



# Клинический случай паренхиматозного паротита у ВИЧ-инфицированного ребенка

Н.И. Маковская<sup>1, 2\*</sup>, И.В. Муратов<sup>1, 3</sup>

<sup>1</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

<sup>2</sup>Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А. М. Никифорова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

<sup>3</sup>Детская городская клиническая больница №5 имени Н. Ф. Филатова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

## АННОТАЦИЯ

**Актуальность.** Одним из клинических индикаторов ВИЧ-инфекции у детей является поражение слюнных желез. Околоушные слюнные железы поражаются чаще всего, хотя другие слюнные железы также часто вовлекаются в процесс. Своевременное выявление этих признаков и симптомов стоматологами, челюстно-лицевыми хирургами и педиатрами может помочь в первичной диагностике ВИЧ-инфекции, назначении оптимального курса терапии для замедления прогрессирования ВИЧ-инфекции в СПИД. В данной статье обобщены исследования заболеваний слюнных желез у детей, связанных с ВИЧ, и изложены рекомендации по лечению и ведению пациентов на приведенном клиническом случае ребенка с паренхиматозным паротитом при ВИЧ-инфекции. **Описание клинического случая.** Мальчик 10 лет 10 месяцев поступил в СПБГБУЗ «ДГКБ №5 им. Н. Ф. Филатова» с жалобами на двустороннюю припухлость в области шеи, слабость, повышенную утомляемость. При анализе крови на антитела к ВИЧ 1 и 2 и антиген ВИЧ 1 получен положительный результат формы 50; при иммунофенотипировании крови обнаружено абсолютное количество 145 000 копий/мл СД4 Т-лимфоцитов, 11%. Мать ВИЧ-инфицирована, ВИЧ-инфекция подтверждена анонимно, за консультацией и лечением к врачам не обращалась. После обращения начала антиретровирусная терапия у ребенка и матери. После обследования ребенку установлен диагноз: ВИЧ-инфекция, ст. 4А, прогрессирование без АРТ. Персистирующая генерализованная лимфоаденопатия. Тромбоцитопения. Тяжелый иммунодефицит. ВИЧ-ассоциированный сиаладенит. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось, ребенок активный, уменьшилась припухлость в области шеи. На настоящий момент находится под наблюдение педиатра по месту жительства и инфекциониста в СПБГБУЗ «Центр СПИД и инфекционных заболеваний», принимает АРТ, с хорошей переносимостью. **Заключение.** Медицинские работники должны задумываться относительно вероятности ВИЧ-ассоциированных заболеваний слюнных желез у детей, проводить диагностический поиск для установки этого диагноза или его снятия в случае отрицательных лабораторных тестов. Своевременное назначение антиретровирусной терапии (АРТ), адекватная оценка возможности ее проведения с учетом состояния ребенка, готовность родителей осуществлять и контролировать проведение назначенного лечения является важной частью тактики ведения пациента. Существует необходимость в дальнейшем продолжении ведущейся санитарно-просветительской работы, направленной на формирование базовых знаний о ВИЧ-инфекции, путях заражения, методах профилактики и диагностики, а также о том, что АРТ позволяет добиться контролируемого течения заболевания, увеличивает продолжительность и качество жизни ВИЧ-инфицированного человека.

**Ключевые слова:** ВИЧ-ассоциированные заболевания слюнных желез у детей, ВИЧ-ассоциированный сиаладенит у детей, антиретровирусная терапия

**Для цитирования:** Маковская НИ, Муратов ИВ. Клинический случай паренхиматозного паротита у ВИЧ-инфицированного ребенка. *Пародонтология*. 2025;30(3):343-349. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2025-1136>

**\*Автор, ответственный за связь с редакцией:** Маковская Нина Игоревна, кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии имени А. А. Лимберга Северо-Западного государственного медицинского университета имени И. И. Мечникова, 191015, ул. Кирочная, д. 41, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация. Для переписки: morand830320@mail.ru, +79111837469

**Конфликт интересов:** Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов.

**Благодарности:** Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования. Авторы благодарят коллег СПБГБУЗ «ДГКБ № 5 им. Н.Ф. Филатова», которые участвовали в работе над статьей: заведующую инфекционного боксированного отделения №9 Золотову Марию Александровну, врача-педиатра Ефимову Наталью Павловну, врача МРТ-диагностики Астахова Михаила Георгиевича, врача УЗИ-диагностики Яковлева Кирилла Сергеевича.

