

8. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России / Э.М. Кузьмина. – М.: Медицина. – 2009. – 236 с.
9. Леонтьев В.К. Профилактика стоматологических заболеваний / Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. – М., 2006. – 356 с.
10. Попруженко Т.В. Профилактика основных стоматологических заболеваний / Попруженко Т.В., Терехова Т.Н. – Москва. – 2009. – 463 с.
11. Сарап Л.Р. Использование «R.O.C.S. Medical Minerals» в стоматологической практике / Л.Р. Сарап, Е.А. Подзорова, С.К. Матело, Т.В. Купец // Клиническая стоматология. – 2006. – № 2. – С. 52–56.
12. Фанакин В. А. Профилактика зубочелюстных аномалий у детей дошкольного возраста путем ортопедического замещения зубных рядов в условиях крупного города: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Виталий Александрович Фанакин; Пермская гос. мед. акад. – Пермь, 2008. – 23 с.
13. Takano Y. Mineralization of dental hard tissues / Y. Takano // Clinical Calcium. – 2004. – № 14 (6). – P. 29–35.
14. Veis A. Materials science. A window on biomineralization / A. Veis // Science. – 2005. – Mar; 4; 307(5714). – P.1419–1420.
15. Патент 2380081 Российская Федерация, МПК А 61 К 6/00, А 61 К 8/24. Состав для лечения и профилактики заболеваний полости рта / Бимбас Е.С., Брусинына Е.В.; заявитель и патентообладатель ГОУ ВПО УГМА Росздрава. – № 2008100352/15 от 09.01.2008; опубл. 27.01.2010 // Изобретения. Полезные модели: офиц. бюл. – М.: ФИПС, 2010. – № 3. – С.675–676.

ТЕЗИСЫ: ТАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕТЕЙ

*Вольхина В.Н., доцент, к.м.н., кафедра стоматологии
детского возраста и ортодонтии ГОУ ВПО УГМА Росздрава,
г. Екатеринбург
Смирнова О.Ю.*

Среди заболеваний ЧЛО, особого внимания заслуживает вопрос о воспалительных процессах слюнных желез, так как за последнее время наблюдается значительное увеличение их количества и выявляется ряд своеобразных признаков, затрудняющих дифференциальный диагноз, особенно на ранних стадиях. Обращает на себя особое внимание первично – хроническое течение воспалительных процессов с преимущественной локализаци-

ей в околоушных слюнных железах. Инфицирование слюнных желез происходит восходящим путем, через проток и нисходящим по лимфатическим и кровеносным сосудам. Источником хронической инфекции тканей железы могут быть вирусы (герпес, ЦМВ, ВЭБ и др.), лимфатические сосуды самой железы, наличие множественных поверхностных и глубоких лимфатических узлов, собирающих лимфу как из самой железы, так и из области лба, век, основания носа, ушной раковины, наружного слухового прохода, гайморовой пазухи, полости рта. Паротит может развиваться под влиянием общих и местных факторов, в частности при ферментопатии, нарушении слюноотделения, вызванного высокой вязкостью слюны.

В отделении челюстно-лицевой хирургии ДГКБ № 9 за последние 5 лет на лечении находилось 364 ребенка с обострением первично-хронического паротита. Среди них 174 девочки и 190 мальчиков в возрасте от 6 месяцев до 15 лет. С двухсторонним воспалением слюнных желез было 69 детей, левостороннее поражение зафиксировано у 168 детей, правостороннее 127. Первично-хронический паротит часто (45%) диагностируется как эпидемический паротит, а это ведет к неправильной лечебной тактике. Поэтому возникает необходимость описания клинической картины и течения этого воспалительного процесса.

Заболевание начинается внезапно с одно- или двустороннего поражения, преимущественно околоушных слюнных желез. Появляется припухлость мягких тканей в околоушной области, пальпируется резко болезненная, плотная, бугристая железа. Может быть повышение температуры тела до фебрильных цифр. Отек тканей иногда самостоятельно исчезает через 3–5 дней, и через различные промежутки времени вновь возникает обострение заболевания. Рецидивы болезни чередуются с периодами благополучия, которые могут длиться от нескольких недель до месяцев. Процессы обострения заболевания могут возникать несколько раз в год.

Проведя анализ данных госпитализированных детей, было установлено, что все 364 ребенка имели соматическую патологию или очаги хронической инфекции.

У 158 детей обострение воспалительного процесса в околоушных слюнных железах возникало на фоне таких заболеваний, как ОРВИ, бронхит, отит, ринит, заболеваний ЖКТ. У 328 детей при обследовании выявлен высокий титр антигена к вирусам ЦМВ, ВЭБ, герпеса. У 90% обследованных имелись очаги хронической одонтогенной инфекции.

Очевидно, что в большинстве случаев воспалительный процесс в околоушной железе возникает у детей со сниженным иммунологическим статусом и на фоне повышения вязкости слюны. Это создает благоприятные возможности для проникновения и развития инфекции в околоушной железе как восходящим, так и нисходящим путем.

Все дети поступили в отделение в неотложном порядке. При осмотре определялся болезненный инфильтрат плотно-эластичной консистенции, распространяющийся на всю околоушную железу. При первично-хроническом паротите в стадии обострения наблюдается увеличение лимфатических узлов в подчелюстной области и боковой поверхности шеи. Отмечается некоторая сухость в полости рта. Слизистая оболочка щеки на стороне поражения отечна, устье выводного протока несколько расширено, возвышается над окружающими тканями. При массаже железы из протока в первые дни заболевания слюна не выделяется, только спустя несколько дней после отхождения гнойной или слизистой пробки начинает выделяться мутная слюна или гной. При ультразвуковом исследовании выявлено увеличение объема железы, снижение эхогенности ткани, усиление кровотока.

Лечение больных проводилось в условиях стационара: антибактериальная, противовирусная, десенсибилизирующая, ферментотерапия, слюногонная диета, озонотерапия.

Для успешного лечения больных с воспалительными заболеваниями слюнных желез необходимо вовремя установить диагноз и как можно раньше начать адекватную терапию, которая способствует ликвидации воспалительного процесса. В настоящее время в отделении проводится совершенствование методов обследования и диагностики таких пациентов.