

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра-клиника хирургической стоматологии и челюстно-лицевой  
хирургии

Реферат:

«Фармакотерапия в челюстно - лицевой области»

Выполнил ординатор  
кафедры-клиники хирургической стоматологии и ЧЛХ  
по специальности «стоматология хирургическая»  
Лейкин Александр Юрьевич  
рецензент д.м.н., проф. Левенец Анатолий Александрович

Красноярск 2017

## План реферата:

1.Схема построения рациональной терапии при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области.....	3
2. Особенности антибактериальной терапии в практике челюстно – лицевого хирурга, врача хирурга – стоматолога.....	12
3.Применение антибактериальной терапии при отдельных нозологических формах заболеваний.....	13
4.Схема назначения фармакологических препаратов при различных заболеваниях Челюстно лицевой области.....	16
5.Список литературы.....	22

## **Схема построения рациональной терапии при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области**

Гнойно-воспалительные заболевания и послеоперационные гнойные осложнения является актуальной проблемой современной стоматологической практики. Врачу-стоматологу в хирургической практике адекватно проведенное комплексное лечение абсцесса, флегмоны, остеомиелита, и.т.д. имеет большое значение в ликвидации воспалительного процесса.

### **Основные принципы:**

1. Хирургическая помощь в полном объеме. Хирургический способ лечения больных с острыми нагноительными процессами остается незаменимым и в настоящее время — это вскрытие гнойного очага и всех затеков, эффективное дренирование, создание благоприятных условий для их заживления. зуб, явившийся причиной воспалительного заболевания, подлежит удалению. Как правило, удаление «причинного» зуба и вскрытие очага скопления гноя проводят в один прием. В случае, если состояние больного тяжелое, отмечается подъем температуры тела до 39 °С, «причинный» зуб разрушен и ожидается травматичное его удаление, зуб удаляют после стихания симптомов воспаления (отсроченное удаление «причинного» зуба). Сохранению подлежат постоянный однокорневой сформированный «причинный» зуб при условии немедленного пломбирования корневого канала с последующей операцией резекции верхушки корня после стихания воспаления.

2. Антибактериальная терапия. Рациональный подход к антимикробной терапии основывается на выделении, идентификации и определении чувствительности микроорганизмов к препаратам. Чем выше чувствительность, тем эффективнее лечение. До получения результатов антибиотикограммы назначают препараты широкого спектра действия — пенициллин, линкомицин, кефзол, ампициллин, гентамицин, оксациллин, ампиокс-натрий, эритромицин, нетромицин, цефазолин, цефалексин, сульфаниламиды.

Принципы классического применения антибиотиков:

- 1) выбор антибиотика в соответствии с чувствительностью микроорганизмов;
- 2) высокая концентрация антибиотика в крови и очаге воспаления для достижения бактериостатического или бактерицидного эффекта.

После определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам проводят окончательную коррекцию антибактериальной терапии. В то же

время необходимо подчеркнуть опасность, особенно в детском возрасте, комбинаций антибиотиков, вызывающих ото-, гепато- и нефротоксическое действие (стрептомицин, канамицин, антибиотики неомидинового ряда и др.).

Как правило, антибиотики вводят внутримышечно. В специализированных стационарах практикуют также подведение антибиотиков к зоне воспаления непосредственно в рану с помощью диализа, катетеризации вен и лимфогенно. Лимфогенный путь введения антибиотиков особенно эффективен, позволяет снизить дозу препаратов, уменьшить частоту их введения и побочное воздействие на организм, транспортировать антибиотик непосредственно в очаг воспаления. Лимфогенная транспортировка антибиотика способствует также снижению дезактивации их в организме, что неизбежно при традиционном внутримышечном введении этих препаратов.

3. Детоксикационная и симптоматическая терапия. При лечении больного с гнойно-воспалительным процессом проводят детоксикационную терапию — назначают обильное питье, а при тяжелом течении вводят внутривенно гемодез, изотонический раствор натрия хлорида, 5 % раствор глюкозы, реополиглюкин.

В комплекс лечебных мероприятий входит также симптоматическая терапия — борьба с болью, сопутствующими функциональными нарушениями органов и систем.

4. Гипосенсибилизирующая терапия. Больным назначают препараты, обладающие антигистаминным и антисеротониновым действием, препараты кальция внутрь, а в тяжелых случаях внутримышечно.