# HIV-associated sialadenitis in a child: a clinical case report

N.I. Makovskaya<sup>1,2\*</sup>, I.V. Muratov<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russian Federation

<sup>2</sup>The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine (NRCERM), Saint Petersburg, Russian Federation

<sup>3</sup>N. F. Filatov Children's City Clinical Hospital No. 5, St. Petersburg, Russia, Russian Federation

## ABSTRACT

**Relevance.** Salivary gland involvement is a recognized clinical manifestation of HIV infection in children. The parotid glands are most commonly affected, although other major salivary glands may also be involved. Early recognition of these signs by dentists, oral and maxillofacial surgeons, and pediatricians can facilitate timely diagnosis of HIV infection and the initiation of antiretroviral therapy (ART) to prevent progression to AIDS. This article reviews current data on HIV-associated salivary gland disease in children and provides management recommendations based on a clinical case of HIV-associated sialadenitis. **Clinical case description.** A boy aged 10 years 10 months presented with bilateral neck swelling, weakness, and fatigue at N. F. Filatov Children's City Clinical Hospital No. 5, St. Petersburg, Russia. Serological testing for HIV-1/2 antibodies and HIV-1 antigen (Form 50 report) was positive. Immunophenotyping showed CD4+ T-lymphocytes at 11 and the HIV-1 RNA viral load was 145,000 copies/mL. The child's mother was also HIV-positive; her infection had been anonymously confirmed, but she had not previously sought medical care. Following evaluation, both mother and child were started on ART. The child was diagnosed with HIV infection (stage 4A, prior to ART), persistent generalized lymphadenopathy, thrombocytopenia, severe immunodeficiency, and HIV-associated sialadenitis. Under ART, clinical improvement was observed: the child became active, and the cervical swelling decreased. The patient remains under follow-up with a pediatrician and an infectious-disease specialist at the St. Petersburg Center for AIDS and Infectious Diseases and continues ART with good tolerability. **Conclusion.** Healthcare professionals should consider HIV-associated salivary gland disease in the differential diagnosis of children presenting with persistent or recurrent parotid swelling. Early initiation of ART, careful assessment of readiness for treatment, and parental support for adherence are crucial elements of management. Continued public health education on HIV transmission, prevention, and the role of ART in achieving viral suppression and improving quality and length of life remains essential.

**Keywords:** HIV-associated salivary gland disease in children, HIV-associated sialadenitis in children, antiretroviral therapy (ART)

**For citation:** Makovskaya N.I., Muratov I.V. HIV-associated sialadenitis in a child: a clinical case report. *Parodontologiya*. 2025;30(3):343-349. (In Russ.). <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2025-1136>

**\*Corresponding author:** Nina I. Makovskaya, Department of the Maxillofacial and Oral Surgery, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, 41 Kirochnaya Str., Saint Petersburg, Russian Federation, 191015. For correspondence: morand830320@mail.ru

**Conflict of interests:** The authors declare no conflict of interests

**Acknowledgments:** The authors thank their colleagues at N. F. Filatov Children's City Clinical Hospital No. 5 for their contributions to this work: Maria Alexandrovna Zolotova, the Head of Infectious Isolation Ward No. 9; Natalia Pavlovna Efimova, a pediatrician, Mikhail Georgievich Astakhov, a radiologist (MRI), and Kirill Sergeevich Yakovlev, an ultrasound specialist.

## ВВЕДЕНИЕ

Одним из клинических индикаторов ВИЧ-инфекции как у взрослых [1], так и у детей [2, 3] является поражение слюнных желез. Своевременное выявление этих признаков и симптомов стоматологами, челюстно-лицевыми хирургами и педиатрами может помочь в первичной диагностике ВИЧ-инфекции, назначении оптимального курса терапии для замедления прогрессирования ВИЧ-инфекции в СПИД.

