

Д. В. Козин, О. П. Родина, И. Я. Моисеева, П. В. Иванов

**ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ
ТЕРАПИИ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА
В СТАЦИОНАРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Аннотация. Изучена эпидемиология гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и структура назначения препаратов при лечении данной патологии в Пензенской области. Обнаружено преобладание антибактериальных препаратов в структуре применяемых средств и отсутствие стандартного подхода к выбору антибиотиков в стационаре.

Ключевые слова: гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области, антибиотики, Пензенская область.

Abstract. The epidemiology of pyoinflammatory diseases of maxillofacial tract in Penza Region and the structure of drug administration in the medical treatment of this pathology were studied. The prevalence of antibacterial medicines in the structure of used remedies and the absence of standard approach to the choice of antibiotics in the hospital were found out.

Keywords: pyoinflammatory diseases of maxillofacial tract, antibiotics, Penza Region.

Введение

Проблема гнойных инфекций, поражающих челюстно-лицевую область, в настоящее время является чрезвычайно актуальной. Она неоднократно была предметом обсуждения на конгрессах, съездах, симпозиумах, конференциях и других форумах как в нашей стране, так и за рубежом. Ее разработке посвящены многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов [1].

Проблема диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области все еще остается чрезвычайно актуальной из-за большого числа осложнений, не имеющих тенденции к снижению. В настоящее время высок процент таких осложнений, как медиастенит, тромбозы лицевых вен и синусов твердой мозговой оболочки и пр. [2]. По данным разных авторов, частота встречаемости указанных осложнений, вызванных микрофлорой одонтогенного происхождения, составляет от 1,5–2 до 10–12 %. Успехи лечения больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями во многом зависят от ранней диагностики, объективной оценки тяжести состояния и своевременного квалифицированного этиотропного лечения [3].

В абсолютном большинстве случаев (90–96 %) этиологическим фактором воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области является одонтогенная инфекция. Лишь в 4–10 % случаев микроорганизмы могут быть занесены туда из неодонтогенных очагов (карбункулов, фурункулов, воспаленных небных миндалин, инфицированных ран и др.), лимфогенным, контактным и дерматогенным путями [1].

Одонтогенные воспалительные заболевания – самая распространенная в нашей стране форма септического воспаления. На протяжении ряда лет, не-

смотря на выдающиеся достижения современной науки, неуклонно происходит смещение воспалительных процессов от ограниченных форм в сторону распространенных и более тяжелых [4].

Интенсивное развитие антибактериальной терапии, совершенствование методов профилактики кариеса зубов не привело к существенному снижению заболеваемости одонтогенной инфекцией. Так, удельный вес больных с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями составляет 10–20 % от всех больных, обращающихся в стоматологические поликлиники, и 50 % от всех больных в структуре госпитализации в челюстно-лицевые стационары [5].

Несмотря на достигнутые успехи медицинской практики, лечение острого и хронического остеомиелита остается сложным и недостаточно эффективным. При остеомиелите нижней челюсти процесс редко диагностируется в острой и подострой стадиях, а у 65,7–74,3 % пациентов хронический остеомиелит челюсти длится от 6 месяцев до нескольких лет и требует длительного лечения, в том числе с многократным проведением хирургических вмешательств [6].

Широкое применение антибиотиков привело к изменению видового состава и свойств гноеродной микробной флоры, а это, в свою очередь, — к снижению эффективности антибиотикотерапии. В последние годы отмечены увеличение частоты гнойных послеоперационных осложнений, переход острых гнойно-воспалительных процессов в хронические, а также рост числа случаев летальных исходов в результате гнойных заболеваний и их осложнений. Все это вновь привлекло внимание врачей к проблеме гнойной инфекции. Несмотря на применение антибиотиков, число гнойных осложнений неуклонно увеличивается и в настоящее время достигло уровня 40–50-х гг. прошлого столетия [1].

Таким образом, изучение современных схем комплексного лечения пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и разработка принципов стандартизации терапии, особенно антибактериальной, является чрезвычайно актуальной проблемой в настоящее время.