5. Воздействие на иммунную систему включает в себя иммунозаместительную терапию, иммуностимуляцию и устранение ингибирующих иммунологическую реактивность факторов. Иммунотерапия представляет собой пассивное иммунозаместительное воздействие, т.е. введение в организм ребенка готовых антител, например антитоксической сыворотки, антистафилококковых сывороток, препаратов гамма-глобулинов.

К иммунотерапевтическим воздействиям относят также выведение из организма иммунных комплексов и ингибирующих факторов, которые связывают антитела, введенные с заместительной целью,

или блокируют эффект иммунокорректирующих препаратов. С этой целью проводят гемодиализ, гемо-сорбцию, иммуносорбцию, плазма- и лимфаферез.

Фармакологические препараты, влияющие на иммунную систему, подразделяют на иммуностимуляторы, иммунодепрессанты и иммуномодуляторы. Иммуностимуляторы бывают синтетическими (декарис,

диуцефон) и естественными (вакцины, эндотоксины). Эти препараты различно воздействуют на активность Т- и В-звеньев иммунитета и систему фагоцитирующих клеток (например, метилурацил, далагил, нуклеинат натрия стимулируют активность Т-хелперов и фагоцитоз, а декарис стимулирует активность Т-супрессоров).

Новое направление в иммунокоррекции появилось с открытием гормонов и медиаторов, вырабатываемых самой иммунной системой для регуляции и созревания иммунокомпетентных клеток. К ним относятся тимические факторы (тактивин, тималин, тимоптин, тимоген), костномозговые факторы (миелопид, стимулятор антителопродуцентов), интерлейкины (лимфокины, монокины).

6. Общеукрепляющее лечение. Повышение защитных сил организма больного ребенка осуществляется посредством регулярного введения плазмы, сывороточного альбумина, антистафилококкового гамма-глобулина. Это одновременно и пластический материал, и полноценное питание, биологический стимулятор и готовые антитела. Все эти препараты оказывают также хорошее детоксикационное действие, ускоряют выздоровление.

Для повышения эффективности антибактериальной терапии, стимуляции защитных сил организма, усиления репаративных процессов используют следующие препараты: галаскорбин, пентоксил, метацил, а также бактериальный полисахарид продигиозан, который не оказывает антибактериального действия, но вызывает перестройку ряда систем организма — стимулирует фагоцитарную функцию, активизирует факторы гуморального иммунитета, усиливает деятельность гипофизарно-надпочечниковой системы.

7. Витаминотерапия. Гнойная инфекция вызывает также выраженный гиповитаминоз. Особенно резко проявляется недостаточность витаминов группы В и С. В связи с этим широко практикуют назначение витаминизированных коктейлей внутрь, в тяжелых случаях — парентерально, что положительно влияет на улучшение тканевого дыхания, снижает проницаемость сосудистых стенок, улучшает условия репарации тканей, снижает уровень интоксикации организма.

8. Местное лечение. Для местного лечения гнойных ран в 1-й фазе раневого процесса (травматическое воспаление) рекомендуются средства с выраженным дегидратационным, некролитическим, антибактериальным, обезболивающим действием. Особенно эффективны мази на гидрофильной основе: «Левомеколь», «Левосин», 10 % мазь мафенид-ацетата, 5 % диоксидиновая и йодопириновая мази, азолы на водорастворимой основе в форме пенных аэрозолей — «Диоксизоль», «Сульйодовизоль». Для промывания ран и дренажей используют различные растворы антисептиков (хлоргексидин, хлорофиллипт, эктерицид, димексид, калия

перманганат, перекись водорода), протеолитические ферменты (химотрипсин, химопсин, трипсин).

Во 2-й фазе раневого процесса (регенерация или пролиферация) широко используют мазь Вишневского, винилин, облепиховое масло, сок и масло шиповника, коланхоэ, метилурациловую мазь, желе «Солкосерил» и аэрозоли: «Винизоль», «Олазоль», «Левовинизоль», «Сульйодовизоль», «Диоксизоль», «Гипозоль», «Траумель С».

В 3-й фазе раневого процесса (формирование и перестройка рубца) местно, как правило, используют кератопластические средства для ускорения эпителизации и физиотерапевтические процедуры (тепловые прогревания, электрофорез ферментов и др.) для предотвращения образования гипертрофических и келоидных рубцов. Больным с различными гнойными процессами в околочелюстных мягких тканях показаны физиотерапевтические процедуры: токи УВЧ, УФО, электрофорез линкомицина, ГБО, магнито- и лазеротерапия.

