ПЕДИАТРИЯ

УДК 616.316.5–002.1–053.31–071 Клинический случай

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: ОСТРЫЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ НОВОРОЖДЕННОГО

Л.Г. Бочкова — *ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры госпитальной педиатрии и неонатологии, кандидат медицинских наук;* ***В.В. Михрячева*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, студентка педиатрического факультета.*

CLINICAL CASE OF AN ACUTE NONSPECIFIC PAROTITIS AT A NEWBORN

L.G. Bochkova — *Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Hospital Pediatrics and Neonatology, Assistant Professor, Candidate of Medical Science;* ***V.V. Mikhryacheva*** *— Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Hospital Pediatrics and Neonatology, Student of Pediatric Faculty.*

Дата поступления — 1.06.2016 г. Дата принятия в печать — 07.09.2016 г.

Бочкова Л.Г., Михрячева В.В. **Клиническое наблюдение: острый неспецифический паротит новорожденного. Саратовский научно-медицинский журнал 2016; 12 (3): 391–393.**

Представлен редкий случай изолированного околоушного сиалоаденита у новорожденного. Дано определение этой патологии, описаны возможные причины, классификация, частота, диагностика и лечение. Приводятся данные наблюдения за новорожденным с сиалоаденитом, результаты обследования и лечения.

Ключевые слова: новорожденный, сиалоаденит, паротит.

Bochkova LG, Mikhryacheva VV. **Clinical case of an acute nonspecific parotitis at a newborn. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2016; 12 (3): 391–393.**

This article presents a rare case of isolated parotid sialadenitis at a newborn. Possible etiology, classification, frequency, diagnosis and management of the disease are described in order to determine this pathology. The paper gives the data on observation of a newborn with sialadenitis, the results of examination and treatment.

Key words: newborn, sialadenitis, parotitis.

Различают *сиалоаденит* как воспаление любой слюнной железы и *паротит* как сиалоаденит околоушной железы. Сиалоаденит может быть первичным, как самостоятельное заболевание, или чаще вторичным, как осложнение или проявление другого заболевания. В процесс может вовлекаться одна железа или одновременно две симметрично расположенные, иногда наблюдается множественное поражение желез. Частота встречаемости данного заболевания в период новорожденности неизвестна, так как в этом возрасте оно развивается крайне редко (как правило, на 2–10-й день жизни ребенка) [1–3].

Развитие сиалоаденита связано, как правило, с инфекцией. Первичный сиалоаденит, представленный эпидемическим паротитом, связан с вирусной инфекцией. Острый вирусный сиалоаденит (паротит) также может быть вызван вирусами гриппа, герпеса, цитомегаловирусом, вирусом Коксаки и другими вирусами. Вторичные сиалоадениты вызываются разнообразными бактериями, грибами. В протоках слюнных желез при сиалоадените обнаруживается смешанная флора, состоящая из стафилококков, пневмококков и стрептококков. Причиной воспаления также могут быть возбудители актиномикоза, туберкулеза или сифилиса. Пути проникновения инфекции в железу различны: стоматогенный (возбудители инфекции попадают в слюнную железу через устье выводного протока, чему иногда предшествует внедрение в проток инородного тела), гематогенный, лимфогенный, контактный. Сиалоадениты неинфекционной природы развиваются при отравлении солями тяжелых металлов (при выведении их со слюной). Кроме того, к острым сиалоаденитам относится острый сиалоаденит новорожденного, который возникает чаще всего у детей недоношенных, ослабленных, с неблагоприятным преморбидным фоном [4].

Сиалоадениты по клиническому течению подразделяются на острые (специфические, неспецифические); хронические (паренхиматозные, интерстициальные, специфические); слюнно-каменную болезнь (в стадии ремиссии и обострения).

Клиническая картина, характерная для инфекционно-воспалительного заболевания у ребенка, усугубляется сопутствующими заболеваниями. Чаще всего поражается одна околоушная железа, при этом она увеличена и болезненна при пальпации. Устье

Ответственный автор — Бочкова Лариса Геннадьевна
Тел.: 89278251889
E-mail: mihryacheva@yandex.ru

Ультрасонограмма слюнных желез новорожденного С.

протока железы зияет, гиперемировано. При массаже из протока выделяется мутная, густая, вязкая слюна. Характерным признаком служит нарушение функции железы в виде гипо- или гиперсаливации, а также появление в слюне хлопьев слизи, гноя, большого числа клеток слущенного эпителия. Общий анализ крови отражает неспецифический характер воспаления (лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение СОЭ). При гнойном сиалоадените (паротите), кроме того, возможны гиперемия кожи над железой, выделение гноя из протока слюнной железы при массаже ее, сужение наружного слухового прохода и т.д. Общие реакции организма также выражены [1, 3, 4].