1 Материал и методы исследования

Для проведения эпидемиологического исследования гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области нами был проведен анализ историй болезней отделения челюстно-лицевой хирургии Областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко с января по апрель 2009 г. Проанализировано 144 истории болезней хирургических стоматологических больных разных возрастных групп с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Для проведения фармакоэпидемиологического исследования изучалась структура назначений лекарственных препаратов пациентам с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Для регистрации отбирались разделы: возраст, пол, диагноз, причина, группы назначаемых препаратов, в дальнейшем — доля отдельных антибиотиков внутри данной группы.

2 Основные результаты исследования

Среди всех пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями отделения челюстно-лицевой хирургии Областной клинической больницы

им. Н. Н. Бурденко преобладают больные остеомиелитом челюстных костей (рис. 1).

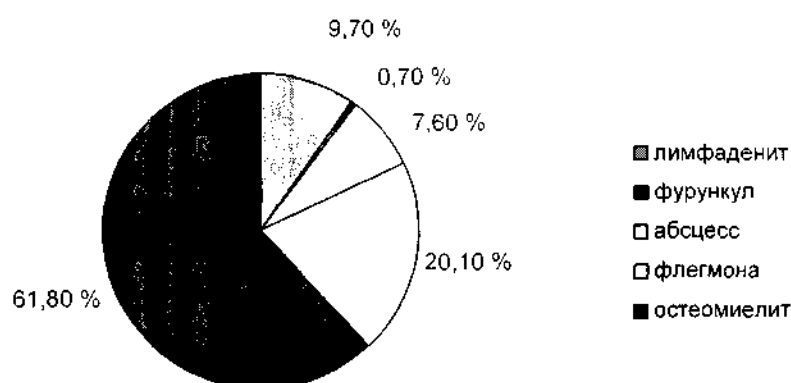


Рис. 1 Структура гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области в Пензенской области

В структуре диагноза гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области доля остеомиелита челюстей составила 61,8 %, из которых на острый остеомиелит приходилось 77,5 %, на хронический – 22,5 %. Доля мужчин была больше среди пациентов, страдающих остеомиелитом челюстных костей (58,4 %). Средняя длительность пребывания в стационаре пациентов с остеомиелитом челюстей составила $10 \pm 3,0$ койко-дня, при этом максимальное пребывание в стационаре приходилось на пациентов с посттравматическим и хроническим остеомиелитом челюстей – $12 \pm 2,8$ и $12 \pm 2,3$ койко-дня соответственно, минимальное – на пациентов с острым остеомиелитом – $9 \pm 2,8$ койко-дня.

При изучении этиологии острого остеомиелита оказалось, что преобладала патология одонтогенной природы, на которую приходилось 84 %, гораздо реже встречался посттравматический остеомиелит (14,5 %), отмечался единичный случай лучевого остеомиелита (1,5 %). Средний возраст пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом составил $32,5 \pm 11,2$ года. Чуть моложе и исключительно представителями мужского пола оказались пациенты с посттравматическим остеомиелитом, средний возраст которых составил $30,0 \pm 11,6$ года.

При изучении структуры назначения лекарственных препаратов пациентам с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области выявлено, что противомикробные средства назначаются в 100 % случаев, причем назначение данных препаратов производится чаще эмпирически.

Во время изучения структуры врачебных назначений при остеомиелите было выявлено, что микробиологическое исследование не проводилось у подавляющего большинства пациентов.

Возможно, данное обстоятельство связано с повсеместным внедрением в лечебную практику антибиотиков широкого спектра действия, что снизило важность проблемы определения возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний и их чувствительности к антибактериальным препаратам. Данные о наиболее вероятных возбудителях данной патологии и чувствительности их

к антибиотикам имеются в справочной литературе. Поэтому практикующие врачи при назначении антибактериальной терапии часто руководствуются не объективными критериями, а сложившимися стандартами лечения или клиническими рекомендациями.

Согласно данным литературы, основными возбудителями одонтогенного остеомиелита являются *S. aureus* (в 50 % случаев), *Streptococcus* spp. и, как правило, анаэробная флора: *P. niger*, *Peptostreptococcus* spp., *Bacteroides* spp. Травматический остеомиелит чаще обусловлен наличием *S. aureus*, реже могут выделяться *Enterobacteriaceae*, *P. aeruginosa* (включая нозокомиальные штаммы). Мнения разных авторов относительно применяемых антибиотиков несколько отличаются. Так, по данным Л. С. Страчунского (2007), препаратами выбора при данном заболевании являются оксациллин и цефазолин, альтернативными средствами - амоксициллин/клавулат, клиндамицин, линкомицин, линезолид [7]. Согласно рекомендациям руководства для практикующих врачей «Рациональная фармакотерапия в стоматологии» (2006) терапию остеомиелита, как правило, начинают с линкомицина или цефтриаксона, хорошо накапливающихся в костной ткани, а после получения результатов микробиологического исследования производится коррекция терапии [8].

