

## КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАЗНАЧЕНИЯ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ОДОНТОГЕННЫМИ ОСТЕОМИЕЛИТАМИ И АБСЦЕССАМИ ОКОЛОЧЕЛЮСТНЫХ ТКАНЕЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

*Тесевиц Л.И., Захарин И. Г.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

*Минск, Беларусь*

*facesurg@bsmu.by*

*Изучены основные клинические аспекты назначения эмпирической антибиотикотерапии при комплексном лечении пациентов с острыми одонтогенными остеомиелитами и абсцессами околочелюстных тканей верхней челюсти. Частота совпадения эмпирически назначаемых антибиотиков с таким же, или с другим антибиотиком из аналогичной группы (цефалоспорины), к антибиотикам которой оказалась чувствительна выделенная из очага гнойного воспаления патогенная микрофлора, у пациентов с острыми одонтогенными остеомиелитами и абсцессами околоверхнечелюстных тканей, составила  $70,0 \pm 15,3\%$  и  $51,6 \pm 9,0\%$  случаев, соответственно.*

**Ключевые слова:** *эмпирическая антибиотикотерапия; одонтогенные остеомиелиты верхней челюсти; одонтогенные абсцессы околочелюстных тканей верхней челюсти.*

## CLINICAL ASPECTS OF PRESCRIBING EMPIRICAL ANTIBIOTIC THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE MAXILLARY ODONTOGENIC OSTEOMYELITIS AND ABSCESSSES OF ADMAXILLARY TISSUES THE UPPER JAW

*Tesevich L.I., Zaharin I.G.*

*Belarusian State Medical University*

*Minsk, Belarus*

*The main clinical aspects of prescribing empirical antibiotic therapy in complex treatment of patients with acute maxillary odontogenic osteomyelitis and abscesses of admaxillary tissues the upper jaw have been studied. The frequency of coincidence of empirically prescribed antibiotics with the same, or with another antibiotic from a similar group (cephalosporins), to the antibiotics of which the pathogenic microflora isolated from the focus of purulent inflammation turned out to be sensitive, in hospitalized patients with acute odontogenic osteomyelitis and abscesses of admaxillary tissues the upper jaw was  $70.0 \pm 15.3\%$  and  $51.6 \pm 9.0\%$  of cases, respectively.*

**Keywords:** *empirical antibiotic therapy; maxillary odontogenic osteomyelitis; odontogenic abscesses of admaxillary tissues the upper jaw.*

Введение. Назначение эмпирической (первичной) антибиотикотерапии (ЭАБТ) при комплексном лечении острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области основывается как правило на предшествующем статистическом анализе интегральных

показателей выделения патогенной микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам (АБ) для всей совокупности одонтогенных гнойно-воспалительных процессов в гнойном отделении челюстно-лицевой хирургии, в основном учитывая только их нозологию и распространенность (периостит, остеомиелит, абсцессы, флегмоны и др.), но не дифференцируют источник такой инфекции (от зубов верхней или нижней челюсти) [1-3]. Поэтому обоснование назначения ЭАБТ при комплексном лечении острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области с учетом локализации одонтогенного источника (из верхней или нижней челюстей) патогенной микрофлоры по-прежнему является актуальным вопросом для практического аспекта работы с пациентами такого профиля.

**Цель работы:** определить основные клинические аспекты назначения эмпирической антибиотикотерапии при комплексном лечении пациентов с острыми одонтогенными остеомиелитами и абсцессами окологлазничных тканей верхней челюсти, распространяющихся контактным путем.