Этиотропное лечение проводится антибактериальными, противогрибковыми, противовирусными препаратами в зависимости от вида возбудителя. Местно для нормализации слюноотделения применяют инстилляции выводных протоков железы растворами антисептиков, антибиотиков, легкий массаж железы, аппликации растворов антисептиков на область железы. Прогноз при своевременно начатом лечении благоприятный [1, 3, 4].

Острый сиалоаденит заканчивается выздоровлением или переходом в хронический. Исходом хронического сиалоаденита бывает склероз железы с атрофией ацинарных отделов, липоматозом стромы, со снижением или выпадением функции, что особенно опасно при системном поражении желез (синдром Шегрена), так как это ведет к ксеростомии. При прогрессировании острого сиалоаденита воспалительный процесс может закончиться абсцессом или гнойно-некротической флегмоной околоушной области. В этих случаях применяется хирургическое лечение. Острый сиалоаденит может осложняться стенозом слюнных протоков, образованием слюнных свищей, стойким снижением функции железы [4].

Целью статьи является описание редкого клинического наблюдения — изолированного околоушного сиалоаденита (паротита) у новорожденного ребенка.

Под наблюдением находился новорожденный С., родившийся при третьей доношенной беременности, вторых срочных родах, с массой тела 3270 г, длиной 51 см. Данная беременность осложнилась хронической внутриутробной гипоксией плода. Выкидыш в анамнезе.

В связи с развившейся неонатальной желтухой и высоким уровнем билирубина ребенок переведен на второй этап выхаживания для дальнейшего лечения. При этом ребенок находился раздельно с матерью, вскармливался адаптированной смесью через соску.

На 14-е сутки при осмотре ребенка выявлен плотный отек в области правой щеки ближе к уху, кожа над отеком не изменена, теплая на ощупь, безболезненная.

При проведении обследования выявлены: лейкоцитоз со сдвигом влево в ОАК; в мазке из зева обнаружен Enterococcus faecalis:10^3 КОЕ. При УЗИ отмечено увеличение и уплотнение правой околоушной железы (рисунок).

При консультации детским хирургом и стоматологом поставлен диагноз: «сиалоаденит околоушной железы справа» и заподозрена опухоль околоушной железы справа. Рекомендованы антибактериальная терапия и дальнейшее обследование и лечение ребенка в хирургическом стационаре.

На фоне проведенного лечения в детской хирургической клинике объемное образование значительно сократилось в размерах, нормализовались показатели периферической крови и УЗИ-картины. Однако при проведении обследования крови на онкологический маркер α-фетопротен (АФП) установлен их высокий уровень: 3855,5 МЕ/мл. Учитывая несоответствие положительной клинической динамики и показателей АФП, решили провести повторное исследование АФП. Полученный результат указал на снижение уровня АФП, но его уровень оставался повышенным (АФП-734 МЕ/мл) на фоне благоприятной клинической картины. При консультации онколога данный результат был расценен как остаточный

уровень АФП, сохранившийся после внутриутробной жизни ребенка.

Таким образом, данный случай острого сиалоаденита у новорожденного расценивается как локализованная форма нозокомиальной энтерококковой инфекции. Развитию инфекции способствовало длительное пребывание ребенка в стационаре, отсутствие грудного вскармливания. Повышение уровня АФП в течение всего неонатального возраста следует рассматривать как транзиторное состояние.

Авторский вклад: написание статьи — В. В. Михрячева, Л. Г. Бочкова; утверждение рукописи для публикации — Л. Г. Бочкова.

Reference (Литература)

1. Spiegel R, Miron D, Sakran W, Horovitz Y. Acute neonatal suppurative parotitis: case reports and review. Pediatr Infect Dis J 2004; 23 (1): 76–78.

2. Fathalla B, Collins D, Ezhuthachan S. Acute Suppurative Parotitis: uncommon presentation in a premature infant. J Perinatol 2000; 1: 57–59.

