

*Вольхина В.Н.*

## Течение хронического паренхиматозного сиалоаденита у детей

ЧЛХ МУ ДГКБ №9, г. Екатеринбург

*Volchina V.N.*

### Chronic parenchymal sialoadenit in children and adolescents

#### Резюме

Цель исследования: уточнить патогенетические факторы развития ХПС у детей путем определения наиболее значимых клинических симптомов и лабораторных показателей в различные периоды болезни. Проанализировано 207 историй болезни детей с ХПС, в возрасте от 6 месяцев до 15 лет, обследованных в разные периоды заболевания. Углубленный анализ результатов исследования клинических и лабораторных показателей обследованных детей выявил: обострение ХПС у детей и подростков возникает при поражении других органов и систем, заболевание имеет сезонное течение. Практически у всех заболевших обнаружены антитела к различным вирусам. Показатели иммунитета отражают преобладание вирусного поражения слюнных желез при ХПС у детей и подростков и снижение общей иммунной реакции.

**Ключевые слова:** дети, клинические и лабораторные исследование, паренхиматозный паротит, вирусная инфекция

#### Summary

Objective: to clarify the pathogenetic factors of HPS in children by identifying the most significant clinical symptoms and laboratory parameters in different periods of the disease. Analyzed 107 case histories of children with HPS in age from 6 months to 15 years, examined in different periods of the disease. In-depth analysis of the results of the study Cynic and laboratory parameters of children surveyed identified: worsening HPS in children and adolescents occurs in lesions of other organs and systems, the disease has a seasonal flow. Almost all patients with antibodies to different viruses. Indicators of immunity reflect the predominance of viral infection of the salivary glands with HPS in children and adolescents and reduce the overall immune response.

**Keywords:** children, clinical and laboratory study, parenchymal Mumps, a viral infection

#### Введение

Несмотря на то, что в последние годы отмечен, безусловно, прогресс в диагностике и лечении ХПС, достаточно большая часть этой проблемы остается актуальной. Патогенез ХПС чрезвычайно сложный и связан с развитием воспаления паренхимы железы. Развитие воспалительного процесса может быть обусловлено различными причинами: вирусной инфекцией, попаданием микробной флоры через протоки слюнных желез.

ХПС является одним из наиболее клинически значимых и распространенных воспалительных заболеваний ЧЛО (14%), полное выздоровление, от которого до настоящего времени в подавляющем большинстве случаев не возможна

Ряд признаков ХПС, сходны с симптомами других воспалительных заболеваний челюстно – лицевой области, затрудняют диагностику заболевания на ранних стадиях.

Обострение заболевания вызывает гематогенный и лимфогенный занос патогенной флоры в паренхиму железы из первичного воспалительного очага. Как известно, лимфатические узлы околоушных слюнных желез

широко анастомозируют в рамках лимфатической системы получающей лимфу от зева, носоглотки, языка, угла нижней челюсти, а также от кожных покровов лобной и теменной областей, ушной раковины, век, носа, наружного слухового протока и среднего уха, верхней губы, десны, премоляров и моляров обеих челюстей(1) . Воспалительные процессы в перечисленных областях, вызывают возникновение острого лимфаденита в околоушных железах с вовлечением в процесс воспаления ткани железы, создается порочный круг, поддерживающий воспалительный процесс в железе и как следствие снижение выделения слюны с одновременным разрушением паренхимы железы. Однако значимость вирусной инфекции в развитии ХПС у детей и подростков явно недооценивается.

Здоровая ткань слюнных желез содержит биологически активные вещества, которые оказывают влияние на нормальное развитие ребенка. Имеются единичные публикации, отражающие количественных показателей биологически активных веществ слюны при ХПС в период обострения и ремиссии.

*Целью* нашей работы было: уточнить патогенетические факторы развития ХПС у детей и подростков путем определения наиболее клинически значимых лабораторных показателей в разные периоды течения болезни.

**Материалы и методы**

Для достижения поставленной цели нами проведен анализ историй болезней 107 детей в возрасте от месяцев до 15 лет с ХПС госпитализированных в отделение ЧЛХ ДКГБ 9 в период обострения воспалительного процесса, из них 63 мальчика (58,2%) и 44 девочки (41,2%).

