

## ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

*В.Н. Вольхина*

### ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ У ДЕТЕЙ

*Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии УГМА*

Воспалительные заболевания слюнных желёз у детей занимают значительное место (14%) в структуре воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Анализ 817 историй болезни детей, обратившихся в отделение челюстно-лицевой хирургии МУ ДГКБ №9 за 1991-2006 годы, показал, что ежегодный прирост детей с воспалительными заболеваниями слюнных желёз увеличивается на 15-17%. Особенно большой прирост больных отмечен в 2004-2006 году. В 2006 году заболевания слюнных желёз в структуре воспалительных заболеваний ЧЛО составили 21%.

Среди заболевших дети в возрасте от 5 до 16 лет.

Воспаление околоушной слюнной железы наблюдалось чаще других в 87% случаев, в 9% воспаление подчелюстных, в 4% подъязычных слюнных желёз.

Обращает на себя внимание, что в направительных документах на госпитализацию ребёнка фигурируют различные формулировки диагноза: превалирует диагноз - острый лимфаденит - 63% случаев, инфекционный паротит 11%. В 3% случаев инфекционный паротит обозначен как рецидивирующий, в 7% установлен диагноз - новообразование околоушной или подчелюстной областей, а в 15% случаев ребёнок направлен на лечение и уточнение диагноза. Это свидетельствует о том, что заболевания слюнных желёз вызывают сложности в диагностике у врачей различных специальностей: 67% заболевших детей первоначально обратились к врачу педиатру, 17% - к стоматологу, 16% - к другим специалистам. Врачи дают только клиническую оценку состояния ребёнка и не используют современные, вполне доступные методы диагностики.

Нерациональная и недостаточная терапия в острый период заболевания способствует переходу в хроническую форму воспаления, сохранению очага инфекции, стойкому снижению иммунной резистентности организма ребёнка, искажению клиники заболевания, рецидивированию. За исследуемый период зарегистрировано 383 повторные госпитализации. У 24 детей было 6 госпитализаций за период наблюдения, что свидетельствует о сложности диагностики и лечения заболевания. Ближайший лечебный эффект не должен мешать правиль-

ному пониманию этиологии и патогенеза глубоких патологических изменений, происшедших в железе, для ликвидации которых необходимы адекватные лечебные мероприятия. Обращает на себя внимание тот факт, что участились случаи двустороннего поражения слюнных желёз. В нашем исследовании они составили 11%, что отчасти объясняет затруднения диагностики, когда устанавливается диагноз эпидемический паротит. В приказе №620 МЗ РФ от 30/12/2003 «Об утверждении протоколов ведения детей, страдающих стоматологическими заболеваниями» регламентируется проведение следующих диагностических тестов при заболевании слюнных желёз:

МКБ	Нозологическая форма	Диагностические процедуры	% нуждающихся в обследовании	Кратность обследования
К.11.Г	Острый паротит	Общие клинические		
		Лабораторные:		
		Общий анализ крови	100	1 раз в 7-10 дн.
		Общий анализ мочи	100	1 раз в 7-10 дн.
		Рентгенологические:		
		Р-грамма околоушной СЖ	100	1 раз
		Р-грамма НЧ	50	1 раз
К.11.-	Хронический паренхиматозный паротит	Специальные:		
		Пункционная биопсия		
		Общие клинические		
		Лабораторные:		
		Общий анализ крови	100	1 раз в 7-10 дн.
		Общий анализ мочи	100	1 раз в 7-10 дн.
		Исследование гноя из протока на чувствительность к антибиотикам в период обострения.	100	
		Цитологическое исследование секрета желёз:		
		а) в п-д обострения	100	1 раз/ 14 дн.
		б) в п-д ремиссии	100	1 раз / мес.
		Рентгенологические:		
Сиалография	100	1 раз		
Ортопантомосиалография	100	1 раз		
Термофизиография	25	1 раз / мес.		

Проведение которых недостаточно для уточнения этиологического фактора вызывающего развитие воспалительного процесса в слюнных железах.

Анализ расхождений направительного и клинического диагноза, неправильное лечение на догоспитальном этапе, которое способствует развитию рецидива неспецифический воспалительных заболеваний слюнных желёз, показал необходимость использования более информативных методов диагностики заболеваний слюнных желёз у детей. Нами разработан алгоритм диагностики.

**Алгоритм диагностики острых (обострение хронических) воспалительных заболеваний слюнных желёз**

**I этап диагностики. Полниклиника.**

Клиническое исследование (педиатр, стоматолог)

УЗИ слюнных желёз

**II этап диагностики. Специализированный стационар.**

**А. Подтверждение неспецифического воспаления слюнных желёз:**

Клиническое исследование

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Определение амилазы

- биохимический анализ крови,

- биохимический анализ мочи,

- биохимический анализ слюны.