Термин «ВИЧ-ассоциированное заболевание слюнных желез» впервые был использован Schiødt для описания отека больших слюнных желез с жалобами на сухость во рту у пациентов с ВИЧ. ВИЧ-ассоциированные заболевания слюнных желез про-

являются отеком слюнных желез, затрагивающим одну сторону и бывают билатеральными, с ксеростомией или без нее, могут сопровождаться болевым синдромом, а в запущенных случаях иметь и деформации в области шеи [3, 4]. Все эти симптомы приносят пациентам с ВИЧ-инфекцией страдания и требуют коррекции, что также ведет и к улучшению психологического статуса больного ребенка. В контексте ВИЧ отек может быть обусловлен широким спектром патологических состояний, включая реактивные или воспалительные заболевания, острые и хронические инфекции и новообразования.

Лимфоэпителиальные кисты слюнных желез у детей с ВИЧ могут возникать в процессе лечения, не обязательно в начале, хотя они могут разрешаться

спонтанно [5]. Такие кисты образуются в результате выделения серозного секрета ацинарными и протоковыми клетками эпителиальных островков в процессе их разрушения, также играет роль повышенная секреция, опосредованная антителами на начальных стадиях.

Околоушные железы поражаются чаще всего, хотя другие слюнные железы также часто вовлекаются в процесс. У ВИЧ-инфицированных детей часто наблюдается двустороннее увеличение околоушных желез, и преобладает синдромное состояние с классическими клиническими и цитологическими признаками лимфоидной гиперплазии. Заболевания слюнных желез и соответствующие количественные изменения слюны влияют на гомеостаз полости рта и обуславливают значительную заболеваемость при прогрессировании ВИЧ-инфекции.

Рентгенологические признаки неспецифичны при ВИЧ-ассоциированных заболеваниях слюнных желез. При УЗИ выявляются множественные гипоаттенуирующие/анэхогенные области без заднего акустического усиления и анэхогенные кисты. При КТ/МРТ выявляется двустороннее увеличение слюнных желез с внутрижелезистыми кистозными и солидными образованиями и увеличение размера и количества шейных лимфатических узлов. Увеличение околоушных желез, как правило, является частым проявлением у ВИЧ-инфицированных пациентов и должно насторожить медицинских работников относительно вероятности ВИЧ-инфекции и вести к дальнейшему диагностическому поиску для установки этого диагноза или его снятия в случае отрицательных лабораторных тестов.

Своевременное назначение антиретровирусной терапии (АРТ) и адекватная оценка возможности ее проведения с учетом состояния ребенка и готовности родителей осуществлять и контролировать проведение назначенного лечения является важной частью. АРТ приводит к выраженному клиническому улучшению во всех случаях и статистически значимому улучшению сывороточных индексов количества CD4, CD4% и вирусной нагрузки [6, 7].

Мониторинг состояния полости рта и состояния слюнных желез может способствовать улучшению наблюдения за клиническим статусом ВИЧ, контролю эффективности антиретровирусной терапии и улучшению качества жизни, связанного со здоровьем полости рта, в группе детей и подростков, живущих с ВИЧ-инфекцией [6-8].

## ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Мальчик 10 лет 10 месяцев поступил в СПбГБУЗ «ДГКБ № 5 им. Н. Ф. Филатова» с жалобами на двустороннюю припухлость в области шеи, слабость, повышенную утомляемость, которые беспокоят его около двух лет, в разной степени интенсивности. Из анамнеза известно, что мальчик вместе с мамой обрати-

лись с такими жалобами к педиатру. При анализе крови на антитела к ВИЧ-1 и 2 и антиген ВИЧ-1 получен положительный результат формы 50; при иммунофенотипировании крови обнаружено абсолютное количество 145 000 копий/мл СД4 Т-лимфоцитов, 11%. Данная госпитализация осуществлена по направлению СПбГБУЗ «Центр СПИД и инфекционных заболеваний» для обследования и старта антиретровирусной терапии. Диагноз при поступлении: В23.0. ВИЧ-инфекция, стадия неуточненная.

*Анамнез жизни:* ребенок от первой беременности, патологическое течение беременности с угрозой ее прерывания. Роды срочные, самостоятельные. Период новорожденности без особенностей. Мальчик находился на грудном вскармливании до 10 месяцев. Прививки получал по календарю. Пробы Манту без Виража. Частые ОРВИ с 2,5 до 5 лет.

