

Особенности лечения детей с неспецифическими паротитами

Ю. З. Садиков, М. Л. Стебелькова, Н. П. Стадницкая

Московский центр детской челюстно-лицевой хирургии

Анализ медицинской документации за последние 10 лет позволил выявить, что среди воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области наибольшая доля расхождения диагнозов приходится на группу неспецифических паротитов, что говорит о сложности их диагностики и лечения.

Все воспалительные заболевания слюнных желез можно разделить на специфические и неспецифические. К первым относится эпидемический сиалоаденит с преимущественным поражением околоушных слюнных желез, в связи с чем его называют эпидемическим паротитом. В группе неспецифических сиалоаденитов клинически различают острый, хронический и обострившийся хронический сиалоаденит. Хронический сиалоаденит часто рассматривают как продолжение острого, но работы последних лет позволяют говорить о первично-хронических формах заболевания.

По данным Г. Н. Москаленко (1985), доля хронических неспецифических сиалоаденитов в группе воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей составляет 13,9 %. Чаще всего поражаются околоушные слюнные железы (87,7 %), реже — поднижнечелюстные. Исследования О. В. Рыбалова (1982) показали, что это самостоятельное заболевание, и в основе его этиологии лежит врожденная иммунная несостоятельность железистой ткани. В. И. Серединой, Н. М. Оглазовой (1981) было показано, что у больных хроническим неспецифическим сиалоаденитом отмечается стойкое снижение показателей клеточного и гуморального иммунитета даже в период длительной ремиссии. Этот факт свидетельствует о первично-хроническом начале заболевания и объясняет возникновение обострений хронического воспаления.

Особенность хронического неспецифического паротита заключается в циклическом течении, т.е. смене обострений и ремиссий. В тяжелых случаях бывает до 8—10 обострений в год. К 14 годам активность процесса снижается.

Среди многообразия предположений и теорий по этиологии заболевания наиболее достоверными, подтверждаемыми характером клинического течения, можно выделить следующие.

1. Врожденное изменение протоков железы и дисплазия железистой ткани. Массовые обследования детей в школах позволили обнаружить бессимптомно протекающие процессы в околоушных слюнных железах.

2. Угнетение факторов неспецифической защиты. Снижение показателей клеточного и гуморального иммунитета сохраняется даже в период ремиссии, что создает условия для обострения хронического воспаления желез.

3. Проникновение ротовой инфекции, особенно микрофлоры носоглотки, миндалин, кариозных зубов и т. д., через околоушный проток, лимфогенно и гематогенно.

В зависимости от выраженности изменений в различных отделах слюнных желез различают интерстициальный, паренхиматозный сиалоадениты и сиалодохит. У детей чаще всего встречается паренхиматозный паротит. В отделении проходили лечение 207 пациентов с таким диагнозом. Наиболее часто это заболевание выявлялось в возрасте от 3 до 6 лет. К 14 годам активность процесса снижается.

Известно, что в патогенезе хронического паренхиматозного сиалоаденита лежат нарушения в строении гемоциркуляторного русла внутридольковых протоков, сохранение околоушными железами слизистого (эмбрионального) характера секреции, падение защитных реакций и уменьшение активности лизоцима паротитного секрета.

Знание этих сторон патогенеза хронического паренхиматозного паротита дает возможность лечебными и профилактическими мероприятиями воздействовать на течение патологического процесса.

Для клинической картины заболевания характерно частое его рецидивирование. Чем чаще обострения хронического паротита, тем тяжелее его клиническое течение: высокая температура тела, появление припухлости и боли в околоушной области с одной или обеих сторон, усиливающейся при приеме пищи. При этом мочка уха может быть приподнята. В течение первой недели сохраняется плотный, болезненный инфильтрат. Отмечаются снижение саливации, гиперемия и расширение устья выводного протока железы, увеличение вязкости слюны. При массировании железы выделяется скудное количество слюны, часто с примесью гноя.

