

as proved by a decrease in the degree of atrophy of the alveolar process. The use of the apipreparation leads to the normalization of biochemical parameters in the oral fluid in rats with periodontitis, showing pronounced anti-inflammatory and antioxidant action. The obtained data provide a basis for further study of the effectiveness of apipreparation for treatment of major periodontal diseases.

Key words: experimental periodontitis, apipreparation, properties, determination.

Відомості про авторів:

Розовик Наталія Сергіївна – асистент кафедри терапевтичної стоматології ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ». Адреса: Київ, вул. Л.Толстого, 9.

УДК 616.31-089:616.716.4-001.5-022.7-06-002.3-84

© А.А. ТИМОФЕЕВ, Е.И. ФЕСЕНКО, 2015

А.А. Тимофеев, Е.И. Фесенко

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Институт стоматологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Цель. Изучить эффективность антибактериального препарата «Аксеф» (цефуроксим) для профилактики гнойно-воспалительных осложнений у больных с переломами нижней челюсти.

Методы. Обследовано 75 больных с переломами нижней челюсти.

Результаты. Препарат «Аксеф» является эффективным антибиотиком, пригодным для ступенчатой антибактериальной терапии у пострадавших с инфицированными переломами нижней челюсти. Заживление инфицированных посттравматических костных ран при ступенчатой антибактериальной терапии препаратом «Аксеф» происходит гладко, со значительно меньшим (в 4 раза) числом воспалительных осложнений, поэтому этот препарат рекомендовано для широкого использования в челюстно-лицевой хирургии при лечении пострадавших с инфицированными переломами нижней челюсти.

Ключевые слова: «Аксеф», ступенчатая антибактериальная терапия, переломы нижней челюсти, стафилококк, гнойно-воспалительные осложнения.

Введение. Число гнойно-воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти, в последние годы, сохранилось на достаточно высоком уровне (1, 2). Общеизвестна ведущая роль микроорганизмов в развитии этих гнойно-воспалительных осложнений и поэтому назначение антибиотиков у данных больных никто не ставит под сомнение. Выбор антибактериального препарата для лечения гнойно-воспалительных осложнений в челюстно-лицевой области весьма затруднителен, т.к. в возникновении и развитии этих воспалительных процессов участвует, как правило, не один микробный возбудитель, а микробные ассоциации. Пути введения антимикробных препаратов, их дозы и длительность проведения антибактериальной терапии зависят от многих факторов: тяжести течения гнойно-воспалительного процесса, его локализации, объема вовлеченных в воспалительный процесс мягких тканей, наличия сопутствующих заболеваний, выраженности интоксикации, реактивности организма и др.

В стоматологической литературе неоднократно описывали требования к антибиотику, который необходимо использовать для профилактики гнойно-воспалительных осложнений в мягких тканях и челюстях после травмы (1-8). Данные требования к антибиотику следующие:

- антибиотик должен быть активен в отношении группы микроорганизмов, которые наиболее часто встречаются в хронических одонтогенных воспалительных очагах;
- спектр активности антибиотика должен соответствовать наиболее возможным представителям микробной флоры, которая является характерной для полости рта;
- препарат должен обладать наименьшей способностью индуцировать резистентность микроорганизмов;
- антибиотик должен хорошо проникать в околочелюстные мягкие ткани и кость;
- концентрация препарата в патологических очагах должна, как можно быстро, достигать минимальной подавляющей концентрации (МПК) и поддерживаться на этом уровне в течение необходимого времени;
- антибиотик должен давать минимальные побочные эффекты и не должен негативно взаимодействовать с другими лекарственными препаратами, которые могут одновременно использоваться при операциях (анестетики и др.);
- оптимальное соотношение стоимости и эффективности действия antimicrobialного препарата.

Для профилактики гнойно-воспалительных осложнений в кости и в околочелюстных мягких тканях наиболее часто используются парентеральные пути введения антибиотиков.