*Эпидемиологический анамнез.* Отец ВИЧ-инфицирован, состоит на учете в СПбГБУЗ «Центр СПИД и инфекционных заболеваний» с 2014 года; лечение не получал, так как относился к нему скептически. После получения информации о том, что сын ВИЧ-инфицирован, поступил в стационар с эпизодом суицида в алкогольном отравлении 28.04.2025. 30.04.2025 обратился в СПбГБУЗ «Центр СПИД и инфекционных заболеваний» для подбора АРТ (вирусная нагрузка 7 млн, 1% СД 4); АРТ начал. Мать ВИЧ-инфицирована, ВИЧ-инфекция подтверждена анонимно, за врачебной помощью не обращалась. Рожала специально в другой стране, не сообщая свой статус о ВИЧ-инфекции. Мать обратилась в СПбГБУЗ «Центр СПИД и инфекционных заболеваний» после верификации ВИЧ-инфекции у сына и разъяснительной работы о возможностях антиретровирусной терапии (вирусная нагрузка 1 млн, СД4 13%), АРТ начата 05.05.2025. На настоящий момент родители мальчика высказывают высокий уровень приверженности к АРТ для себя и для сына, планируют четко контролировать прием назначенной терапии.

При обследовании в стационаре у мальчика наблюдается асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей околоушных и подчелюстных областей, больше слева (рис. 1).

Кожа в цвете не изменена. Пальпируются увеличенная бугристая безболезненная при пальпации околоушная железа плотноэластической консистенции слева и справа. Левая и правая подчелюстная железа – увеличенная, бугристая, плотноэластической консистенции, безболезненная при пальпации. Флюктуации нет. Открывание рта производится в полном объеме. Слизистая оболочка полости рта чистая, влажная, без патологических изменений. Слизистая оболочка в области устьев околоушных желез обычного цвета; выделяется чистая, прозрачная слюна в обычном количестве. Устья подчелюстных и подъязычных желез незначительно гиперемированы. Оценить интенсивность слюноотделения затруднительно.

При ультразвуковом исследовании околоушных и подчелюстных желез определяется четкий ровный контур, мелкозернистая структура. В слюнных железах лоцируются множественные мелкие разнокалиберные резко гипо-/анэхогенные округлые полости с тонким двойным контуром, внутрипросветными гиперэхогенными включениями, без дистального псевдоусиления сигнала, что соответствует признакам паренхиматозного сиаладенита с выраженным вторичными кистозными изменениями (рис. 2).

При цветном доплеровском картировании визуализируется яркое полнокровие собственно участков ткани слюнных желез (рис. 3).

При МРТ сканирования выявлена кистозная трансформация протоков околоушных и поднижнечелюстных желез, размерами кист от 2 до 11 мм. Данных за неоплатические изменения тканей слюнных желез не выявлено.

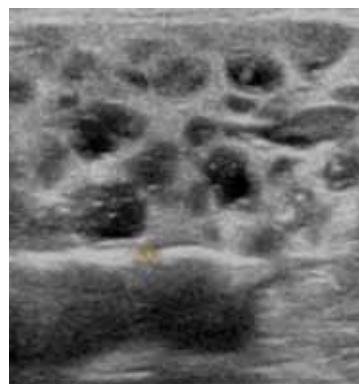
У мальчика выявлена полимфоаденопатия: пальпируются увеличенные мягкоэластичные, не спаянные с кожей подмыщечные, надключичные, паховые, передне- и заднешейные лимфатические узлы. При ультразвуковом исследовании шеи с двух сторон визуализируются множественные лимфоузлы длиной до 24 мм, диаметром до 14 мм. С ровным и четким контуром, овощной формы, без деструктивных изменений. При компьютерной томографии данных за увеличение внутрибрюшных лимфатических узлов и лимфатических узлов средостения не выявлено. Диагностированы КТ-признаки увеличения внутрилегочных лимфатических узлов в виде очаговых уплотнений.

При поступлении диагностированы выраженная тромбоцитопения  $134 \times 10^9/\text{л}$  (по Фонио 33%), лейкоцитоз до 52%, ускоренная СОЭ до 17 мм/ч, СД4 – 14% (283 кл/мкл), СД8 – 56% (1150 кл/мкл), соотношение СД4/СД8 – 0,25.