На территории Пензенской области утверждены нозологические формы для установления региональных стандартов медицинской помощи (Приказ № 521 от 22.10.2009 г. «Об утверждении перечня нозологических форм заболеваний для установления региональных стандартов медицинской помощи и установлении региональных стандартов медицинской помощи»). В данном приказе имеется стандарт медицинской помощи больным с воспалительными заболеваниями челюстей (периостит) для оказания амбулаторно-поликлинической помощи. Для лечения пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в стационаре региональных стандартов терапии найти не удалось.

При анализе историй болезней с гнойно-воспалительной патологией челюстно-лицевой области было обнаружено 327 назначений противомикробных средств. В структуре назначений данных препаратов лидировал метронидазол, назначаемый в 28,4 % случаев, второе место занимал цефазолин (22 %), третье место поделили цефотаксим и диоксидин, применяемые у 14 % пациентов каждый. Реже других назначались ципрофлоксацин, линкомицин и гентамицин - в 10,4; 7 и 3,7 % случаев соответственно.

В связи с преобладанием острого одонтогенного остеомиелита в структуре изучаемой патологии более подробно анализировалась терапия данного заболевания. При анализе противомикробной терапии остеомиелита оказалось, что лечение пациентов с острой одонтогенной патологией, как правило, начиналось с сочетания препаратов (60,7 % случаев). Лидировали следующие комбинации: цефазолин + метронидазол (16,0 %), цефазолин + метронидазол + диоксидин (8,9 %), ципрофлоксацин + метронидазол + диоксидин (7,1 %) и цефотаксим + метронидазол (7,1 %). Монотерапия использовалась у 39,3 % пациентов. Лидером по использованию среди противомикробных средств был цефазолин, применяемый в 19,6 % случаев. Одинаково часто (5,4 % пациентов) назначались линкомицин, цефотаксим и ципрофлоксацин. Реже других использовался гентамицин, применявшийся у 4,8 % больных острым одонтогенным остеомиелитом челюстей. Необходимость смены препаратов возникла в 17,9 % случаев (рис. 2).

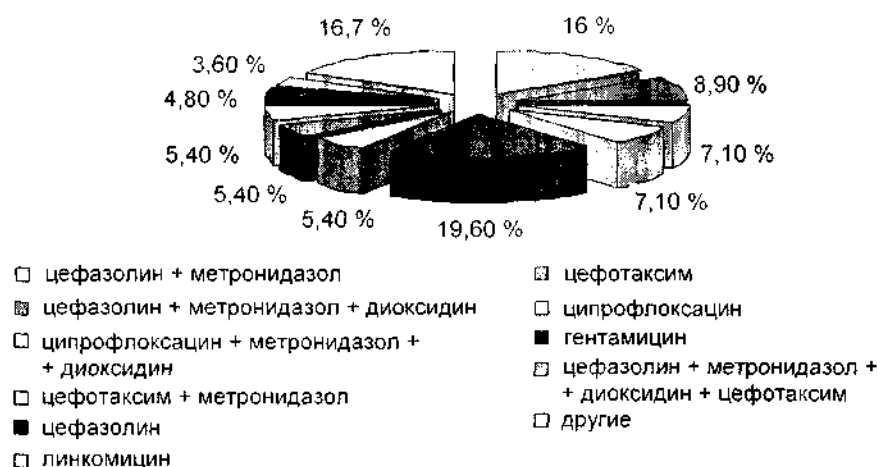


Рис. 2 Структура противомикробных средств, применяемых в терапии острого одонтогенного остеомиелита

Таким образом, в качестве основного препарата антибактериальной терапии острого одонтогенного остеомиелита челюстных костей применялся цефазолин, использовавшийся чаще в комбинации с метронидазолом. Использование метронидазола является логичным ввиду частого обнаружения анаэробов при микробиологическом исследовании при данной патологии, однако из-за выраженной резистентности микроорганизмов он зачастую оказывается малоэффективным. Кроме того, достаточно часто в состав комбинированной терапии входит высокотоксичный препарат диоксидин, являющийся средством глубокого резерва и отсутствующий в современных стандартах терапии данной патологии. При анализе структуры применяемых противомикробных средств обнаружены разнообразие комбинаций препаратов и необходимость их частой смены в процессе лечения. Данный факт, а также отсутствие региональных стандартов по лечению острого одонтогенного остеомиелита диктует необходимость разработки подходов к стандартизации терапии данной патологии.