3. Leake D, Leake R. Neonatal suppurative parotitis. Pediatrics 1970; 46: 203–218.

4. Sabatino G, Verrotti A. Neonatal suppurative parotitis: a study of five cases. Eur J Pediatr 1999; 158: 312–314.

5. Salaria M, Banani P, Parmar V. Neonatal parotitis. Indian J Pediatr 2001; 68: 283.

УДК 616-007-053.1–053.31–07 (470.44) (045) Оригинальная статья

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО ПО ДАННЫМ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Ю. В. Черненков *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, проректор по науке, заведующий кафедрой госпитальной педиатрии и неонатологии, профессор, доктор медицинских наук;* ***В. Н. Нечаев*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры госпитальной педиатрии и неонатологии, кандидат медицинских наук;* ***Е. В. Каткова*** *— ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, ординатор кафедры госпитальной педиатрии и неонатологии.*

CONGENITAL MALFORMATIONS IN A FETUS AND A NEWBORN ACCORDING TO THE DATA OF PERINATAL CENTRE OF THE SARATOV REGION

Yu. V. Chernenkov *— Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Hospital Pediatrics and Neonatology, Professor, Doctor of Medical Science;* ***V. N. Nechaev*** *— Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Hospital Pediatrics and Neonatology, Assistant Professor, Candidate of Medical Science;* ***E. V. Katkova*** *— Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Hospital Pediatrics and Neonatology, Clinical Resident.*

Дата поступления — 15.06.2016 г. Дата принятия в печать — 07.09.2016 г.

Черненков Ю. В., Нечаев В. Н., Каткова Е. В. **Врожденные пороки развития плода и новорожденного по данным Перинатального центра Саратовской области. Саратовский научно-медицинский журнал 2016; 12 (3): 393–398.**

Цель: изучить частоту врожденных пороков развития (ВПР) по данным ГУЗ ПЦСО за 2014–2015 гг.; определить возможности прогнозирования, ранней диагностики и оптимизации программы профилактики и коррекции врожденных аномалий развития; дать оценку результатам лечения. *Материал и методы.* Объектами исследования явились новорожденные дети и плоды с ВПР за указанные два года по сведениям ГУЗ ПЦСО. Проанализированы данные об ультразвуковых исследованиях беременных и о 313 плодах с пороками развития (2014 г. — 138, 2015 г. — 181 плод), когда беременности с аномальным плодом были прекращены досрочно. *Результаты.* В ГУЗ ПЦСО выявлено 149 детей с ВПР (в 2014 г. 77, в 2015 г. 72); 24 детям (16,1%) потребовалось раннее хирургическое вмешательство. Проводилась комплексная оценка состояния здоровья женщин и их детей, оценка фетоплацентарного кровотока и развития плода, выявлены хромосомные и генетические аномалии развития. Из 149 детей с ВПР на этапе родильного дома умерли 5 детей, летальность в среднем составила 3,3%. Врожденные пороки сердечно-сосудистой системы составили 28,8%, мочевыделительной системы 27,5%, ЦНС и органов чувств 13,4%, пороки лица и шеи 5,4%, дыхательной системы 2,7%, аномалии органов желудочно-кишечного тракта 4%, пороки костно-мышечной системы 9,4%, аномалии половых органов 4%, кожи и ее придатков 1,3%, прочие пороки развития 2,7%. Множественные пороки развития составили 4,7%. По причине врожденных пороков развития было прервано 311 родов (4,4%), основная причина: хромосомные аномалии. Подготовка, диагностика, ведение беременных и их родоразрешение в ПЦСО осуществляется согласно комплексной программе и алгоритму методов профилактики и коррекции врожденных аномалий развития. *Заключение.* Исследование показало, что наблюдается рост малых аномалий и снижение частоты множественных пороков развития. Комплексная программа профилактической направленности позволила снизить число новорожденных с инкурабельными ВПР (на 13,5%), повысить процент выявляемых дефектов при УЗИ плода с 51,7 до 66,7.

Ключевые слова: врожденные пороки развития, пренатальная диагностика аномалии плода, программа профилактики, скрининг беременных.

Chernenkov YuV, Nechaev VN, Katkova EV. **Congenital malformations in a fetus and a newborn according to the data of Perinatal Center of the Saratov region. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2016; 12 (3): 393–398.**

The aim: to study the frequency of birth defects in Perinatal Center of the Saratov region from 2014 till 2015, the possibility of prognosing, early diagnosis and optimization of programs for the prevention and correction of congenital malformations, the evaluation of treatment outcomes. *Materials and Methods.* The study included newborn babies and fetuses with birth defects for the period 2014–2015 according to data received from Perinatal Center. The data on ultrasound examination of pregnant women and about 149 fetuses with malformations in case of early terminated pregnancies were analyzed. *Results.* In 2014 Perinatal Center of the Saratov region found 77 newborns with congenital malformations, in 2015–72; 24 children (16.1%) required early surgical intervention. The comprehensive assessment