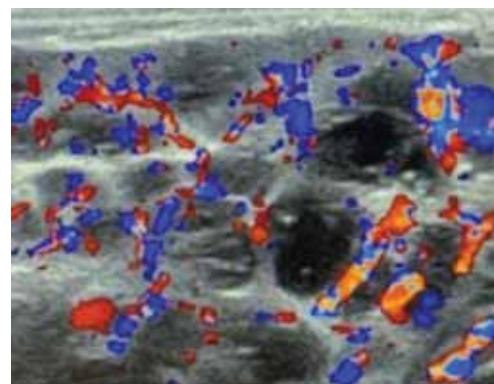
**Рис. 1.** В области шеи визуализируется двусторонняя припухлость (источник: составлено авторами)

**Fig. 1.** Bilateral cervical swelling is evident (sources: compiled by the author)



**Рис. 2.** УЗИ правой околоушной железы с множественными разнокалиберными резко гипо-/анэхогенными округлыми полостями (источник: составлено авторами)

**Fig. 2.** Ultrasound of the right parotid gland showing multiple, variably sized, markedly hypo-/anechoic rounded cystic spaces (sources: compiled by the author)



**Рис. 3.** При цветном доплеровском картировании визуализируется яркое полнокровие собственно участков ткани подчелюстной железы слева (источник: составлено авторами)

**Fig. 3.** Color Doppler imaging demonstrates pronounced hyperemia within the parenchyma of the left submandibular gland (sources: compiled by the author)

С целью определения оппортунистических инфекций проведены лабораторные иммунологические, бактериологические, молекулярно-генетические тесты. При обследовании методом полимеразной цепной реакции на выявление геномов вирусов простого герпеса 1, 2 типов, вируса герпеса человека 6 типа, цитомегаловируса, вируса Эпштейна-Барра получены отрицательные пробы. При проведенном анализе крови методом ИФА антител класса M (Ig M) и G (Ig G) к Cytomegalovirus, антител класса M (Ig M) и G (Ig G) к Toxoplasma Gondii, антител класса G (Ig G) к ядерному антигену Epstein-Barr virus (NA), антител класса M(Ig M) к капсидному антигену Epstein-Barr virus (VCA) не выявлено. При определении методом ИФА антител класса G (Ig G) к капсидному антигену Эпштейна-Барра результат положительный. При бактериологическом исследовании из носоглотки и ротоглотки выявлен *Staphylococcus aureus* ++, чувствительный к цефокситину и клиндамицину. Диаскин-тест отрицательный. Консультирован фтизиатром, на данный момент убедительных данных за туберкулез не получено (исследование мокроты, мочи, кала на МБТ: микроскопия, ПЦР на ДНК МБТ, посевы на жидкие и плотные среды отрицательны).

Ребенку установлен диагноз: ВИЧ-инфекция, ст. 4А, прогрессирование без АРТ. Персистирующая генерализованная лимфоаденопатия. Тромбоцитопения. Тяжелый иммунодефицит. ВИЧ-ассоциированный сиаладенит. Назначена АРТ в виде биктарви 1 таблетка 1 раз в день и превентивная противотуберкулезная терапия в виде изониазида 0,3 однократно в течении 6 месяцев (180 доз) на фоне гепатопроекторов и витамина В6 под контролем клинического анализа крови, АЛТ, АС, общего билирубина. Также ребенок с первого дня поступления в стационар получал перорально бисептол 480 мг однократно, три дня в неделю.

На фоне проводимой терапии припухлость в области шеи уменьшилась, при пальпации слюнные железы меньшей плотности, самочувствие ребенка улучшилось.

Отмечен рост уровня тромбоцитопения от 134 x 10<sup>9</sup>/л (по Фонио 33%) при госпитализации до 156 x 10<sup>9</sup>/л при выписке. Также отмечается снижение уровня СОЭ от 17 при госпитализации до 15 мм/ч при выписке.

Нами зафиксировано, что переносимость и усвоемость АРТ хорошая, проглатывание ребенком таблеток не затруднено. Возможно продолжение АРТ в домашних условиях. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось, ребенок активный, уменьшилось увеличение в области шеи. Мальчик выпивается в удовлетворительном состоянии со следующими рекомендациями: наблюдение педиатра по месту жительства и инфекциониста в Центре СПИДа, биктарви 1 таблетка 1 раз в день, изониазид 300 1 таблетка 1 раз в день, явка в Центр СПИД через 1 неделю после выписки из стационара для осмотра и клинико-лабораторного обследования. Получено информированное согласие от участников исследования на публикацию.

