

Пациент с воспалительным заболеванием околоушной железы



Рис. Внешний вид мальчика с отечностью в околоушной области

677

На приеме у педиатра мальчик в возрасте 3 лет с жалобами на стреляющую боль в области уха, лихорадку, увеличение околоушной области слева, боль при глотании и жевании. Ребенок болен первые сутки, заболел остро, накануне вечером имел место эпизод подъема температуры тела до 39°C , родители обратили внимание на припухлость подчелюстной и околоушной области слева. *При осмотре:* температура тела $38,6^{\circ}\text{C}$, ребенок вялый, с симптомами интоксикации, умеренная гиперемия конъюнктив и небных дужек, носовое дыхание свободное. *При отоскопии:* барабанные перепонки с обеих сторон не гиперемированы, не выбухают. Слева в околоушной и подчелюстной областях отек мягких тканей, при пальпации — плотный болезненный инфильтрат (рис.). По внутренним органам и системам — без особенностей. Привит в соответствии с календарем вакцинопрофилактики. Посещает детский сад. *По данным ультразвукового исследования:* картина воспалительных изменений левой околоушной железы. *В клиническом анализе крови:* лейкоцитоз $26,4 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилез $19,5 \times 10^9/\text{л}$; сывороточная концентрация С-реактивного белка $66,2 \text{ мг/л}$.

Ваш вероятный диагноз?

1. Эпидемический паротит (свинка).
2. Лимфогенный паротит (ложный паротит Герценберга).
3. Инфекционный мононуклеоз.
4. Острый сиалоаденит.

Правильный ответ: 4. Острый сиалоаденит.

Эпидемический паротит — это острое вирусное заболевание, при котором поражаются любые слюнные железы, чаще всего околоушные. У 70–80% больных процесс имеет двусторонний характер. Синхронность поражения околоушных слюнных желез нетипична, и интервал времени между поражением одной и другой железы может составлять от 1 до 3 сут. Паротит чаще развивается у детей школьного возраста. Для него характерны общие симптомы интоксикации, такие как недомогание, головная боль, миалгии. Обычно им сопутствуют субфебрилитет и катаральные явления. Эпидемический паротит наблюдается в виде спорадических заболеваний и эпидемических вспышек в закрытых коллективах, имеет четко выраженную сезонность, чаще встречается зимой и ранней весной. Диагностика эпидемического паротита основана на клинической картине и результатах лабораторных тестов. Для постановки диагноза важны данные эпидемиологического анамнеза и сведения о вакцинальном статусе пациента. Для этого заболевания нехарактерны воспалительные изменения в клиническом анализе крови, а также повышение содержания маркеров бактериального воспаления. Несмотря на редкость эпидемического паротита в условиях массовой вакцинации от этой инфекции, о нем не следует забывать. У нашего пациента, привитого от эпидемического паротита, воспалительный процесс в околоушной железе имел односторонний характер, была резко повышена концентрация маркеров бактериального воспаления.

При лимфогенном паротите (ложный паротит Герценберга) страдают лимфатические узлы глубокой группы, расположенные под капсулой и внутри околоушной слюнной железы. Обычно воспалительный процесс имеет односторонний характер, начинается с появления уплотненного болезненного участка в околоушной области. Воспаление в околоушной железе, а также возможное распространение его на жевательную мышцу может ограничивать открывание рта. Воспалительный отек обычно увеличивается постепенно, на протяжении 1–2 нед. Характерны симптомы интоксикации, однако фебрильная лихорадка не свойственна. При осмотре обнаруживается ограниченный плотный болезненный участок околоушной железы. Цвет кожи над ним не меняется. У нашего пациента родители отмечали острое, с фебрильной лихорадкой начало накануне обращения, ребенок жаловался на болезненность при жевании и глотании, однако затруднений при открывании рта не было.

Инфекционный мононуклеоз обычно протекает с увеличением заднешейных и затылочных лимфатических узлов: они подвижны, симметричны, обнаруживаются с обеих сторон. Вовлечение околоушных желез нехарактерно. Развивается отек, гипертрофия миндалин; в связи с выраженным аденоидитом при скудных катаральных явлениях пациент чаще жалуется на резкое нарушение носового дыхания. Степень лихорадки и выраженности интоксикации могут быть различными. Для инфекционного мононуклеоза характерен лимфоцитарный лейкоцитоз, в крови обнаруживаются широкоплазменные лимфоциты (атипичные мононуклеары), содержание которых в объеме более 10% считается диагностически значимым.

Для острого сиалоаденита характерны резкое начало после короткого продромального периода, стойкая фебрильная лихорадка, признаки интоксикации. Отмечается увеличенная, болезненная при пальпации околоушная железа. Также могут увеличиваться заднечелюстные и подчелюстные лимфатические узлы. У грудных детей сиалоаденит может возникать при цитомегаловирусной инфекции.

У нашего пациента на основании характерных жалоб и клинических симптомов болезни был заподозрен острый сиалоаденит. Диагноз подтвержден при ультразвуковом исследовании, в лабораторных анализах отмечено повышение содержания маркеров бактериального воспаления. Ребенку назначена антибактериальная терапия амоксициллином/клавуланатом из расчета 80 мг/кг в сут. На фоне лечения состояние стабилизировалось: лихорадка купировалась в 1-е сут приема антибиотика, отечность спала в течение первых 2 сут от начала лечения.

М. А. Лазарева, М. Д. Квеквескири, Т. В. Куличенко
Научный центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Salama AR, Ord RA. Clinical implications of the neck in salivary gland disease. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2008;20(3): 445–458.
2. Иванов СЮ, Царёв ВН. Микрофлора слюнных желез при обострении хронического сиалоаденита и обоснование тактики антибактериального лечения. *Российский стоматологический журнал.* 2007;5:11–13.
3. Witt MD, Torno M.S., Sun N., Tomiko S. Herpes Simplex Virus Lymphadenitis: Case Report and Review of the Literature. *Clin Infect Dis.* 2002;34:1–6.
4. Hsu DT, Ruf M, O'Shea S, Costelloe S, Peck J, Tong CY. Diagnosing HIV infection in patients presenting with glandular fever-like illness in primary care: are we missing primary HIV infection. *HIV Med.* 2013 Jan;14(1):60–3.
5. Kessenich CR, Flanagan M. Diagnosis of infectious mononucleosis. *Nurse Pract.* 2015 Aug 15; 40(8):13–16.