У 91 ребенка обострение ХПС было с одной стороны (левостороннее у 44 детей, правостороннее – у 47), в 11 случаях двухстороннее.

Всем детям проводилось комплексное клиническое обследование, общеклинические и лабораторные методы, определение стандартных иммунологических показателей слюны и крови, УЗИ.

Статистическая обработка проводилась методом вариационной статистики с использованием программы Microsoft office Excel 2003 for Windows. Достоверность полученных результатов оценивались парным методом по критерию Стьюдента; применялся графический анализ.

**Результаты и обсуждение**

Обострение воспалительного процесса в слюнных железах, преимущественно в околоушных возникло на фоне поражения других органов и систем. Анализ анамнеза госпитализированных 107 детей с ХПС, что 89 (83,2%) – это часто болеющие дети, или дети имеющие очаги хронической инфекции. У 65 детей обострение было на фоне обострения панкреатита (60,7%). У 69 детей (64,5%) при обследовании не была санирована полость рта. У 94 детей (87,7%) при обследовании выявлено повышение титра антител к цитомегаловирусу (ЦМВ), вирусам герпеса, Эпштейн-Барра, ВИЧ и токсоплазмы. У 17 (15,8%) детей был повышен титр антител к хламидии,

у 39(36,4%) – к глистно – паразитарной инвазии. Полученные результаты свидетельствуют о взаимосвязи развития и течения ХПС с состоянием здоровья ребенка.

Дети поступали в отделение в неотложном порядке, с выраженными симптомами воспаления слюнных желез. В 37% случаев отсутствовало отделяемое из протока воспаленной железы, что является особенностью вирусного поражения. При вирусной этиологии ХПС обострение начинается внезапно, чаще с поражением обеих околоушных желез. В области воспаленной железы появляется припухлость, пальпируется болезненная бугристая железа, при этом кожа над железой в цвете не изменена. Общее состояние ребенка при этом страдает не значительно, температура тела чаще субфебрильная. При вирусной этиологии мы наблюдали самостоятельное, без медикаментозного лечения исчезновение отека мягких тканей в области железы через 5 – 7 дней. Обострение заболевания повторяется несколько раз в год, чаще весной и осенью. Периоды благополучия зависят от общего состояния ребенка и могут длиться от нескольких недель до 6-8 месяцев. В таблице №1 представлены основные клинические симптомы поражения слюнных желез в различные периоды заболевания.

Результаты исследований представленные в таблице №2 показывают, что скорость слюноотделения у детей с ХПС снижена как при обострении, так и в период ремиссии. Вязкость слюны повышена, относительно нормы, как в период обострения, так и в период ремиссии и существенно не отличается. По полученным данным (таб.2) у детей с ХПС рН смешанной слюны смещается в кислую сторону (норма 6,5- 6,9). Наиболее выражен этот показатель в период острого воспаления (разница статистически достоверна  $P \leq 0,001$ ), при этом рН смешанной слюны в период ремиссии несколько увеличивается, но остается ниже нормативных показателей. Это можно объяснить снижением фосфатных соединений в слюне.

**Таблица 1. Особенности различных периодов ХПС у детей и подростков**

Симптомы заболевания	Стадия ремиссии	Стадия обострения
Температура	Нормальная	Субфебрильная, фебрильная
Размер желез	Визуально не увеличен	Значительно увеличен
Коллатеральный отек	Нет	Есть
Консистенция железы	Мягко-эластичная	Плотная, бугристая
Боль при пальпации железы	Нет	Есть
Снижение секреции слюны	Незначительное	Значительное, полное
Вязкость слюны	Нет изменений	Выражена
Наличие гнойного экссудата	Нет	Есть
Увеличение регионарных лимфоузлов	Единичные (50%)	Увеличены, болезненны в 100%

**Таблица 2. Показатели скорости слюноотделения, вязкости и рН слюны у детей в различные периоды течения ХПС**

Исследуемый показатель	Стадия обострения	Стадия ремиссии	P
Скорость слюноотделения мл/мин (N1,2)	0,72±0,03	1,12±0,04	≥0,05
Вязкость слюны (N=0)	++	++	
рН слюны (N=7,1-7,3)	6,93±0,14	7,05±0,17	≥0,01

Таблица 3. Динамика показателей кальция и фосфора в смешанной слюне у детей с ХПС в периоды обострения и ремиссии.