Данный клинический случай освещает вопрос ВИЧ-ассоциированных заболеваний слюнных желез у детей как маркер ВИЧ-инфекции для педиатров, челюстно-лицевых хирургов и стоматологов, требующий как минимум начать диагностический поиск и провести дифференциальную диагностику. В методах диагностики и лечения ВИЧ-ассоциированных заболеваний слюнных желез необходимо следовать клиническим рекомендациям «ВИЧ-инфекция у детей» и «Сиаладенит у пациентов детского возраста». Каждому врачу необходимо проводить тщательный опрос (выяснение жалоб со стороны ребенка и его родителей, анамнеза заболевания, перенесенных ранее болезней и эпидемиологического анамнеза), внешний осмотр ребенка, осмотр полости рта, пальпации слюнных желез. В настоящее время наиболее информативным методом исследования слюнных желез считается УЗИ, позволяющее установить диагноз и стадию заболевания, осуществить контроль на всех этапах лечения. УЗИ слюнных желез является доступным и безвредным методом диагностики, что позволяет использовать его у детей [9]. К тому же он не вызывает у ребенка негативного отношения к исследованию. МРТ является методом выбора для дифференциальной диагностики сиаладенита и внутрижелезистыми опухолями слюнных желез с кистозным компонентом.

Своевременное назначение антиретровирусной терапии (АРТ), адекватная оценка возможности ее проведения с учетом состояния ребенка, готовность родителей осуществлять и контролировать проведение назначенного лечения является важной частью тактики ведения детей с ВИЧ-ассоциированными заболеваниями слюнных желез [10]. Также напомним о необходимости превентивной терапии туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Хоть и основной темой данной статьи являются ВИЧ-ассоциированные заболевания слюнных желез, не можем обойти вопрос о поведенческих особенностях семьи ребенка. Описанный клинический случай не типичен. Семья благополучная, однако мать ребенка, зная о своем инфицировании, не посещала диспансерные приемы, не обращалась за лечением, специально рожала в другой стране. Понимание необходимости наблюдения в Центре СПИДа и проведения АРТ было осознано родителями только при диагностике ВИЧ-инфекции у сына, когда возникла острая необходимость ее проведения. Отрицание, которое является естественной психологической реакцией на сообщение диагноза серьезного заболевания и обычно заканчивается его принятием, у членов этой семьи растянулось на многие годы и могло способствовать инфицированию ребенка и прогрессированию заболевания (роды через естественные родовые пути, грудное вскармливание являются факторами риска инфицирования от матери к ребенку, поздняя диагностика ВИЧ-инфекции, отсроченное начало АРТ).

Право женщины на рождение ребенка закреплено законодательно, но наличие ВИЧ-инфекции предполагает обязательства по отношению к ребенку, начиная от рачительного отношения к собственному здоровью, обращение в региональный центр СПИДа, соблюдение рекомендаций, прием АРТ, а также откровенный рассказ о своем статусе с ВИЧ-инфекцией врачу-педиатру, наблюдающему ребенка в поликлинике по месту жительства.

Работа, грамотно проведенная специалистами СПбГБУЗ «Центр СПИД и инфекционных заболеваний» и врачами СПбГБУЗ «ДГКБ № 5 им. Н. Ф. Филатова», привела к тому, что семья в полном составе начала соблюдать рекомендации и решительно настроена на осуществление и контроль приема АРТ сына.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Из данного клинического случая вытекает ряд выводов. Во-первых, заболевания слюнных желез у детей, в частности сиаладениты, могут иметь причиной ВИЧ-инфекцию и быть довольно частым проявлением у ВИЧ-инфицированных пациентов. Этот факт должен насторожить медицинских работников относительно вероятности ВИЧ-ассоциированных заболеваний слюнных желез и вести к дальнейшему диагностическому поиску для установки этого диагноза или его снятия в случае отрицательных лабораторных тестов. Своевременное назначение АРТ, адекватная оценка возможности ее проведения с учетом состояния ребенка, готовность родителей осуществлять и контролировать проведение назначенного лечения является важной частью тактики ведения пациента. Также напомним о необходимости превентивной терапии туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Во-вторых, надо продолжать са-