Все пациенты были обследованы рентгенологически. При проведении контрастной рентгенографии — основном методе исследования желез при сиалоаденитах — определяется умеренное расширение основного протока и протоков 1-го и 2-го порядка, в концевых отделах которых могут быть колбовидные расширения. Протоки 3-го и 4-го порядка не контрастиру-



Рис. 1. Пораженная слюнная железа (контрастная рентгенограмма).

ются. В паренхиме железы имеются множество мелких и средних полостей, рисунок которых напоминает виноградную гроздь. Поражение может быть тотальным или занимать отдельные участки железы (**рис. 1**).

Лечение детей, страдающих хроническим паренхиматозным паротитом, направлено на ликвидацию воспалительных явлений, предотвращение нарастания в железе патологических изменений, нормализацию секреторной функции. Профилактические мероприятия заключаются в повышении общей и местной реактивности организма, удлинении периода ремиссии.

Обычные схемы терапевтических мероприятий, по данным большинства авторов, сводятся к общему и местному лечению. В период нарастания воспалительных явлений назначают антибактериальную терапию с применением антибиотиков широкого спектра действия, гипосенсибилизирующих, дезинтоксикационных препаратов. Наряду с общим лечением, проводят ежедневную инстилляцию железы. Используют протеолитические ферменты для разжижения слюны, антибиотики. Применяют повязки с мазью Вишневского или компрессы с 30 % димексидом на область железы, вовлеченной в процесс. Для быстрейшего рассасывания инфильтратов назначают физиотерапевтические процедуры. Как правило, после активного лечения, воспалительные явления купируются: стихает боль, уменьшается припухлость, усиливается саливация.

В начале своей деятельности мы пользовались описанным методом лечения. Однако в последнее время увеличивается количество детей с тяжелыми формами аллергии, дисбак-

териозами. Последнее заставило нас заняться поисками препаратов, способных купировать острые воспалительные явления и не приводить к снижению иммунитета, а также не нарушать нормальную флору организма.

К группе подобных препаратов относится серебро. Так как кровь и лимфатическая жидкость по своей природе являются коллоидами, то использование серебра в коллоидной форме, при которой микроскопические его частички получают электрический заряд и находятся в растворе дистиллированной воды, еще более повышает его фагоцитарную активность.

Методика применения раствора коллоидного серебра. В острый период при вторичном инфицировании железы проводят ее инстилляцию растворами антисептиков и коллоидного серебра и введение серебра под язык — через подъязычные вены серебро попадает сразу в кровь, минуя пищеварительный тракт. Из традиционной схемы терапевтического лечения мы добавляли гипосенсибилизирующую и дезинтоксикационную терапию на фоне неслюногонной диеты. При лечении, начатом на 1—3-й день заболевания, можно предотвратить гнойную стадию воспалительного процесса и быстро купировать явления острого воспаления.

Частые обострения хронического неспецифического паротита приводят к снижению защитных сил организма, поэтому для поддержания иммунитета проводят курс неспецифической иммунокоррекции современными иммуномодуляторами. Курс иммунокоррекции начинают в период ремиссии, поскольку чрезмерная стимуляция резко сниженного во время обострения воспаления иммунитета приводит к еще большему его истощению. Коррекцию проводят по определенной схеме. Поддерживающие курсы иммунокоррекции назначают в осенне-весенние периоды — время массовых обострений процесса.

Описанная нами методика была использована для лечения 207 пациентов, которые находились под наблюдением в нашей клинике в течение 10 лет. Эта методика позволила нам уменьшить количество обострений и удлинить периоды ремиссии. Из 207 пациентов у 100 — период ремиссии составил более 3 лет, у 12 — количество обострений сократилось с 7—8 до 1—2 в год. В настоящее время 5 больных находятся на интенсивном лечении.

Анализ нашего клинического опыта позволяет рекомендовать данную методику к применению.

Литература

Москаленко Г. Н. Хронический паренхиматозный паротит у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М.: ММСИ, 1985. — С. 24.

Москаленко Е. П. Актуальные вопросы иммунологии и иммуно-патологии: Сб. науч. тр. — Ростов-на-Дону, 1985. — 456 с.

Середина В. И., Оглазова Н. М. Клинико-иммунологическая характеристика хронического паротита // Стоматология. — 1981. — № 5. — С. 44—45.