В последние десятилетия врачи все чаще указывают на необходимость проведения «ступенчатой» антибактериальной терапии (синонимы данной терапии: sequential, step-down, switchtherapy), а также её высокую эффективность. Ступенчатая терапия занимает все более и более прочное место в практическом здравоохранении (6, 7, 8). Под ступенчатой антибиотикотерапией понимают последовательный, по мере улучшения общего состояния больного, переход от парентерального к пероральному пути введения препарата. Основным критерием для перехода к пероральному пути введения препарата является нормализация температуры тела или существенное её снижение. К антибиотикам, которые могут быть использованы для ступенчатой терапии предъявляются определенные требования. Основным из таких требований является однотипность (одноименность) или максимальная близость антибактериального спектра препаратов для парентерального и перорального пути введения, а также их высокая биодоступность (в сыворотке крови должна создаваться практически одинаковая концентрация препарата независимо от пути его введения).

Доказано, что переход на пероральный путь введения препарата имеет целый ряд преимуществ: уменьшение нагрузки на медицинский персонал, имеется экономия материальных средств (затрачиваемых на одноразовые шприцы, системы для внутривенных введений), исчезает риск развития постинфекционных осложнений (воспалительные инфильтраты, флебиты) и др.

Для противомикробной и ступенчатой антибиотикотерапии наше

вниманию привлек антимикробный препарат «Аксеф» (цефуросимнатрия и цефуросиммаксетил). Регистрационное свидетельство №UA/3767/02/01 (приказ Министерства здравоохранения Украины №643 от 30.07.2010 г.), производитель НОБЕЛФАРМА ИЛАЧ САНАИ ВЕ ТИДЖАРЕТ А.Ш. (представительство «Нобель Илач»). Фармакологическая группа – цефалоспорины второй генерации (код АТС J01D C02). Препарат «Аксеф» (цефуросим натрия) выпускается для в/м или в/в инъекций и в виде таблеток. Действующее вещество – цефуросим. Цефуросим – это бета-лактамный антибиотик из группы цефалоспоринов. Обладает высокой активностью в отношении широкого спектра грамположительных и грамотрицательных аэробных и анаэробных микроорганизмов. Грамположительные аэробы: *Staphylococcus (aureus, epidermidis)*, *Streptococcus* и др. Грамотрицательные аэробы: *Escherichiacoli*, *Proteus* и др. Анаэробы: *Clostridium*, *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*, *Peptococcus* и др. Максимальная концентрация цефуросима в сыворотке крови наблюдается через 30 – 45 минут после внутримышечного введения препарата. Период полувыведения цефуросима при внутримышечном или при внутривенном его введении составляет около 70 минут. В течение 24 часов от момента введения препарат практически полностью (85-90%) выделяется в неизменном виде с мочой, большая часть препарата выводится через 6 часов. Максимальная ингибирующая концентрация цефуросима достигается в мягких тканях, костной ткани, синовиальной и глазничной жидкостях. Цефуросим проникает через гематоэнцефалический барьер при воспалении мозговых оболочек.

Цель. Изучить эффективность антибактериального препарата «Аксеф» (цефуросим) для профилактики гнойно-воспалительных осложнений у больных с переломами нижней челюсти.

Материалы и методы. Всех обследуемых пострадавших мы разделили на 2 группы наблюдения: I группа наблюдения (основная) – 40 больных в возрасте от 16 до 72 лет с переломами нижней челюсти, которым в посттравматическом периоде применили цефуросим (в виде препарата «Аксеф») и II группа (контрольная) – 35 больных с инфицированными переломами нижней челюсти. Больным II группы наблюдения антибактериальное лечение проводилось общепринятым способом, т.е. с применением традиционных антибиотиков в общепринятых дозировках (ампициллин, оксациллин, гентамицин и др.).

Обследования проводилось на базе клиник челюстно-лицевой хирургии (Центр челюстно-лицевой хирургии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика и Центра челюстно-лицевой хирургии Киевской областной клинической больницы).

Следует отметить, что все 40 пострадавших с переломами нижней челюсти были госпитализированы в стационар не в первые два дня после полученной травмы, а на 3-6 сутки после полученного повреждения нижней челюстной кости, т.е. в период инфицирования костной раны и околочелюстных мягких тканей.