Следует отметить, что немедикаментозная терапия служит альтернативой «фармакологической перенасыщенности» детского организма в современных условиях.

Пути улучшения помощи детям с воспалительными процессами ЧЛЮ следует искать в увеличении объема санации и улучшении ее качества, ранней диагностике и прерывании острой одонтогенной инфекции, оперативной мобилизации всех ресурсов при развивающихся гнойных формах воспаления.

Значительная часть больных с острыми воспалительными процессами без выраженных признаков общей реакции не нуждается в госпитализации и находится на амбулаторном лечении, однако детям с острыми воспалительными процессами и выраженным общим проявлением воспалительной реакции необходимо специализированное комплексное лечение в условиях стационара. Такой же тактики следует придерживаться при лечении всех детей с острыми гнойными воспалительными процессами ЧЛЮ, а в младшей возрастной группе (до 5 лет) в обязательном порядке.

С точки зрения этиологии инфекционно-воспалительные заболевания ЧЛЮ можно разделить на:

v одонтогенные - связаны с поражением пульпы зуба, периодонта и распространением инфекции на кость, мягкие ткани лица и шеи, верхнечелюстной синус, др. ;

v пародонтальные - связаны с поражением пародонта;

v стоматогенный - связаны с инфицированием тканей микрофлорой полости рта;

в неодонтогенные - риногенный гайморит, фурункул, карбункул, рожистое воспаление, гематогенный остеомиелит, др .;

в специфические процессы - актиномикоз, туберкулез, сифилис, др.

В первую очередь одонтогенные процессы могут быть причиной серьезных, угрожающих жизни осложнений со стороны полости черепа, средостения участка, клапанного аппарата сердца и сепсиса.

При оценке роли микроорганизмов в развитии воспалительных заболеваний ЧЛЮ необходимо отметить, что в их возникновении большое значение играет резидентная микрофлора полости рта. Это создает определенные трудности, связанные с: во-первых, инфекция здесь всегда обусловлена микробами, которые находятся в полости рта здорового человека, во-вторых, процесс в отсутствие специфического возбудителя может быть обусловлен действием нескольких видов одновременно; в-третьих, один и тот же микроорганизм может вызывать различные патологические процессы или два разных возбудителя у разных лиц могут вызвать похожие патологические процессы.

Общее влияние на основные звенья инфекционно-воспалительного процесса ЩЛД состоит из;

в активного этиотропного лечения (уничтожение возбудителя заболевания)

в патогенетического лечения:

в восстановление гомеостаза и стимуляции биологических защитных механизмов;

в адекватной анальгезии и седации при возникновении боли;

в стимуляции защитных и репаративных механизмов, иммунокоррекции.

Лечение воспалительного процесса ЩЛД может быть эффективным только в том случае, если гнойный очаг ликвидирован хирургическим путем с последующим обеспечением дренирования раны. Это позволяет не только локализовать инфекцию и создать условия для полноценного оттока содержимого гнойника, но и предупредить развитие осложнений. Однако стандартная методика хирургической обработки гнойной раны не может обеспечить достаточного удаления микробной флоры, поэтому принципиальное значение имеет послеоперационная терапия. Одной из главных звеньев в этом лечении является рациональное использование АБП, эффективная концентрация которых в крови обеспечивается дозой и вводом.

К современным АБП предъявляются повышенные требования. Кроме широкого спектра антибактериальной активности в отношении доминирующих в наше время этиопатогенов, они должны обладать способностью быстро и селективно проникать через наружную клеточную оболочку бактерий, быть устойчивыми к действию разрушающих ферментов

(β-лактамаз, др.), Иметь выраженный постантибиотическим эффект и не вызывать иммуносупрессии.

В большинстве случаев врач-стоматолог назначает антибактериальную терапию эмпирически, то есть не имея информации о возбудителе и его антибактериальную чувствительность. В условиях снижения активности практически всех традиционных АБП в стационаре назначают комбинированную антибактериальную терапию (2-3 препарата) или используют новые препараты с максимально широким спектром действия (например, имипенем, дорипенем, цефтобипрол, др.). Важное значение в лечении имеет путь введения АБП. Повышение эффективности системной терапии можно достичь при использовании внутриартериального, внутрикостного или эндолимфатического путей введения препаратов.

Сейчас в общей медицинской практике разработаны наиболее оптимальные эмпирические схемы антибактериального лечения острых воспалений инфекционного генеза, правомерно использовать также в стоматологической практике.