Наименование исследуемого показателя	Стадия обострения	Стадия ремиссии	P
Кальций (Ca) - N 1,25-1,35 ммоль/л	1,20±0,03	1,22±0,14	≥0,01
Фосфор (P) - N 5,6 - 5,8 ммоль/л	4,49±0,05	5,51±0,07	≥0,05

Таблица 4. Состояние слизистой оболочки полости рта у детей и подростков с ХПС

Патологические изменения	N	%
Гипертрофия сосочкового аппарата языка	24	22,4
Десквамация сосочкового аппарата языка	15	14,0
Отечность языка	17	15,9
Сухость губ	10	9,3
Хронические трещины губ	9	8,4
Экссфолиативный хейлит сухая форма	7	6,5
Кандидозный стоматит	6	5,6

Из приведенных данных следует, что уровень кальция в смешанной слюне снижается в период обострения незначительно и сохраняет свои показатели на постоянном уровне и в период ремиссии / основным поставщиком кальция в ротовой жидкости являются подчелюстные слюнные железы/.

Уровень фосфора в смешанной слюне достоверно снижен во всех исследуемых группах, как в период обострения, так и в период ремиссии, относительно показателей контрольной группы.

Изменения слюноотделения и качества слюны сказываются на состоянии слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. В таблице №4 отражено состояние слизистой оболочки полости рта у детей с ХПС.

Особенностью является гипертрофия нитевидных сосочков языка, которая наблюдается в 22,4% случаев. У 15,9% детей с ХПС наблюдается отечность языка, 14,0% - десквамация сосочков языка.

Все дети, поступившие в период обострения обследованы заболевания на наличие вирусной инфекции. В 90% случаев были обнаружены антитела к различным видам вирусов. Наибольшее число детей (65,8%) были поражены вирусом ЦМВ, 59% вирусом герпеса. Достаточно часто встречались поражение вирусом Эпштейн – Барра (22,8%). Среди всех больных детей более половины (58%) являются носителями двух и более видов вирусов

При анализе результатов иммунологического исследования в период обострения у детей с ХПС выявлено угнетение клеточного иммунитета, количество Т хел-

перных лимфоцитов снижено (2,94±0,2), активируются цитотоксические лимфоциты CD. Оценка фагоцитарного звена иммунитета показали снижение количества гранулоцитов, повышение активности фагоцитоза, то свидетельствует об угнетении фагоцитарной функции в период обострения. В период ремиссии показатели фагоцитарного звена улучшаются, но нормальных показателей не достигают даже через 6 месяцев

## Выводы

Можно сделать вывод, что наличие вирусной инфекции у детей с ХПС не только приводят к изменению структуры и функции железы, но и провоцируют обострение заболевания, это требует комплексного подхода к лечению воспалительных заболеваний слюнных желез на всех этапах течения болезни.

Уровень фосфора и кальция в смешанной слюне достоверно снижен во всех группах с ХПС, как в период обострения, так и в период ремиссии, по сравнению с показателями контрольной группы, это требует разработки методов профилактики заболеваний твердых тканей зубов у детей с воспалительными заболеваниями слюнных желез. ■

*Вальхина В. Н., 620028 Екатеринбург, ул. Ретина д. 3 кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии тел.: (343) 2148534 Эл.адрес: d-rrogov@mail.ru*

## Литература:

- Афанасьев В.В., Москаленко Г.Н. Исходы хронического паренхиматозного паротита у детей. Стоматология. М., 1989; 1; 46-48
- Долгих Г.И. Клинико-лабораторные аспекты цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста. Педиатрия. М., 2000; 5; 17-20.
- Ронь Г.И., Козлова С.Н., Брезгина А.А. Клинико-иммунологические особенности рецидивирующих сиалоаденитов, ассоциированных с цитомегаловирусной инфекцией. УрМЖ; 2007; 5; 60-65.