Пострадавшим с переломом нижней челюсти при госпитализации однократно внутримышечно или внутривенно вводили 1,5 г препарата «Аксеф» (цефуросим натрия) с последующим его введением по 750 мг через 8 часов. В дальнейшем в течение 3 – 4 дней «Аксеф» назначали (в/м или в/в) по 750 мг 2 раза в сутки. С 4-5 дня проводимого лечения у пострадавших

с переломом нижней челюсти переходили на пероральный путь введения препарата «Аксеф» (цефуросимаксетил) – по 500 мг 2 раза в сутки (в течение 5-6 дней). Пострадавшим с инфицированными переломами нижней челюстной кости проводили антибактериальную терапию в течение 10 дней.

Пострадавшим с переломами нижней челюсти применили консервативный метод фиксации отломков нижней челюсти – двухчелюстное шинирование металлическими шинами с зацепными петлями и межчелюстной резиновой тягой. Для показаний к удалению зуба из щели перелома мы использовали рекомендации проф. Тимофеева А.А., изложенные в «Руководстве по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии» (2004, 2012 г.).

Всем больным проводили общеклинические методы обследования, которые включали осмотр, пальпацию, рентгенографию и другие методы. При проведении обследования больных были применены бактериологические методы исследования гнояного содержимого с определением чувствительности выявленных микроорганизмов к антибиотикам, клинические, термометрические методы обследования тканей патологического очага.

Для выявления наличия воспалительного процесса слизистой оболочки альвеолярных отростков (в области щели перелома или в месте проведенной операции) проводили пробу Шиллера-Писарева. Слизистую оболочку альвеолярных отростков обрабатывали раствором Люголя. Интенсивность окрашивания оценивали в баллах: 1 балл – окрашивания нет, 2 балла – слабое окрашивание, 3 балла – интенсивное окрашивание. Вычисляли среднее значение для показателей верхней и нижней челюсти.

Для объективизации пробы Шиллера-Писарева выражали в цифрах (баллах).

Оценка значений йодного числа Свракова:

- слабо выраженный процесс воспаления – до 2,3 баллов;
- умеренно выраженный процесс воспаления – 2,67-5,0 баллов;
- интенсивный процесс воспаления – 5,33-8,0 баллов.

Контактную термометрию проводили электротермометром ТПЭМ-1, имеющего точечные термпары (датчики) с диапазоном измерения от 16 до 42 °С. Точность регистрации – 0,2 °С. Путем прикосновения концевой отдела данного датчика к поверхности слизистой оболочки альвеолярного отростка мы определяли температуру на обследуемом участке, т.е. проводили контактную термометрию. Время контакта датчика со слизистой оболочкой полости рта – 20 секунд, интервалы между повторными обследованиями составляли от 2 до 5 секунд. Прикосновение датчиком делали приблизительно с одной и той же силой давления. Местную температуру измеряли трижды и вычисляли среднее арифметическое. Температуру измеряли на исследуемой и здоровой стороне.

В основе контактной термометрии лежит не измерение абсолютных температур над патологическим очагом, а выявление разницы температуры на симметричных участках (ΔT). Контролем служила термоасимметрия (ΔT) на симметричных участках, выявленная у практически здоровых людей одинакового возраста и пола.

Полученные цифровые данные лабораторных обследований обрабатывали общепринятым вариационно-статистическим методом с использованием персонального компьютера и пакета статистических программ

СТОМАТОЛОГІЯ

«SPSS 11.0 for Windows» и «MicrosoftExcel 2000». Достоверность результатов обследования оценивали по критериям Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты обследования и их обсуждение. При обследовании 40 больных с инфицированными переломами нижней челюсти установлено, что в щели перелома нижнечелюстной кости были обнаружены микроорганизмы (в 100%). У всех обследуемых, т.е. в 100% случаях, в монокультуре или в ассоциациях выявили микробную флору (стафилококки, стрептококки). Если выявленные микроорганизмы у 40 обследуемых пострадавших принять за 100%, то золотистый стафилококк обнаружен в 70,0%, эпидермальный стафилококк – в 15,0%, гемолитический стрептококк – в 15,0% (рис.1). Микроорганизмы находились как в монокультуре у 31 обследуемого (в 77,5%), так и в ассоциациях – у 9 чел. (в 22,5%).



