

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТУПЕНЧАТОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ СИАЛОАДЕНИТОВ
С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦЕФТРИАКСОНА И КЛАРИТРОМИЦИНА У ДЕТЕЙ**

С.Б. Мохначева, Е.Е. Халюта, Л.П. Терещенко, М.И. Нурияхметов

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России,

г. Ижевск, Россия

Резюме. Рост заболеваемости воспалительными процессами в слюнных железах определяет необходимость поиска новых экономически выгодных методов лечения, одним из которых является ступенчатая антибактериальная терапия. Целью исследования являлось оценить эффективность ступенчатой антибактериальной терапии с применением Цефтриаксона и Кларитромицина при лечении воспалительных заболеваний слюнных желез у детей в условиях отделения детской челюстно-лицевой хирургии. Для оценки динамики воспалительного процесса сравнивались общеклинические показатели крови, температура тела, тяжесть общего состояния, местная клиническая картина, рассмотрены особенности воспалительного процесса у больных с острым сиалоаденитом, обострении хронического сиалоаденита и калькулезного сиалоаденита. Анализ результатов исследования показал, что применение ступенчатой антибактериальной терапии с Цефтриаксоном и Кларитромицином в комплексе лечебных мероприятий у больных с воспалительными заболеваниями слюнных желез приводит к выздоровлению, не изменяя сроков госпитализации, но необходимо учитывать индивидуальные особенности воспалительной реакции у ребенка.

Ключевые слова: ступенчатая антибактериальная терапия, сиалоаденит, цефтриаксон, кларитромицин, детская челюстно-лицевая хирургия.

**EXPERIENCE OF APPLICATION OF A STAGE ANTIBACTERIAL THERAPY IN COMPLEX
TREATMENT OF CHRONIC SIALOADENITES WITH THE USE OF CEFTRIAXONE AND
CLARITHROMYCIN IN CHILDREN**

S.B. Mokhnacheva, E.E. Khalyuta, L.P. Tereshchenko, M.I. Nuryakhmetov

Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery

FSFEI HE Izhevsk State Medical Academy of the Ministry of Health, Izhevsk, Russia

Summary. The increased incidence of inflammation in the salivary glands determines the need to find new cost-effective therapies, one of which is a step-down antibiotic therapy. The aim of the study was to evaluate the effectiveness of the step-down antibacterial therapy with the use of "Ceftriaxone" and "Clarithromycin" in the treatment of inflammatory diseases of the salivary glands in children in terms of pediatric oral and maxillofacial surgery to assess the dynamics of the inflammatory process compared general clinical blood parameters, body temperature, severity of general condition, local clinical picture, the features of inflammation in patients with acute sialoadenitis, exacerbation of chronic calculous sialoadenitis and sialoadenitis. Analysis of the results of the study showed that the use of antibiotic therapy to speed "Ceftriaxone" and "Clarithromycin" in the complex therapeutic measures in patients with inflammatory diseases of the salivary glands leads to recovery without changing the length of hospitalization, but must consider the individual characteristics of the inflammatory response in the child.

Key words: step-down antibiotic therapy, sialadenitis, Ceftriaxone, Clarithromycin, children's maxilla-facial surgery.

Введение

За последние 20 лет по многочисленным клиническим наблюдениям отмечается рост заболеваемости сиалоаденитами, в том числе и у детей. Хронический паренхиматозный паротит является наиболее частым заболеванием слюнных желез у детей и составляет до 87,6% [1]. До настоящего времени полностью не разрешены вопросы этиологии и патогенеза воспалительных

процессов в слюнных железах у детей, имеются трудности в проведении ранней диагностики и определении предрасполагающих факторов развития воспаления в слюнной железе у ребенка, что затрудняет проведение профилактических мероприятий.

Развитие воспалительных заболеваний слюнных желез у детей происходит в основном из-за задержки эвакуации секрета, застойных явлений

и присоединения соматогенной или вирусной инфекции [2]. Существует предположение, что провоцирует начало заболевания воспаление лимфоузлов, пенетрированных в дольки железы [3].

При гнойно-воспалительных процессах в слюнных железах в стадию реконвалесцента, из-за наличия обсеменения микрофлорой секретирующего эпителия и застоя инфицированной слюны в расширенных протоках, требуется пролонгирование приема антибактериальных препаратов до 7-10 дней. Таким образом, при продолжительности антибиотикотерапии терапии более 7-10 дней возникает необходимость в реабилитации данной группы пациентов амбулаторно [4].

Современным и перспективным подходом, позволяющим оптимизировать использование антибиотиков, уменьшить стоимости лечения, сократить сроки пребывания в стационаре при лечении гнойно-воспалительных процессов в слюнных железах, снизить риск нозокомиальной инфекции и улучшить психологическую и социальную адаптации больного ребенка является ступенчатая антибактериальная терапия. По данным ряда авторов [4, 5], до 75% пациентов, госпитализированных в отделение челюстно-лицевой хирургии с гнойно-воспалительными процессами в слюнных железах, могли бы получать ступенчатую антибактериальную терапию.

Целью исследования являлось оценить эффективность ступенчатой антибактериальной терапии с применением Цефтриаксона и Кларитромицина при лечении воспалительных заболеваний слюнных желез у детей в условиях отделения детской челюстно-лицевой хирургии БУЗ «РДКБ МЗ УР» в период с 2012 по 2016 годы.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное описательное фармако-эпидемиологическое исследование по выборке из 151 истории болезни детей, госпитализированных в отделение детской челюстно-лицевой хирургии БУЗ «РДКБ МЗ УР» в период с 2012 по 2016 годы с воспалительными заболеваниями слюнных желез, которым проводилось комплексное лечение, включающее – ежедневное бужирование потока и инстилляцию вводного потока 0,05% хлоргексидином, 1,0 гр. кристаллического химотрипсина, растворенного в 1 мл физиологического раствора, назначение ступенчатой антибактериальной, противовоспалительной терапии, фермент терапии, дезинтоксикационной терапии. Проведение ступенчатой антибактериальной терапии производилась по стандартной схеме: назначался антибиотик широкого спектра действия – цефалоспорин третьего поколения

Цефтриаксон в дозе 20 мг/кг веса 1 раз в сутки внутримышечно в течении 3 дней. При положительной динамике, под контролем общего анализа крови, на 4 день препарат менялся на антибактериальный препарат группы макролидов Кларитромицин, который применяли *per os* в виде суспензии в дозе 15 мг на 1 кг массы тела в сутки, разделенной на два приема. Длительность лечения до 7-10 дней, что соответствовало полному стиханию воспалительных явлений.

Для оценки эффективности комплексного лечения с применением ступенчатой антибактериальной терапии использовали следующие параметры: положительную динамику местного воспалительного процесса – уменьшение боли, отека и инфильтрации, экссудации из протока, динамику общего состояния организма по объективным данным – количеству лейкоцитов в крови, лейкоцитарной формуле, изменению скорости оседания эритроцитов.

Работа была одобрена комитетом по этике при ГБОУ ВПО ИГМА МЗ РФ.

Результаты и их обсуждение

В период лет с 2012 по 2016 годы в отделение детской челюстно-лицевой хирургии с воспалительными заболеваниями слюнных желез был госпитализирован 151 больной, из них 121 ребенок (80%), был госпитализирован с диагнозом острый сиалоаденит, 26 детей (17%) – с диагнозом обострение хронического сиалоаденита, и 3% – с калькулезным сиалоаденитом.

У больных с острым сиалоаденитом в 98% случаев поражались околоушные слюнные железы, и только в 2% был выставлен диагноз острый сиалоаденит подчелюстных слюнных желез, без достоверных признаков наличия конкремента. У больных с обострением хронического сиалоаденита поражались в основном околоушные слюнные железы. У 2 детей наличие конкремента при хроническом калькулезном сиалоадените было выявлено в околоушной слюнной железе, и у 2 детей – в поднижнечелюстной слюнной железе.

Максимальное количество больных с воспалительными заболеваниями слюнных желез регистрировалось в возрасте 1-10 лет, так больные с воспалительными заболеваниями слюнных желез в возрасте от 1 года до 3 лет составили 25%, больные с воспалительными заболеваниями слюнных желез в возрасте от 4 лет до 7 лет составили 39%. После 10 лет у детей отмечалось снижение количества заболевших. Наименьшее количество больных наблюдалось в возрастных группах 12 и 14 лет, по 2%.

Несовпадение диагнозов направившего лечебного учреждения с диагнозом при госпитализации было в 54% случаев: 39 детей было направлены на госпитализацию без диагноза (26%), с диагнозом лимфаденит было 34 ребенка (22%), отит – 3 ребенка (2%), остеомиелит – 2 ребенка (1,3%), абсцесс околоушно-жевательной области – 2 ребенка (1,3%), диагноз артрит был поставлен 1 ребенку (0,6%).

В группе детей, госпитализированных по поводу острого сialoadенита, общее состояние изменялось у 47% больных, повышение температуры в пределах субфебрильной было у 25 детей (20,6%), у 32 человек температура была фебрильной. При поступлении в отделении челюстно-лицевой хирургии у данной группы больных было выявлено, что слюнная железа была увеличена с одной стороны, плотная, болезненная. Отсутствие слюны было в 61% случаев, слюна с хлопьями или гноем была у 30% больных детей, прозрачная и без изменений была у 9% больных. Показатели крови изменялись у 74% детей и характеризовались лейкоцитозом, появлением палочкоядерных нейтрофилов у 36% больных, что свидетельствовало о наличии интоксикации. Скорость оседания эритроцитов у 75% было в пределах 15 мм в час, у 22% – в пределах 30 мм в час и у 3% СОЭ увеличивалось выше 30 мм в час.

Применение комплексного лечения со ступенчатой антибактериальной терапией препаратами Цефтриаксон и Кларитромицин в течение 8,4±2,8 (p < 0,05) койко-дней при остром сialoadените приводило к выздоровлению ребенка и к моменту выписки количество лейкоцитов у пациента снижалось до нормы – 6,4±0,7 на 10⁹ (p < 0,05), СОЭ уменьшилось до 15±2,1 (p < 0,05) мм в час.

В группе детей, госпитализированных по поводу обострения хронического сialoadенита, общее состояние страдало у 46% больных, повышение температуры в пределах субфебрильной было у 5 детей (19%), у 7 детей (27%) температура была фебрильной. При поступлении в отделение челюстно-лицевой хирургии у данной группы больных было выявлено, что слюнная железа была увеличена с одной стороны, плотная, болезненная. Отсутствие слюны было у 46% больных, слюна с хлопьями была у 34% больных, с гноем у 12%, прозрачная и без изменений – у 2 детей (8%). Показатели крови изменялись у 69% детей и характеризовались лейкоцитозом, появлением палочкоядерных нейтрофилов у 58% больных, что свидетельствовало о наличии интоксикации. Скорость оседания эритроцитов у

77% было в пределах 15 мм в час, у 23% – в пределах 30 мм в час.

При выполнении комплексного лечения детям с обострением хронического сialoadенита выздоровление наступало на 12,4±2,8 (p < 0,05) койко-день, и на момент выписки количество лейкоцитов у них снижалось до нормы – 8,4±0,7 на 10⁹ (p < 0,05), СОЭ уменьшилось до 15±2,1 (p < 0,05) мм в час.

В группе детей с обострением калькулезного сialoadенита, госпитализированных по поводу обострения хронического сialoadенита, общее состояние страдало у 3 детей, у которых наблюдалось повышение температуры в пределах субфебрильной. При поступлении в отделение челюстно-лицевой хирургии у данной группы больных было выявлено, что слюнная железа была увеличена с одной стороны, плотная, болезненная, слюна гнойная. Показатели крови изменялись у 50% детей и характеризовались лейкоцитозом, повышения палочкоядерных нейтрофилов не было. Скорость оседания эритроцитов было в пределах 15 мм в час.

При выполнении комплексного лечения детям с данным заболеванием улучшение наступало к 5±1,2 дню (p < 0,05). При проведении УЗИ-диагностики в подострый период были обнаружены игольчатые конкременты в протоках или в паренхиме железы. К моменту выписки на 7±2,1 день количество лейкоцитов снижалось до – 7,4±0,7 на 10⁹ (p < 0,05), СОЭ оставалось в пределах 15±0,7 (p < 0,05) мм в час. Данным пациентам было рекомендовано продолжить прием препарата «Кларитромицин» и проведение инстилляций выводных протоков в амбулаторных условиях, а в целях сохранения органа было рекомендовано проведение сialолитотрипсии.

Выводы

Таким образом, из общего числа пациентов, госпитализированных с заболеваниями слюнных желез в отделение детской челюстно-лицевой хирургии БУЗ «РДКБ МЗ УР» в период с 2012 по 2016 годы, больше всего было зарегистрировано детей с острым сialoadенитом – 80% случаев. Максимальное количество детей с заболеваниями слюнных желез отмечается в возрасте до 10 лет, после 10 лет отмечается снижение количества заболевших.

Сравнительная оценка характера отделяемого из протока при различных воспалительных процессах в слюнных железах показала, что слюна чаще всего отсутствует при остром и обострении хронического сialoadенита (61% и 46% соответственно); слюна с хлопьями наиболее часто

наблюдается при обострении хронического сиалоаденита (35%); гнойное отделяемое более характерно для калькулезного сиалоаденита (75%). Изменения гемограммы происходит при всех формах воспалительных заболеваний слюнных желез, но признаки интоксикации организма, о чем свидетельствует появление палочкоядерных нейтрофилов, бывает при остром сиалоадените и обострении хронического сиалоаденита.

Анализ результатов исследования показал, что применение ступенчатой антибактериальной терапии препаратами Цефтриаксон и Кларитромицин в комплексе лечебных мероприятий у больных с острым сиалоаденитом приводит к выздоровлению, не изменяя сроков госпитализации в течение $8,4 \pm 2,8$ ($p < 0,05$) койко-дней. Лечение детей с обострением хронического сиалоаденита проводилось дольше – $12,4 \pm 2,8$ ($p < 0,05$) койко-дней и также приводило к выздоровлению. Более длительные сроки снятия воспалительного процесса могут быть объяснены наличием сформировавшихся деформаций протокового дерева в прежние периоды обострения, снижением сопротивляемости организма.

При лечении калькулезного сиалоаденита у детей необходима органосохраняющая тактика по отношению к железе, проведение антибактериальной санации протокового дерева слюнной железы, и использовании метода ступенчатой антибактериальной терапии позволяет подготовить пациента к проведению сиалолитотрипсии.

Литература

1. Хронический паренхиматозный паротит у детей (этиология, патогенез, лечение) / Г.Н. Москаленко // Заболевание и повреждения слюнных желез. Материалы юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 60-летию д.м.н., профессору В.В. Афанасьева. – М.: ГОУ ВПО «МГМСУ», 2006. – С. 52-54.
2. Зеленский, В.А. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия / В.А. Зеленский, Ф.С. Мухоморов. – М.: ГОЭТАР – Медиа, 2012. – 208 с.
3. Мировые этапы развития сиалологии как науки / Афанасьев В.В. // Итоги и перспективы отечественной сиалологии. Материалы юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 70-летию со дня рождения президента Ассоциации сиалологов России, доктора медицинских наук, профессора Афанасьева Василия Владимировича. – 2016. – С.24-33.
4. Мохначева, С.Б. Ступенчатая антибактериальная терапия в комплексном лечении хронических сиалоаденитов с применением «Цефтриаксона» и «Кларитромицина» [Электронный ресурс] / С.Б. Мохначева // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №4. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=25035>
5. Антибиотикотерапия инфекции мочевой системы у детей в амбулаторной практике / [П.Н. Марталог и др.] // Перинатология и педиатрия. – 2013. – №3 (55). – С. 89.