в околоушной области от 4 до 8 раз в год (7 детей — на одной стороне, 4 ребенка — с двух сторон). Остальные 14 детей — с клинически неактивным протекающим процессом, из них 12 жаловались на появление болезненной припухлости в околоушной области с одной стороны, и 2 — с двусторонней болезненностью околоушных областей.

По возрасту больных распределяли следующим образом:

- 1—2 года — 3 детей;
- 3—6 лет — 14 детей;
- 7—12 лет — 8 детей.

### РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХПН ПО ВОЗРАСТУ И ТЕЧЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Возраст, лет	Активное течение		Неактивное течение		Число больных
	абс.	%	абс.	%	
1—2	2	8	1	7	3
3—6	7	28	7	28	14
7—12	2	8	6	4	8
<b>Всего пациентов</b>	11		14		25



Рис. 1. Больной А., 11 лет, с обострением хронического левостороннего паротита

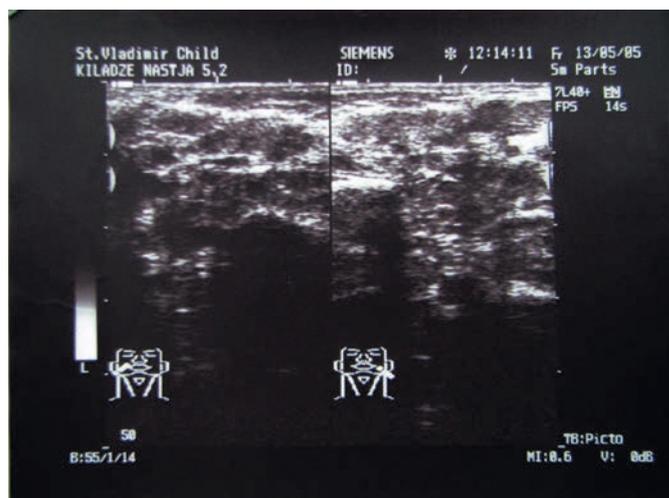


Рис. 2. Больная К., 5 лет. На эхограмме выраженные явления ХПН с двух сторон

Из таблицы можно заключить, что в возрасте от 3 до 7 лет активное и неактивное течение воспалительного процесса встречается одинаково часто. В возрасте от 7 до 12 лет неактивное течение воспалительного процесса встречается в 3,5 раза чаще, чем активное.

Клинические симптомы (припухлость и болезненность околоушной области, гиперемия кожных покровов, гиперемия устьев выводных протоков околоушных слюнных желез, выделение гноя или хлопьев из протока, повышение температуры тела) чаще проявляются в возрасте от 3 до 7 лет, как при активном, так и при неактивном течении воспалительного процесса.

Используя несомненные преимущества УЗИ, мы обследовали околоушные железы всех пациентов в динамике воспалительного процесса, в различные фазы воспаления. Установлено, что для данного периода характерно понижение эхогенности пораженной слюнной железы, нечеткость контуров, уплотнение стромы железы

и увеличение ее размеров, повышение васкуляризации железы.

У 12 детей с жалобами на одностороннее воспаление железы установлено двустороннее поражение желез. Кроме того, у 18 детей выявлены увеличенные лимфатические узлы околоушной слюнной железы с эхогенными включениями в центре. В период обострения в паренхиме железы определяются увеличенные внутрижелезистые лимфатические узлы размером от 4 до 22 мм, некоторые из них с признаками хронической воспалительной гиперплазии. У 8 детей обнаружена гиперплазия регионарных лимфатических узлов. В период стихания обострения определяются единичные или множественные увеличенные лимфатические узлы размером от 2 до 8 мм.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенная схема обследования является информативной; дополнительный метод обследования — УЗИ — является достаточно точным и позволяет получить визуальную информацию о состоянии слюнных желез, оценить степень отека паренхимы железы, выявить полости микроабсцессов и увеличенные лимфатические узлы, определить выраженность развития фиброзной ткани. Применение УЗИ не сопряжено с использованием ионизирующего излучения, поэтому диагностику можно проводить с любой частотой.

Эхография — важный диагностический метод в комплексном обследовании детей с ХПН в период обострения.

Предложенная схема лечения детей позволяет купировать острый воспалительный процесс в кратчайшие сроки.

### ЛИТЕРАТУРА:

- 1. Выклюк М.В.** Ультразвуковое исследование при заболеваниях челюстно-лицевой области у взрослых и детей: автореф. дис. ... д.м.н. — М., 2010. — С. 49.
- 2. Грудянов А.И., Безрукова И.В.** Изучение местного иммуностимулирующего эффекта применения различных лекарственных форм гомеопатического препарата траумель С при лечении воспалительных заболеваний пародонта. — *Стоматология*. — 2006; 2: 29.
- 3. Вишал Дж.** Диагностика воспалительных заболеваний околоушных слюнных желез у детей (возможности исследования): автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2004. — С. 20.
- 4. Зорян Е.В., Ларенцова Л.И., Григорян К.Р., Зорян А.В.** Первый опыт лечения воспалительных процессов в челюстно-лицевой области препаратом «Траумель С». — *Биологическая медицина*. — 1998; 1: 43—5.
- 5. Зорян Е.В., Ларенцова Л.И., Зорян А.В.** Применение антигомотоксической терапии в стоматологии. — *Стоматология*. — 1998; 77(6): 9—11.
- 6. Зорян Е.В., Ушаков А.И.** Клиническая эффективность Траумеля С в стоматологии. — Тез. докладов IX конгресса «Человек и лекарство». — 2002. — С. 169.
- 7. Оглазова Н.М., Середина В.И.** Влияние нуклеината натрия на неспецифическую резистентность больных с хроническим паротитом. — *Антибиотики*. — 1979; 9: 697—9.
- 8. Оглазова Н.М.** Хронический паротит (клиника, лечение, состояние факторов неспецифической защиты): дис. ... к.м.н. — М., 1982. — 214 л.
- 9. Москаленко Г.Н.** Хронический паренхиматозный паротит (этиология, диагностика, лечение). — Мат. юбилейной научно-практ. конф. с международным участием, посв. 60-летию д.м.н., проф. В.В. Афанасьева. — М., 2006.
- 10. Москаленко Г.Н., Надточий А.Г.** Ультразвуковая диагностика хронического паренхиматозного паротита у детей. *Стоматология на пороге 3-го тысячелетия: сб. тезисов*. — М.: Авиаиздат, 2001. С. 228—229.
- 11. Москаленко Г.Н.** Хронический паренхиматозный паротит у детей: автореф. дис. ... к.м.н. — М., 1984. — 24 с.
- 12. Akin I., Esmer N., Gerceker M., Aytac S., Erden I., Akan H.** Sialographic and ultrasonographic analyses of major salivary glands. — *Acta Otolaringol.* — 1991; 111(3): 600—6.
- 13. Huisman T.A., Holzmann D., Nadal D.** MRI of chronic recurrent parotitis in childhood. — *J Comput Assist Tomogr.* — 2001; 25(2): 269—73.
- 14. Lussignoli S., Bertani S., Metelmann H.** Effect of Traumeel S, a homeopathic formulation, on blood-induced inflammation in rats. — *Complement Ther Med.* — 1999; 7(4): 225—30.

Детская стоматология «без стресса» — инновационный курс в учебном центре «ТВИ Company».  
Все секреты за 3 дня.

Тел.: (495) 695-17-96, +7 (964) 704-14-21 (Дианов Павел)  
stomakursy.ru    www.tbi.ru    tbi1@bk.ru