Рис. 1. Удельный вес отдельных видов микроорганизмов, выявленных у 40 пострадавших с переломами нижней челюсти (I группа).

Определение антибиотикочувствительности показало, что монокультуры стафилококков проявляли чувствительность к большинству исследуемых антибиотиков. Наиболее высокая чувствительность монокультур стафилококка отмечена к антибактериальным препаратам цефазолинового ряда (цефазолин, цефатаксим, цефтриаксон), фторхинолонам (ципрофлоксацин, офлоксацин), бета-лактамам антибиотикам (тиенам), синтетическим препаратам из группы нитроимидазола (метронидазол), полусинтетическим пенициллинам (амоксиклав) и полусинтетическим аминогликозидам (амикацин). Стафилококки в ассоциациях мало изменяли свою антибиотикочувствительность. Стрептококк проявлял свою высокую чувствительность практически ко всем исследуемым антибиотикам независимо от ассоциаций (ампициллину, оксациллину, линкомицину, доксациклину, клиндамицину, амоксиклаву, амикацину, цефазолину, фторхинолонам, тиенаму, метронидазолу).

Проведен анализ изменения общей температуры тела у обследуемых с инфицированными переломами нижней челюсти, как при госпитализации, так и в динамике проводимого лечения. При госпитализации больных I группы наблюдения повышение общей температуры тела от 37,0 до 38,0°C наблюдалась у 31 (в 77,5%) больного, а у остальных 9 обследуемых (в 22,5%) – выше 38,1°C. В контрольной II группе наблюдения, т.е. у 35 больных с переломами нижней челюсти, при госпитализации общая температура

тела (повышение температуры от 37,0 до 38,0°C) обнаружена у 32 (в 91,4%) обследуемых, а у 3 пострадавших (в 8,6%) выше 38,1°C. На 3-4 сутки проводимого лечения общая температура тела у всех обследуемых I группы наблюдения находилась в пределах от 37,0 до 37,2°C. В контрольной II группе наблюдения, в эти сроки, повышение общей температуры тела от 37,3 до 38,0°C наблюдалось у 34 (в 97,1%) обследуемых, а у 1 пострадавшего (в 2,9%) выше 38,1°C. На 9-10 сутки проводимого лечения общая температура тела у обследуемых I группы наблюдения была в норме. Во II группе наблюдения у некоторых обследуемых температура тела оставалась выше нормы: у 12 (в 34,3%) пострадавших температура тела была от 37,0 до 37,4°C.

Изучены изменения выраженности гиперемии краёв инфицированной раны слизистой оболочки альвеолярного отростка нижнечелюстной кости в области щели перелома при госпитализации больных и в динамике проводимого лечения. Установлено, что у пострадавших I группы (при госпитализации) умеренная и выраженная гиперемия краёв раны была выявлена в 100% случаях. В контрольной II группе наблюдения умеренная и выраженная гиперемия краёв посттравматической раны в ранее указанные сроки была у всех обследуемых. На 3-4 день проводимого медикаментозного лечения умеренная гиперемия краёв посттравматической раны наблюдались в I группе у 9 пострадавших (в 22,5%). На 3-4 день проводимого медикаментозного лечения больных в контрольной II группе наблюдения умеренная гиперемия краёв посттравматической раны встречалась у всех больных. На 6-7 день проводимого медикаментозного лечения умеренная гиперемия краёв посттравматической раны в I группе наблюдалась у 2 пострадавших (в 5,0%). У других обследуемых I группы наблюдения гиперемии краёв посттравматической или послеоперационной раны не было. На 6-7 день проводимого медикаментозного лечения обследуемых в контрольной (II) группе наблюдения умеренная гиперемия краёв раны встречалась у 12 пострадавших (в 34,3%). У других больных контрольной II группы наблюдения гиперемии краёв раны не было. На 9-10 день проводимого лечения гиперемия краёв посттравматической раны у обследуемых I группы наблюдения отсутствовала, во II группе умеренная гиперемия краёв посттравматической раны обнаружена у 2 пострадавших (в 5,7%). У остальных обследуемых контрольных групп наблюдения гиперемия краёв посттравматической раны отсутствовала.