Выводы

1. При изучении эпидемиологии гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области в стационарной хирургической практике Пензенской области обнаружено преобладание остеомиелита челюстных костей над другими заболеваниями.

2. В структуре острого остеомиелита лидирует одонтогенный остеомиелит, регистрировавшийся в 84 % случаев острого остеомиелита.

3. При терапии острого одонтогенного остеомиелита челюстей используется большое количество антибактериальных препаратов, в том числе нерекommendованных к применению, что диктует необходимость разработки подходов к стандартизации терапии данной патологии.

Список литературы

1. Тимофеев, А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. — Киев, 2002. — 1009 с.

2. Козлов, В. А. Внутрочерепные осложнения гнойных заболеваний одонтогенной этиологии / В. А. Козлов, О. А. Егорова, Н. В. Троцук // Клиническая стоматология. – 2004. – № 2. – С. 35–37.
3. Енгоянц, В. В. Оценка эффективности физико-химических методов в комплексном восстановительном лечении флегмон челюстно-лицевой области : автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Енгоянц В. В. – Ереван : Научно-исследовательский институт курортологии и физической медицины Минздрава Республики Армения, 2009. – 25 с.
4. Яременко, А. И. Лечение и профилактика инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у пациентов старших возрастных групп : автореф. дисс. ... докт. мед. наук / Яременко А. И. – СПб. : Санкт-Петербургский государственный медицинский университет, 2007. – 37 с.
5. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи / под ред. проф. А. Г. Шаргородского. – М. : Медицина, 1985. – 352 с.
6. Мубаракова, Л. Н. Патогенетическое обоснование нового подхода в комплексном лечении гнойных процессов челюстно-лицевой области: автореф. дисс. ... докт. мед. наук / Мубаракова Л. Н. – Казань : Казанский гос. мед. ун-т, 2008. – 50 с.
7. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / под ред. Л. С. Страчунского, Ю. Б. Белоусова, С. Н. Козлова. – Смоленск : МАКМАХ, 2007. – 464 с.
8. Рациональная фармакотерапия в стоматологии : руководство для практикующих врачей / Г. М. Барер, Е. В. Зорян, В. С. Агапов [и др.] ; под общ. ред. Г. М. Барера, Е. В. Зорян. – М. : Литтерра, 2006. – 568 с.

Козин Дмитрий Владимирович
главный врач, стоматологическая
клиника «Аллиadin» (г. Пенза)

E-mail: alladin@yandex.ru

Kozin Dmitry Vladimirovich
Chief physician of the dental
clinic "Alladin" (Penza)

Родина Олеся Петровна
кандидат медицинских наук, доцент,
кафедра общей и клинической
фармакологии, Медицинский институт,
Пензенский государственный
университет

E-mail: rodina_pharm@mail.ru

Rodina Olesya Petrovna
Candidate of medical sciences, associate
professor, sub-department of general
and clinical pharmacology, Medical
institute, Penza State University

Моисеева Инесса Яковлевна
доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой общей
и клинической фармакологии,
Медицинский институт, Пензенский
государственный университет

E-mail: moiseeva_pharm@mail.ru

Moiseeva Inessa Yakovlevna
Doctor of medical sciences, professor,
head of sub-department of general
and clinical pharmacology, Medical
institute, Penza State University

Иванов Петр Владимирович
кандидат медицинских наук, доцент,
заведующий кафедрой стоматологии,
Медицинский институт, Пензенский
государственный университет

E-mail: moiseeva_pharm@mail.ru

Ivanov Petr Vladimirovich
Candidate of medical sciences, associate
professor, head of sub-department
of dentistry, Medical Institute,
Penza State University