Алгоритм антибиотикотерапии может быть представлен следующим образом: для стартовой терапии пероральные пенициллины (амоксциллин, феноксиметилпенициллин, др.) Или ЦС 1-го (цефалексин, цефазолин, цефадроксил, др.) Или 2-го (цефуроксим аксетил, цефаклор) поколений. На 2-3 сутки лечения проводят оценку терапевтического эффекта и делают вывод об эффективности назначенной терапии. Отсутствие положительной динамики через 72 ч. от начала антибиотикотерапии указывает на необходимость ее коррекции. При эффективности терапии продолжают ее до нормализации клинико-лабораторных признаков.

По результатам микробиологического мониторинга предлагаются такие алгоритмы системной антибиотикотерапии:

в при доминировании грамположительных кокков необходимо использовать препараты пенициллина или ЦС 1-го (цефазолин) или 2-го (цефуроксим, цефокситин) поколений. В последнее время находят применение гликопептиды (ванкомицин, тейкопланин) и представитель новой группы оксазолидинонами - линезолид (синтетический препарат, эффективный в отношении устойчивых форм стафилококков и других грамположительных микроорганизмов)

в если доминирует грамотрицательная флора, требуется назначение ЦС 3-го поколения (цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим, цефподоксим проксетил) или дополнительное назначение АГ (амикацин, нетилмицин), ФХ (ципрофлоксацин, левофлоксацин, гатифлоксацин)

у при клинических проявлениях атипичного течения заболеваний используют современные макролиды (азитромицин, спирамицин, кларитромицин, рокситромицин).

Существуют некоторые особенности рациональной антибиотикотерапии отдельных нозологических форм ЧЛЮ. Например, при лечении фурункулов и карбункулов также показана системная антибиотикотерапия. В легких случаях назначают феноксиметилпенициллин, амоксициллин или макролиды. При рецидивирующих фурункулах можно назначать непрерывно в течение 1-2 месяцев бициллин или макролиды (по 1 неделе ежемесячно).

Лечение острого остеомиелита, а особенно его септической формы с одновременным поражением нескольких костей, с эффективностью проводят линкозамидными антибиотиками. Этиология заболевания чаще всего связана с золотистым стафилококком, стрептококком и смешанной инфекцией, среди анаэробов которой зачастую имеющиеся бактероиды. Эффективность линкомицина или клиндамицина при лечении острого остеомиелита связана с их активным воздействием именно на вышеуказанные возбудители. Продолжительность лечения острых процессов составляет 10-14 (21) суток. При хроническом течении лечения продолжают 2-3 месяца. С целью повышения эффективности терапии этой нозологической формы используют комбинации клиндамицина с другими АБП (клоксацилин, цефазолин). Особенно эффективной оказывается комбинация клиндамицина с АГ (амикацин) или ФХ (ципрофлоксацин). Важно знать, что антагонистической считается комбинация линкомицина с эритромицином или хлорамфениколом.

Применение клиндамицина особенно обоснованное в случаях остеомиелита анаэробного происхождения и септического артрита. Высокая эффективность и низкая токсичность линкомицина и клиндамицина наблюдается при лечении одонтогенных инфекций (острый и хронический периодонтит в стадии обострения, периодонтальный абсцесс, пародонтит) и повреждений кожи, мягких тканей и суставов.

При использовании антибактериальной терапии в условиях стоматологической практики важно помнить о необходимости индивидуального подхода к лечению. Следует обратить внимание, что у больных пожилого возраста клинические проявления заболеваний часто бывают атипичными, без выраженной клинической симптоматики, часто отсутствует лихорадка. Состав микрофлоры как полости рта, так и гнойно-воспалительных очагов у таких больных отличается от таковой у лиц молодого и зрелого возраста. Чаще у молодых встречается резистентность возбудителей к антибактериальным препаратам. В пожилом возрасте повышается риск развития побочных реакций. Фармакокинетические свойства препаратов у таких больных могут изменяться при сопутствующих заболеваниях и наличии функциональных нарушений почек и печени.

Поэтому, с целью обеспечения большей безопасности у пожилых больных, преобладает назначения АБП внутрь или своевременный перевод с парентерального пути введения на пероральный (ступенчатая терапия) в течение 48-72 ч. В таких случаях обычно переходят на пероральную форму того же антибиотика или близкого по спектру активности в парентерального.