Уточнено наличие воспалительной инфильтрации стенок посттравматической раны у пострадавших с переломами нижней челюсти в динамике проводимого лечения. Установлено, что при госпитализации пострадавших с переломами нижней челюсти воспалительная инфильтрация слизистой оболочки в области патологического очага была в 100% случаев в I группе наблюдения. Это также отмечено и в контрольной (II) группе наблюдения (рис. 2). На 3-4 день проводимого лечения больных I группы наблюдения воспалительная инфильтрация слизистой оболочки альвеолярного отростка наблюдалось у 18 пострадавших (в 45,0%). На 3-4 день проводимого лечения больных контрольной (II) группы наблюдения воспалительная инфильтрация слизистых оболочек в области посттравматических ран отмечалась у 29 пострадавших (в 82,9%). На 6-7 день проводимого лечения больных I группы наблюдения воспалительная инфильтрация слизистой оболочки

СТОМАТОЛОГІЯ

альвеолярного отростка зустрічалась у 5 постраждалих (в 12,5%). На 6-7 день проводимого лікування больних контрольної (II) групи спостереження запалювальну інфільтрацію слизових оболонок в області посттравматических ран було помічено у 13 постраждалих (в 37,1%). На 9-10 день проводимого лікування больних I групи спостереження запалювальна інфільтрація слизової оболонки альвеолярного отростка зустрічалась у 2 постраждалих (в 5,0%). На 9-10 день проводимого лікування больних контрольної II групи спостереження запалювальна інфільтрація слизових оболонок в області посттравматических ран була у 9 постраждалих (в 22,5%).

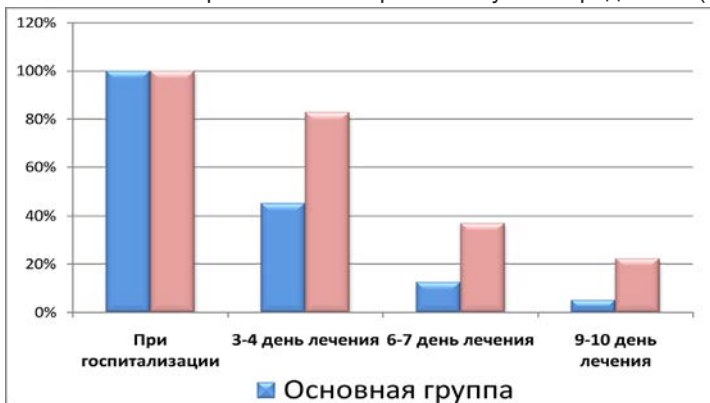


Рис. 2. Запалювальна інфільтрація слизової оболонки в області щелепи перелома.

Изучены изменения выраженности запалювальної інфільтрації околичелюстных мягких тканей вокруг патологического очага (щелепи перелома). Установлено, что при госпитализации постраждалих с переломами нижней челюсти имелась запалювальна інфільтрація околичелюстных мягких тканей вокруг патологических очагов, т.е. была в 100% случаев как в основной та и контрольной группах спостереження (рис. 3). На 3-4 день проводимого лікування постраждалих I групи спостереження запалювальна інфільтрація околичелюстных мягких тканей наблюдалось у 19 постраждалих (в 47,5%). На 3-4 день проводимого лікування больних контрольної групи спостереження запалювальна інфільтрація околичелюстных мягких тканей была у 29 постраждалих (в 82,9%). На 6-7 день проводимого лікування больних I групи спостереження запалювальна інфільтрація околичелюстных мягких тканей зустрічалась у 6 постраждалих (в 15,0%). На 6-7 день проводимого лікування больних контрольної II групп спостереження запалювальна інфільтрація околичелюстных мягких тканей была отмечена у 14 постраждалих (в 40,0%). На 9-10 день проводимого лікування больних I групи спостереження запалювальна інфільтрація околичелюстных мягких тканей уже не зустрічалась. На 9-10 день проводимого лікування больних контрольної групи спостереження запалювальна інфільтрація околичелюстных мягких тканей – у 4 постраждалих (в 11,4%).