**Материалы и методы.** Изучена частота совпадения назначения ЭАБТ с результатами микробиологического исследования патогенной микрофлоры, выделенной из очага гнойного воспаления, на чувствительность к АБ по данным архивного и клинического материалов отделения челюстно-лицевой хирургии (гнойного) УЗ «11-ая городская клиническая больница г. Минска», на базе которого в течение 2018-2019 г.г. проходили комплексное (хирургическое и медикаментозное противовоспалительное) лечение 10 пациентов (7 мужчин 29-62 лет и 3 женщины 35-57 лет) с острыми одонтогенными остеомиелитами верхней челюсти и 31 пациент (15 мужчин 25-80 лет и 16 женщин 26-61 лет) с абсцессами окологлазничных тканей верхней челюсти, распространяющихся контактным путем. Забор материала на микробиологическое исследование производился врачом челюстно-лицевым хирургом во время проведения операций первичной хирургической обработки гнойного очага и в течение суток отправлялся централизованно в микробиологическую лабораторию Минского городского центра гигиены и эпидемиологии. Результаты микробиологического исследования (выделение патогенной микрофлоры и определение ее чувствительности к АБ) по электронному каналу существующей в настоящее время централизованной компьютерной базы данных были доступны лечащему врачу пациентов через 3-5 суток. Количественные и качественные показатели полученных данных (частота совпадения или несовпадения назначения ЭАБТ с результатами микробиологического исследования патогенной микрофлоры, выделенной из очага гнойного воспаления, на чувствительность к АБ), представленные количественными и относительными значениями, подвергнуты статистической обработке с подсчетом ошибки репрезентативности ( $m$ ) для относительных величин [4].

**Результаты и обсуждение.** Наиболее часто при остром одонтогенном остеомиелите верхней челюсти патогенной микрофлорой являлись: *Streptococcus viridians* (Гр+); *Staphylococcus epidermidis* (Гр+); *Staphylococcus aureus* (Гр+) (по  $20,0 \pm 13,3\%$  от всех случаев микробиологического исследования, соответственно), которые оказались чувствительны к 7 видам АБ

из 5 групп; 6 видам АБ из 5 групп; 7 видам АБ из 6 групп, соответственно. А всего 4 вида Гр<sup>+</sup> выделенной патогенной микрофлоры оказались чувствительны к 15 видам АБ из 8 групп, тогда как 2 вида Гр<sup>-</sup> патогенных микроорганизмов оказались чувствительны к 5 видам АБ из 4 групп. Причем как Гр<sup>+</sup>, так и Гр<sup>-</sup> патогенная микрофлора оказалась одновременно чувствительна в 100% и 85,7±14,3% случаев к АБ из групп цефалоспоринов и фторхинолонов, соответственно, что указывает на их высокую эффективность в лечении пациентов с острыми одонтогенными остеомиелитами верхней челюсти и делает целесообразным их назначение в качестве ЭАБТ. В качестве ЭАБТ пациентам с острыми одонтогенными остеомиелитами верхней челюсти в 10,0±10,0% случаев назначали Цефазолин (но чувствительность выделенной патогенной микрофлоры к антибиотикам определить не удалось из-за малого количества колоний (менее 10<sup>3</sup>), а в 90,0±10,0% случаев Цефотаксим, что в 77,8±14,7% случаев совпадало с другим АБ из аналогичной группы (цефалоспорины), к АБ которой оказалась чувствительна выделенная из очага гнойного воспаления патогенная микрофлора.