нитарно-просветительскую работу, направленную на формирование базовых знаний о ВИЧ-инфекции, путях заражения, методах профилактики и диагностики, а также о том, что антиретровирусная терапия позволяет добиться контролируемого течения заболевания, увеличивает продолжительность и качество жизни ВИЧ-инфицированного человека. В-третьих, стоит продолжать использовать многоканальность воздействия санитарно-просветительской информа-

ции, активно применяя не только outdoor- и indoor-носители, но и интернет-маркетинг в многообразии его проявлений. В-третьих, надо продолжать наращивать у медицинских специалистов, вне зависимости от профиля, навыки по просветительской работе в области ВИЧ-инфекции, так как первичная диагностика ВИЧ-инфекции может быть выполнена врачами различных специализаций, как в данном клиническом примере врачом-педиатром.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Sharma G, Nagpal A. Salivary gland disease in human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome: A review. *World J Dermatol.* 2015;4(1):57-62.  
<http://dx.doi.org/10.5314/wjd.v4.i1.57>
2. Wang Y, Ramos-Gomez F, Kemoli AM, John-Stewart G, Wamalwa D, Benki-Nugent S, et al. Oral Diseases and Oral Health-Related Quality of Life among Kenyan Children and Adolescents with HIV. *JDR Clin Trans Res.* 2023;8(2):168-177.  
<https://doi.org/10.1177/23800844221087951>
3. Kolude BM, Oladokun RE. Parotid Gland Enlargement in Pediatric HIV Population. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry.* 2014. 38(2):161-166.  
<https://doi.org/10.17796/jcpd.38.2.m528x5643umh5616>
4. Miziara ID, Filho BC, Weber R. Oral lesions in Brazilian HIV-infected children undergoing HAART. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2006;70(6):1089-96.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2005.11.010>
5. Saha D, Tapadia R, Lobo FD, Dhavalpure N, Swamy M, Murali N. Lymphoepithelial Sialadenitis Involving HIV-Infected and Sjogren Syndrome Patients: A Cytologic Study. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019;71(2):176-181.  
<https://doi.org/10.1007/s12070-017-1066-9>
6. Кравченко АВ, Малеев ВВ. Современная антиретровирусная терапия. *Терапевтический архив.* 2023;95(12):1044-1051.  
<https://doi.org/10.26442/00403660.2023.12.202499>
7. Кравченко АВ, Юрин ОГ, Беляева ВВ, Покровский ВВ. Лечение инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека в Российской Федерации. *Терапевтический архив.* 2009;81(4):64-68. Режим доступа:  
<https://ter-arkhiv.ru/0040-3660/article/view/30328>
8. Покровский ВВ. Инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека, в России. *Терапевтический архив.* 2016;88(11):4-11.  
<https://doi.org/10.17116/terarkh201688114-11>
9. Клиновская АС, Смысленова МВ, Гургенадзе АП, Абраамян КД, Воложин ГА. Хронический неспецифический паренхиматозный паротит. Клинический случай. *Стоматология детского возраста и профилактика.* 2019;19(4):77-80.  
<https://doi.org/10.33925/1683-3031-2019-19-4-77-80>
10. Саркисян НГ, Гайсина ЕФ, Катаева НН, Саноцкая ЕС, Меликян АГ, Осипова ИМ. ВИЧ-ассоциированные заболевания полости рта у детей. *Врач.* 2024;(8):5-8.  
<https://doi.org/10.29296/25877305-2024-08-01>