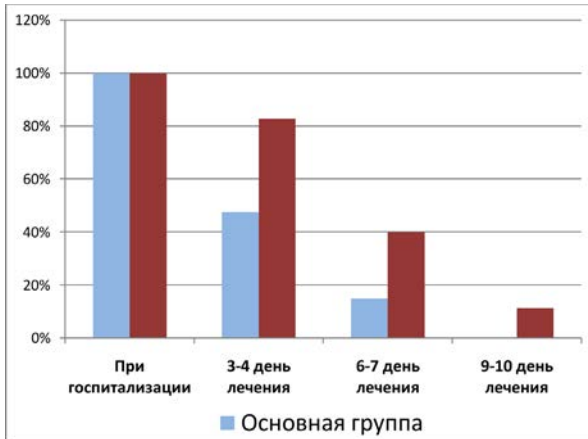


Рис. 3. Выраженность воспалительной инфильтрации околочелюстных мягких тканей вокруг щели перелома в динамике лечения.

Для выявления воспалительного процесса в области щели перелома (у пострадавших с инфицированными переломами) проводили пробу Шиллера-Писарева. Йодное число Свракова (рис. 4) при госпитализации пострадавших I группы наблюдения составляло $7,1 \pm 0,7$ балла (интенсивный процесс воспаления). В контрольной группе в этот период (при госпитализации) данный показатель был $6,8 \pm 0,6$ балла (интенсивный процесс воспаления). На 3-4 день проводимого медикаментозного лечения в I группе наблюдения показатель был в пределах $6,1 \pm 0,4$ балла (интенсивный процесс воспаления). В контрольной группе в этот период (на 3-4 сутки лечения) данный показатель составлял $6,9 \pm 0,7$ балла (интенсивный процесс воспаления). На 6-7 день проводимого медикаментозного лечения в I группе наблюдения показатель составлял $4,1 \pm 0,5$ балла (умеренно выраженный процесс воспаления). В контрольной группе в этот период (на 6-7 сутки лечения) данный показатель находился в пределах $6,3 \pm 0,5$ балла (интенсивный процесс воспаления). На 9-10 день проводимого медикаментозного лечения в I группе наблюдения показатель пробы Шиллера-Писарева был $2,2 \pm 0,6$ балла (слабо выраженный процесс воспаления). В контрольной группе в этот период (на 9-10 сутки проводимого лечения) данный показатель составил $5,5 \pm 0,6$ балла (интенсивный процесс воспаления). Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка челюсти в области щели перелома (I группа) и противоположной стороны в основной и контрольной группах наблюдения представлены в таблице. При госпитализации пострадавших I группы наблюдения в стационар термоасимметрия была достоверно увеличенной и составляла $1,6 \pm 0,1^\circ\text{C}$ ($p < 0,001$). У обследуемых контрольной группы термоасимметрия при госпитализации составляла $1,7 \pm 0,2^\circ\text{C}$ ($p < 0,001$). Через 3-4 дня проводимого лечения термоасимметрия у пострадавших I группы наблюдения оставалась достоверно увеличенной и составляла $1,2 \pm 0,2^\circ\text{C}$ ($p < 0,001$). У обследуемых же контрольной группы термоасимметрия в эти сроки сохранялась в границах $1,5 \pm 0,1^\circ\text{C}$ ($p < 0,001$).

СТОМАТОЛОГІЯ

Через 6-7 дней проводимого лечения термоасимметрия у пострадавших I группы наблюдения была ещё достоверно увеличенной и составляла $0,9 \pm 0,1^{\circ}\text{C}$ ($p < 0,01$). У обследуемых контрольной II группы термоасимметрия в эти сроки была достоверно увеличенной и составляла $1,3 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$ ($p < 0,001$). Через 9-10 дней проводимого лечения термоасимметрия у пострадавших I группы наблюдения нормализовалась и составляла $0,6 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$ ($p > 0,05$). У обследуемых контрольной группы термоасимметрия на 9-10 сутки проводимого лечения сохранялась достоверно увеличенной и составила $1,0 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$ ($p < 0,01$).