Иммуно-гистохимическое исследование ткани железы

Контрастная сиалография (определение стадии поражения)

**Б. Определение предрасполагающих факторов неспецифического воспаления слюнных желёз**

Определение ферментативной недостаточности

-Копрология

- Исследование хлоридов пота

Определение функционального состояния слюнных желёз

- Сиалометрия и/или радиоизотопная скнтиграфия.

Определение структурно-анатомического состояния слюнных желёз и внутренних органов

-УЗИ внутренних органов (поджелудочная железа, печень)

- УЗИ слюнных желёз

Гистологическое исследование ткани железы

## В. Определение возбудителя заболевания

Цитологическое исследование ткани железы

Бактериологическое исследование отделяемого из выводного протока или из операционной раны

Иммуно-ферментный анализ слюны

ПЦР слюны

## Г. Определение местного иммунитета и общей резистентности организма

Иммунологическое исследование крови

Иммунологическое исследование слюны (лизоцим, S IgA)

Задачи диагностики на амбулаторном этапе - отличить неспецифические воспалительные заболевания слюнных желез от эпидемиологического паротита, околоушного лимфаденита и новообразований слюнных желез.

Цель: разграничить группы больных. Пациенты с эпидемиологическим паротитом направляются в инфекционное отделение, остальные пациенты – в отделение ЧЛХ. Наиболее доступным в амбулаторных условиях методом и достаточно информативным является УЗИ слюнных желез. Распространение и усовершенствование аппаратов для ультразвуковой диагностики позволяют широко использовать этот метод при исследовании внутренних органов. Простота выполнения позволяют проводить это исследование практически в любом учреждении. При ультразвуковом исследовании определяются размеры железы, структура паренхимы, наличие кистозно-расширенных ацинусов, размеры основного и внутридольковых протоков и характер кровотока.

Предлагаем схему дифференциальной диагностики, содержащую информацию клинического и ультразвукового исследования:

Симптомы	Эпидемич. паротит	Неспециф. паротит	Лимфаденит околоушный	Новообразования
Двустороннее поражение	100 %	10-11%	нет	нет
Одностороннее поражение	нет	90%	100	100
Размер слюнных желез	Увеличены обе	Увеличена (чаще одна)	Не увеличена	М.б. увеличена
Структура паренхимы	Эхогенность не страдает	Снижена большой железой	увеличена	Увеличена или уменьшена
Секреция слюны	снижена	Снижена или полностью отсутствует	Не страдает	Страдает не значительно
Качество секрета	Прозрачный, вязкий	Вязкая, с примесью гноя или хлопьев (слущенный эпителий)	прозрачная	прозрачная

На клиническом этапе, когда больной ребенок с неспецифическим паротитом поступает в специализированный стационар, определяются три задачи диагностики:

1. Подтвердить наличие неспецифического воспаления слюнных желез
2. Определить предрасполагающие факторы воспаления слюнных желез
3. Установить возбудителя заболевания
4. Определить состояние местного иммунитета и общей резистентности организма

Использование УЗИ диагностики позволило нам разработать новый метод получения материала – секрета или ткани слюнной железы.

Методика: под контролем УЗИ инъекционная игла продвигается к максимально расширенному ацинусу, который пунктируется, после чего проводится аспирация секрета. Для получения секрета используется игла с мандреном, для получения ткани железы – без мандрена. Полученный секрет слюнной железы в количестве 0,1 – 0,4 мл отправляется на исследование методом молекулярной гибридизации (полимерная цепная реакция – ПЦР) Материал ткани железы исследуется иммуно-гисто-химическим методом. Эти методики позволяют достоверно определить этиологию воспаления.

Правильный выбор и усовершенствование современных методов диагностики позволяет своевременно установить характер воспаления слюнных желез у детей и назначить адекватное лечение.

*И.А. Замятина, В.Н. Вольхина*

## **АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ БОЛЬНЫХ С ГЕАНГИОМАМИ В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ**

### **Введение**

Гемангиомы - это доброкачественные опухоли, представленные очаговым разрастанием эндотелиальных клеток (ангиобластов), встречающиеся в различных органах тканей человека. Она обладает деструктивным ростом, не всегда имеет четкие границы, строма ее изъязвляется, а это может привести к профузным кровотечениям, которые могут часто повторяться и угрожать жизни больного. На долю гемангиом приходится 50% опухолей мягких тканей у детей. Наиболее часто гемангиомы локализуются в челюстно-лицевой области – от 60 до 80 % общего числа[1]. У девочек гемангиомы встречаются в 3 раза чаще [3:1], чем у мальчиков[1].

Все имеющиеся гемангиомы нами разделены на 5 групп: