

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО - ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

З.К. Рахимов, Махмудов Ж.К., Пулатова Ш.К.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

В данной статье приведены показатели комплексного лечения острых гнойных воспалительных заболеваний (ОГВЗ) челюстно-лицевой области с помощью антибактериального препарата широкого спектра действия. За счёт эффективности антибактериальных средств широкого спектра в отношении многих аэробных и анаэробных микроорганизмов, может успешно применяться в практике лечения острых гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: воспаление, челюстно - лицевая область, микрофлора, антибиотикотерапия с препаратами широкого спектра действия.

ЮЗ - ЖАҒ СОҲАСИ ЎТКИР ОДОНТОГЕН ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ

З.К. Рахимов, Махмудов Ж. К. Пулатова Ш.К.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Ушбу мақолада ўткир йирингли яллиғланиш касалликларни таъсирнинг кенг доирали антибактериал воситалар ёрдамида комплекс даволашнинг кўрсаткичлари келтирилган. Кенг доирали антибактериал воситалар ёрдамида комплекс даволаш кўп сонли аэроб ва анаэроб микроорганизмларга таъсир этганлиги сабабли, даволаш жараёни муваффақият билан юз - жағ соҳасидаги ўткир йирингли яллиғланиш касалликларни даволашда қўлаш мумкин.

Калит сўзлар: яллиғланиш, юз-жағ соҳаси, микрофлора, кенг доиралаи антибиотикотерапия.

THE MODERN APPROACH TO COMPLEX TREATMENT ACUTE ODONTOGENIC INFLAMMATORY DISEASES OF MAXILLOFACIAL AREA

Z.K. Raximov, Makhmudov J..K., Pulatova Sh.K.

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume,

In the given clause indicators of complex treatment of acute purulent inflammatory diseases of maxillofacial area by means of an antibacterial preparation of a wide range of action. Effective concerning many aerobic and anaerobic microorganisms, therefore can it is successful be applied in practice of treatment of sharp purulent inflammatory diseases of maxillofacial area.

Keywords: inflammation, maxillofacial area, microflora, antibiotic therapy.

Актуальность

Актуальность данного научного исследования заключается в том, что острые одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (ЧЛО) представляют собой важную медицинскую проблему в хирургической стоматологии [1].

Частота воспалительных процессов в ЧЛО колеблется в пределах 55-65%, а в структуре острых гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛО достигает 69,5% [2,3].

Отмечается агрессивное течение воспалительного процесса с поражением глубоких клетчаточных пространств, сопровождающееся выраженной эндогенной интоксикацией [4,5].

Несмотря на большое количество исследований, проводимых в данной области, и внедрение современных методов, результаты лечения этой категории пациентов существенно не улучшаются [6,7].

Целью настоящего исследования является изучение влияния ступенчатой антибактериальной терапии

на течение острых гнойных воспалительных заболеваний (ОГВЗ) ЧЛО.

Материал и методы

Мы обследовали 55 больных с ОГВЗ ЧЛО, лечившихся в отделении челюстно-лицевой хирургии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра. Возраст больных составил 17-55 лет, находившихся на стационарном лечении по поводу ОГВЗ ЧЛО, из них мужчин было 30, а женщин - 25. При поступлении всех больных в стационар подробное клиническое обследование дополнялось иммунологическим и рентгенологическим исследованием, если предполагалась одонтогенная этиология заболевания. Выполнялись ортопантограмма, обзорная рентгенограмма в боковых и прямой проекциях, панорамная или прицельная внутриротовая рентгенограмма, КТ-исследование. Это позволило во многих случаях изменить диагноз, поставленный пациентам до направления в отделение челюстно-лицевой хирургии Бухар-

кого областного многопрофильного медицинского центра. При внешних признаках воспалительного процесса только в мягких тканях, нередко выявлялись изменения в костной ткани, свидетельствующие об остите, хроническом остеомиелите, нагноившейся кисте и т.д.

Все больные с воспалительными процессами в ЧЛО поступали в клинику по экстренным показаниям и после постановки диагноза получали адекватное комплексное лечение в первые часы госпитализации.

Хирургический способ лечения включал в себя широкое вскрытие гнойного очага, всех карманов и затёков, по возможности выполняли полное иссечение некротизированных тканей; эффективное дренирование гнойного очага; раннее закрытие раны с целью создания благоприятных условий для её заживления. Как неотложное мероприятие проводили хирургическое дренирование (удаление зуба - источника инфекции, проведение внутри- и внеротовых разрезов околочелюстных мягких тканей по поводу абсцессов и флегмон, остеоперфорация и внутрикостное промывание воспалительного очага при одонтоген-

ном остеомиелите, удаление секвестров при хроническом остеомиелите).

Больные были разделены на две группы: контрольную и основную. В состав контрольной группы вошло 25 пациентов, лечившихся традиционным способом: хирургическое лечение с последующим внутримышечным назначением антибиотика цефазолина (по 1 грамму 3 раза в сутки через каждые 8 часов), витаминотерапии с целью общеукрепляющей терапии и профилактики дисбактериоза, частых полосканий полости рта растворами антисептиков. Пациентам основной группы (30 пациентов) параллельно с вышеописанным традиционным лечением на вторые сутки после оперативного вмешательства был назначен антибактериальные препараты широкого спектра действия на основе клавулановой кислоты в таблетированной форме (по 1 таблетке каждые 8 часов во время еды).

В таблице 1 приведены данные о видах микроорганизмов, и чувствительность на антибактериальные средства на основе клавулановой кислоты.

Таблица 1.

Типы бета-лактамаз и их чувствительность к ингибированию клавулановой кислотой

№	Тип бета-лактамаз	Микроорганизм	Ингибирование клавулановой кислотой
1	Перенос на плаزمиде	<i>Escherichia coli</i> <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Klebsiella pneumoniae</i> <i>Staphylococcus aureus</i>	+ + + + +
2	Перенос на хромосомах: пенициллиназы	<i>Proteus mirabilis</i>	+
3	Перенос на хромосомах: цефалоспорины	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Enterobacter cloacae</i> <i>Morganella morganii</i> <i>Bacteroides fragilis</i>	- - - +
4	Перенос на хромосомах: широкий спектр	<i>Klebsiella pneumoniae</i> <i>Branhamella catarrhalis</i>	+ +

На основании результатов ранее проведенных исследований и опыта лечения больных с ОГВЗ ЧЛО, были выявлены штаммы микроорганизмов, резистентные к амоксицилину. Изучив спектр действия антибактериальных средств на основе клавулановой кислоты, было принято решение изменить антибактериальный препарат с целью получения лучших клинических и лабораторных показателей комплексного лечения ОГВЗ ЧЛО. Результаты исследований приведены в таблице 2.

Результаты и обсуждение

При анализе данных, полученных у больных острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями ЧЛО, у всех пациентов были выявлены локальные и общие признаки, характеризующие течение патологического состояния организма. Общая реакция организма была выражена пропорционально распространению и характеру местного гнойного процесса. Во всех случаях клиническая картина различных вариантов течения острых одонтогенных воспалительных заболеваний сопровождалась общей воспалитель-

ной реакцией и интоксикацией с резким подъёмом температуры, диффузной головной болью, выраженной общей слабостью, нарушением аппетита и диссомнией, а также воспалительными изменениями крови с наличием лейкоцитоза со сдвигом влево, высокой СОЭ и т.д.

Основными местными симптомами при поступлении больных были признаки гиперемии мягких тканей в области воспаления и наличие их отека, флюктуация и резкая болезненность окружающих мягких тканей, затруднение пережёвывания пищи, у значительной части больных отмечалась воспалительная контрактура полости рта и боль при глотании.

Проведенные исследования показали, что у 97,5 % больных основной группы (30 пациентов) уже к концу первых суток после начала лечения болевой синдром, гноеотделение из раны, гиперемия и отек мягких тканей в зоне воспаления значительно уменьшались. В контрольной группе (25 пациентов), леченных традиционными методами, купирование указанных симптомов у 88,3 % больных наблюдалось, в среднем, на $2,3 \pm 1,05$ суток позже, чем в основной группе, причем у 11,7 % больных потребовалось еще на

Эффективность комбинации амоксициллина и клавулановой кислоты в отношении штаммов микроорганизмов, резистентных к амоксициллину

№	Штамм	МПК (мкг/мл)	
		Амоксициллин	Амоксициллин + клавулановая кислота
1	<i>Staphylococcus aureus</i>	256	1,0
2	<i>S.epidermidis</i>	256	2,0
3	<i>S.aureus (MRSA)</i>	256	16,0
4	<i>Haemophilus influenzae</i>	64	0,5
5	<i>Branhamelia catarrhalis</i>	16	0,25
6	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	128	1,0
7	<i>Escherichia coli</i>		8,0
8	<i>Klebsiella pneumonia</i>	128	4,0
9	<i>Proteus mirabilis</i>		4,0
10	<i>Proteus vulgaris</i>		2,0
11	<i>Bacteroides fragilis</i>	32	0,5
12	<i>Pseudomonas aeruginosa, Enterobacter, Citrobacter, Serratia</i>		

2,9±1,3 суток больше времени для купирования данных клинических признаков.

Таблица 3.

Результаты анализа отдельных клинических показателей у пациентов основной и контрольной групп.

Отдельные показатели	Основная группа (30 пац)	Контрольная группа (25 пац)	P
Значительное уменьшение отёка	4,7 ± 0,10	7,8 ± 0,30	P<0,001
Прекращение гноеотделения из раны	5,5 ± 0,12	7,5 ± 0,37	P<0,001
Нормализация температуры тела	5,8 ± 0,15	7,2 ± 0,61	P<0,001
Значительное улучшение самочувствия	6,2 ± 0,34	8,9 ± 0,47	P<0,001
Длительность пребывания в стационаре	16,2 ± 0,45	19,2 ± 0,41	P<0,001

Выводы

Таким образом, включение в состав комплексной терапии острых одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области антибактериальных средств на основе клавулановой кислоты способствует быстрому регрессу общих и местных признаков воспаления, что сокращает сроки временной нетрудоспособности пациентов и их пребывания в стационаре. Приемлемый профиль переносимости и значительный опыт использования данной группы препаратов еще сильнее укрепляют его позиции в качестве одного из средств выбора для комплексного лечения данной категории пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Байприков И.М., Монаков В.А., Савельев А.Л., Монаков Д.В. Клинический анализ заболеваемости одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области по данным отделения челюстно - лицевой хирургии клиник Самарского государственного медицинского университета //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014; 11: 100-4.
2. Карпов С.М., Мосиенко Е.М. Показатели временной нетрудоспособности у больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями. //Вестник медицинского стоматологического института. 2009; 1: 15-7.
3. Карпов С.М., Христофорандо Д.Ю., Семенов Р.Р., Хатуаева А.А. Структура и особенности диагностики неврологических проявлений у пациентов с челюстно-лицевой травмой по данным челюстно-лицевого отделения Ставрополя. //Стоматология. 2014; 4 (93): 27-9.
4. Порфириадис М., Сашкина Т., Шулаков В., Караков К., Бирюлёв А. Обоснование иммуномодулирующей терапии при вялотекущих одонтогенных флегмонах. Врач. 2010; 7: 72-4.
5. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: Т.1/Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. -/М.: Медицина, 2000. -С. 161-434.
6. Тер - Асатуров Г.П. Некоторые вопросы патогенеза одонтогенных флегмон. //Стоматология. 2005; 84 (1): 20-7.
7. Карпов С.М., Мосиенко Е.М. Иммунологическая реактивность у больных с острыми одонтогенными заболеваниями. /Клиническая неврология. 2009; 2: 3-5.

Поступила 01.03. 2019