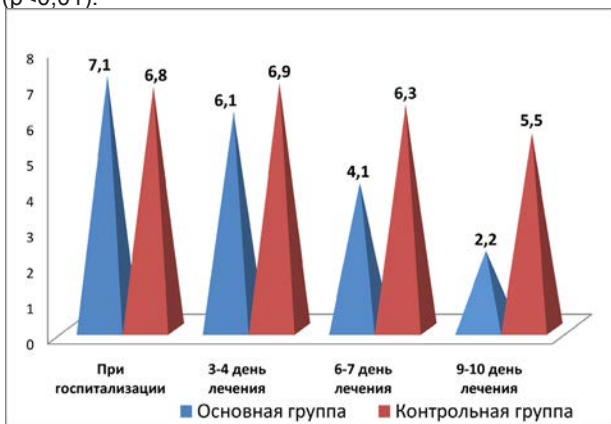


Рис. 4. Проба Шиллера-Писарева (йодное число Сваркова) у больных с переломами нижней челюсти в динамике проводимого лечения.

Таблица

Показатели термоасимметрии слизистой оболочки альвеолярного отростка

Группа наблюдения	Число лиц	День обследования	ΔТ – термоасимметрия (в °С)	
			М ± m	p
I группа наблюдения	40	Госпитализация	$1,6 \pm 0,1$	$< 0,001$
		3 – 4 день	$1,2 \pm 0,2$	$< 0,001$
		6 – 7 день	$0,9 \pm 0,1$	$< 0,01$
		9 – 10 день	$0,6 \pm 0,2$	$> 0,05$
II (контрольная) группа наблюдения	35	Госпитализация	$1,7 \pm 0,2$	$< 0,001$
		3 – 4 день	$1,5 \pm 0,1$	$< 0,001$
		6 – 7 день	$1,3 \pm 0,2$	$< 0,001$
		9 – 10 день	$1,0 \pm 0,2$	$< 0,01$
Здоровые люди	35		$0,5 \pm 0,1$	

Примечание: p – достоверность различий по сравнению со здоровыми людьми.

На основании нами проведенных местных термометрических обследований (пострадавших I группы наблюдения) было установлено, что при использовании для медикаментозного лечения препарата «Аксеф» нормализация местной температуры у пострадавших с инфицированными переломами нижней челюсти наблюдается на 9-10 сутки. При проведении традиционного медикаментозного лечения таких же пострадавших (контрольная группа наблюдения) нормализация местной температуры в указанные сроки не происходит.

Воспалительные осложнения в I группе наблюдения в виде посттравматического остеомиелита нижней челюсти встречались у 2 из 40 пострадавших (в 5,0%). Воспалительные осложнения в контрольной (II) группе наблюдения были следующими: у 8 из 35 пострадавших, т.е. в 22,9% (посттравматический остеомиелит). Заживление инфицированных посттравматических костных ран при ступенчатой антибактериальной терапии препаратом «Аксеф» происходило гладко, со значительно меньшим (в 4 раза) числом воспалительных осложнений.

Выводы. Нашими обследованиями пострадавших с инфицированными переломами нижней челюсти показано, что препарат «Аксеф» является эффективным антибиотиком, который позволяет добиться успеха при лечении данного контингента больных. Следует отметить, что препарат «Аксеф» является пригодным для ступенчатой антибактериальной терапии у пострадавших с инфицированными переломами нижней челюсти. Препарат обладает широким спектром антимикробной активности к микрофлоре, которая наиболее часто встречается у больных в челюстно-лицевой области. Побочных эффектов и осложнений при приеме антибактериального препарата «Аксеф» мы не наблюдали.

Исходя из ранее проведенного обследования можно сделать заключение, что препарат «Аксеф» нужно рекомендовать для широкого использования в челюстно-лицевой хирургии при лечении пострадавших с инфицированными переломами нижней челюсти.