Наиболее часто при одонтогенных абсцессах околоверхнечелюстных клетчаточных пространств или областей патогенной микрофлорой являлся *Streptococcus viridians* (Гр<sup>+</sup>) (35,5±8,6% от всех случаев микробиологического исследования), которые оказались чувствительны к 13 видам АБ из 7 групп. А всего 4 вида Гр<sup>+</sup> выделенной патогенной микрофлоры оказались чувствительны к 19 видам АБ из 10 групп, тогда как 3 вида Гр<sup>-</sup> патогенных микроорганизмов оказались чувствительны к 6 видам АБ из 4 групп. Причем как Гр<sup>+</sup>, так и Гр<sup>-</sup> патогенная микрофлора оказалась одновременно чувствительна в 66,7±9,8% и 62,5±10,1% случаев к АБ из групп цефалоспоринов и фторхинолонов, соответственно, что указывает на их существенную эффективность в лечении пациентов с одонтогенными абсцессами околоверхнечелюстных клетчаточных пространств или областей и делает целесообразным их назначение в качестве ЭАБТ. В качестве ЭАБТ пациентам с одонтогенными абсцессами околоверхнечелюстных клетчаточных пространств или областей в 22,6±7,5% случаев назначали Цефазолин, что в 14,3±14,3% случаев совпадало с другим АБ из аналогичной группы (цефалоспорины), к АБ которой оказалась чувствительна выделенная из очага гнойного воспаления патогенная микрофлора, а в 77,4±7,5% случаев назначали Цефотаксим, что в 54,2±10,4% случаев совпадало с другим АБ из аналогичной группы (цефалоспорины), к АБ которой оказалась чувствительна выделенная из очага гнойного воспаления патогенная микрофлора, и в 8,3±5,8% совпадало с самим АБ, к которому оказалась чувствительна патогенная микрофлора.

**Заключение.** Частота совпадения эмпирически назначаемых АБ с таким же, или с другим АБ из аналогичной группы (цефалоспорины), к АБ которой оказалась чувствительна выделенная из очага гнойного воспаления патогенная микрофлора в процессе комплексного лечения стационарных пациентов с острыми одонтогенными остеомиелитами верхней челюсти и с одонтогенными абсцессами околоверхнечелюстных клетчаточных пространств или областей, распространяющихся контактным путем, составила 70,0±15,3% и 51,6±9,0% случаев, соответственно.

ЭАБТ при комплексном лечении острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов околочелюстных тканей целесообразно назначать не только на основании предшествующего статистического анализа интегральных показателей чувствительности высеваемой патогенной микрофлоры к АБ в конкретном отделении челюстно-лицевой хирургии, но и с учетом нозологических форм гнойно-воспалительного процесса, его распространенности и одонтогенного источника (верхняя или нижняя челюсть), что в большей степени отражает спектр и характер вирулентности высеваемой причинной микрофлоры, а также ее чувствительность к антибиотикам.

Обязательно исследовать выделенную патогенную микрофлору у конкретного пациента с конкретной нозологической формой гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой области на чувствительность к указанному в сопроводительном документе эмпирически назначенному антибактериальному препарату.

С учетом полученных результатов исследования, в схему ЭАБТ можно рекомендовать следующие группы АБ при комплексном лечении стационарных пациентов с острыми одонтогенными остеомиелитами верхней челюсти и с абсцессами околоверхнечелюстных клетчаточных пространств или областей: цефалоспорины (цефуроксим, цефотаксим) и фторхинолоны (левофлоксацин), что в настоящее время оптимально соответствует чувствительности к этим АБ патогенной микрофлоры, наиболее часто выделяемой из очага гнойного воспаления при такой патологии.

### **Список литературы**

1. Кабанова, А.А. Возбудители воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области в областных стационарах Беларуси / А.А.Кабанова // Медицинский вестник Северного.- 2017.- №4.- С. 424-427.
2. Кабанова, А.А. Анализ применения антибактериальной терапии при инфекционно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области и шеи в Республике Беларусь/ А.А.Кабанова, А.Л.Церковский // Вестник ВГМУ.- 2019.- Т. 18, №3.- С. 120-127.
3. Писарик, С. Ф. Резистентность микроорганизмов и антибактериальная терапия гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи : материалы 6-го съезда стоматологов Беларуси, Минск, 25–26 октября 2012 г. / С. Ф. Писарик, Л. А. Лунева, А. А. Бондаровец.-Минск: филиал № 1 ОАО «Красная звезда», 2012.- С. 468–471.
4. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: учебное пособие для вузов/ Под ред. ч.-корр. РАМН, проф. В.З.Кучеренко.- М.: «Гэотар-Медиа», 2004.- 192 с.