## REFERENCES

1. Sharma G, Nagpal A. Salivary gland disease in human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome: A review. *World J Dermatol.* 2015;4(1):57-62.  
<http://dx.doi.org/10.5314/wjd.v4.i1.57>
2. Wang Y, Ramos-Gomez F, Kemoli AM, John-Stewart G, Wamalwa D, Benki-Nugent S, et al. Oral Diseases and Oral Health-Related Quality of Life among Kenyan Children and Adolescents with HIV. *JDR Clin Trans Res.* 2023;8(2):168-177.  
<https://doi.org/10.1177/23800844221087951>
3. Kolude BM, Oladokun RE. Parotid Gland Enlargement in Pediatric HIV Population. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry.* 2014;38(2):161-166.  
<https://doi.org/10.17796/jcpd.38.2.m528x5643umh5616>
4. Miziara ID, Filho BC, Weber R. Oral lesions in Brazilian HIV-infected children undergoing HAART. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2006;70(6):1089-96.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2005.11.010>
5. Saha D, Tapadia R, Lobo FD, Dhavalpure N, Swamy M, Murali N. Lymphoepithelial Sialadenitis Involving HIV-Infected and Sjogren Syndrome Patients: A Cytologic Study. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019;71(2):176-181.  
<https://doi.org/10.1007/s12070-017-1066-9>
6. Kravchenko A.V., Maleyev V.V. Current antiretroviral therapy: A review. *Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.).* 2023;95(12):1044-1051.  
<https://doi.org/10.26442/00403660.2023.12.202499>
7. Kravchenko A.V., Yurin O.G., Belyaeva V.V., Pokrovskiy V.V. Treatment of HIV infection in the Russian Federation. *Terapevticheskii arkhiv.* 2009;81(4):64-68 (In Russ.). Available from:  
<https://ter-arkhiv.ru/0040-3660/article/view/30328>
8. Pokrovsky V.V. Acquired immunodeficiency syndrome in Russia. *Terapevticheskii arkhiv.* 2016;88(11):4-11 (In Russ.).  
<https://doi.org/10.17116/terarkh201688114-11>

9. Klinovskaya A.S., Smyslenova M.V., Gurgenadze A.P., Abrahamyan K.D., Volozhin G.A. Chronic parenchymatous parotitis. A case report. Pediatric dentistry and dental prophylaxis. 2019;19(4):77-80 (In Russ.).  
<https://doi.org/10.33925/1683-3031-2019-19-4-77-80>

10. Sarkisyan N.G., Gaisina E.F., Kataeva N.N., Sanotskaya E.S., Melikyan A.G., Osipova ЮM. HIV-associated oral diseases in children. *Vrach.* 2024;(8):5-8 (In Russ.).  
<https://doi.org/10.29296/25877305-2024-08-01>

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

### Автор, ответственный за связь с редакцией

**Маковская Нина Игоревна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии имени А. А. Лимберга Северо-Западного государственного медицинского университета имени И. И. Мечникова, челюстно-лицевой хирург Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины имени А. М. Никифорова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Для переписки: [morand830320@mail.ru](mailto:morand830320@mail.ru)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5028-4609>

**Муратов Игорь Васильевич**, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии имени А. А. Лимберга Северо-Западного государственного медицинского университета имени И. И. Мечникова, врач челюстно-лицевой хирург Детской городской клинической больницы №5 имени Н. Ф. Филатова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Для переписки: [Igor.Muratov@szgmu.ru](mailto:Igor.Muratov@szgmu.ru)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-4631-9811>

## INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

### Corresponding author:

**Nina I. Makovskaya**, DDS, PhD, Associate Professor, Department of the Maxillofacial and Oral Surgery, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, Maxillofacial Surgeon, The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine (NRCERM), Saint Petersburg, Russian Federation.

For correspondence: [morand830320@mail.ru](mailto:morand830320@mail.ru)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5028-4609>

**Igor V. Muratov**, DDS, PhD, Assistant Professor, Department of the Maxillofacial and Oral Surgery, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, Maxillofacial Surgeon, N. F. Filatov Children's City Clinical Hospital No. 5, St. Petersburg, Russia, Saint Petersburg, Russian Federation

For correspondence: [Igor.Muratov@szgmu.ru](mailto:Igor.Muratov@szgmu.ru)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-4631-9811>

**Поступила / Article received 15.08.2025**

**Поступила после рецензирования / Revised 11.09.2025**

**Принята к публикации / Accepted 24.09.2025**

**Вклад авторов в работу.** Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE, а также согласны принять на себя ответственность за все аспекты работы: Маковская Н. И. – разработка концепции, написание рукописи; Муратов И. В. Визуализация результатов, проведение исследования.

**Authors' contribution.** All authors confirm that their contributions comply with the international ICMJE criteria and agree to take responsibility for all aspects of the work. N. I. Makovskaya – conceptualization, writing; I. V. Muratov – visualisation, investigation.