Литература

1. Тимофеев О.О. Щелепно-лицева хірургія / О.О. Тимофеев. – Київ: ВСВ "Медицина", 2011. – 752 с.
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – Киев: ООО "Червона Рута – Турс": издание 5-е (исправленное и дополненное), 2012. – 1048 с.
3. Царев В.Н. Антимикробная профилактика воспалительных осложнений в хирургической стоматологии/ В.Н. Царев, Р.В. Ушаков // Российский стоматологический журнал. – 2003. - № 4. – С.21 – 25.
4. Ушаков Р.В. Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений в хирургической стоматологии / Р.В. Ушаков, В.Н. Царев – Москва: МИА, 2003. – 57 с.
5. Страгунский Л.С. Рациональные подходы к профилактике инфекционных осложнений в хирургии: методические рекомендации / Л.С. Страгунский, Р.С. Козлов – Москва, 1997. – С.12 – 21.
6. Сидоренко С.В., Криницкая Н.С. Применение ципрофлоксацина в ступенчатой антибиотикотерапии / С.В. Сидоренко, Н.С. Криницкая // Антибиотики и химиотерапия. – 2002. - № 7. – С. 25 – 29.

СТОМАТОЛОГІЯ

7. Mandel L.A. Sequential antibiotic therapy / L.A.Mandel // Neth. J. Med. – 1997. – № 50. – P.93 – 96.

8. Shah P.M. Sequential or switch treatment-witch criteria should be fulfilled? / P.M.Shah // Int. J. Antimicrob Agents. – 2000.- №16. – P. 301– 302.

О.О. Тимофеев, Є.І. Фесенко

Профілактика гнійно-запальних ускладнень при інфікованих переломах нижньої щелепи

Інститут стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Мета. Вивчити ефективність антибактеріального препарату «Аксеф» (цефуроксим) для профілактики гнійно-запальних ускладнень у хворих з переломами нижньої щелепи.

Методи. Обстежено 75 хворих з переломами нижньої щелепи.

Результати. Препарат «Аксеф» є ефективним антибіотиком, придатним для ступінчастої антибактеріальної терапії у постраждалих з інфікованими переломами нижньої щелепи. Загоєння інфікованих посттравматичних кісткових ран при ступінчастій антибактеріальній терапії препаратом «Аксеф» відбувається гладко, зі значно меншим (в 4 рази) числом запальних ускладнень, тому цей препарат рекомендовано для широкого використання в щелепно-лицевій хірургії при лікуванні постраждалих з інфікованими переломами нижньої щелепи.

Ключові слова: «Аксеф», ступінчаста антибактеріальна терапія, переломи нижньої щелепи, стафілокок, гнійно-запальні ускладнення.

О.О. Tymofiev, I.Ye. Fesenko

Prevention of purulent inflammatory complications in case of infected mandibular fractures

Institute of Dentistry of Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Aim. To study the effectiveness of antibacterial drug "Aksef" (cefuroxime) for the prevention of purulent inflammatory complications in patients with mandibular fractures.

Methods. The study involved 75 patients with mandibular fractures.

Results. The medication "Aksef" is an effective antibiotic, which is suitable for step-down antibiotic therapy in patients with infected mandibular fractures. The healing of infected post-traumatic bone wounds at step-down antibiotic therapy with "Aksef" is smooth, with significantly less (4 times) number of inflammatory complications.

Conclusions. The medication "Aksef" is recommended for widespread use in oral and maxillofacial surgery in the treatment of patients with infected mandibular fractures.

Key words: "Aksef", step-down antibiotic therapy, mandibular fractures, staphylococcus, purulent inflammatory complications.

Ведомости об авторах:

Тимофеев Алексей Александрович – заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, д. мед. н., профессор, Заслуженный деятель науки и техники Украины. Адрес: Киев, ул. Подвысоцкого, 4а, тел.: (044) 528-35-17.

Фесенко Евгений Игоревич – аспирант кафедры челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика. Адрес: Киев, ул. Баггоутовская, 1, тел.: (044) 528-35-17.