Для практики врача-стоматолога важно знать ряд общеизвестных положений антибактериальной терапии, имеющие значение для эффективного лечения. В последнее время среди представителей микрофлоры наблюдается увеличение метицилинорезистентных штаммов *S. aureus*, что может вызвать проблемы при использовании антибиотиков. Перечень активных противостафилококковых препаратов ограничен ингибиторзащищенными пенициллинами (амоксиклав, аугментин) или ГС (Сульбактомакс, сульперазон), гликопептидами (ванкомицин), препаратом группы оксазолидинонами (линезолид). При анаэробной инфекции эффективны ингибиторзащищенные пенициллины (амоксиклав, амписульбин), клиндамицин, метронидазол, орнидазол. ЦС 3-го поколения малоэффективны против грамположительных форм, поэтому используют флюорохинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин) или АГ (амикацин). В случае обнаружения грибов к АБП рекомендуют добавлять флуконазол. Детям со склонностью к аллергическим реакциям рекомендовано назначение современных макролидов (кларитромицин).

Причины неэффективности антибактериальной терапии могут быть связаны с неточностью диагностики или дефектами в консервативном и хирургическом лечении.

К первой группе причин можно отнести:

- v инфекционный процесс, вызванный небактериальными возбудителями (вирусы, грибы)
- v неточная диагностика заболевания (например, одонтогенной или неодонтогенной природы, гайморит), что важно при назначении эмпирической химиотерапии;
- v недиагностированный иммунодефицит;
- v неадекватный выбор АБП (возбудитель природоустойчивый к нему или препарат не может проникать в органы или ткани, где находится очаг инфекции)
- v случаи, когда воспаление вызвано инородным телом, требует его удаления или дренирования гнойного очага;
- v инфекция является лишь осложнением основного заболевания (например, новообразования).

Ко второй группе причин можно отнести:

- v случаи резистентности возбудителя *in vivo* при удовлетворительной чувствительности *in vitro*;
- v развитие резистентности возбудителя в течение курса терапии (при инфекциях, вызванных грамотрицательными возбудителями)
- v занижена по вине врача-стоматолога доза (иногда вследствие нарушения техники введения) или из-за ошибки применения больным (так антибиотик недостаточно проникает в очаг инфекции)
- v неадекватная кратность введения антибиотика, что приводит к уменьшению суточной дозы
- v суперинфекция, вызванная резистентными к ЛП возбудителями.

Идеальным вариантом проведения антибактериальной терапии является ее назначение и контроль специалистом-химиотерапевта. К сожалению, это возможно только в многопрофильном объединении или стационаре, а не в условиях амбулаторной стоматологической службы.

В общей терапии острых воспалительных процессов ЧЛЮ дополнительно к антибактериальной терапии широко используют препараты разных фармакологических групп (ГКС, НПВС, иммуномодулирующие препараты, ингибиторы протеолитических ферментов и ферменты, антиоксиданты, стимуляторы репаративных процессов).

Особенно большую роль в стоматологической практике в комплексной терапии процессов с тяжелым течением и у ослабленных больных на современном этапе играет иммуностимулирующая терапия. Применение ИС одновременно с фармакологическими препаратами и антибиотиками при гнойно-воспалительных процессах (в ранние сроки после хирургических операций, др.) И при доказанной вторичной иммунной недостаточности наносит двойной удар по возбудителю. При этом АБП подавляет функциональную активность возбудителя и повышает его чувствительность к киллерным эффектам фагоцита, а иммуномодулирующие препараты существенно стимулируют активность фагоцита и его способность убивать возбудителя. Рациональная иммуностимулирующая фармакотерапия должна базироваться на предварительном обследовании иммунного статуса конкретного больного. Широко применяют ИС при болезнях, которые сопровождаются изменениями иммунной системы организма (флегмона, абсцесс, карбункул, остеомиелит). ИС целесообразно назначать также при замедленной регенерации тканей в ЧЛЮ, в том числе на слизистой оболочке полости рта, при ожоговых, лучевых поражениях и в послеоперационном состоянии.

Общие принципы применения ИС в лечении гнойно-воспалительных процессов базируются на:

в раннем назначении - с первого дня применения АБП, при неполном выздоровлении после перенесенного острого инфекционного заболевания или возникновении послеоперационных инфекционных осложнений;

в тщательном выборе иммуномодулирующих препаратов, определении их дозы и схемы лечения, расчете противопоказаний к назначению и побочных эффектов

в применении ИС, действующих на фагоцитарную звено иммунитета (ликопида, полиоксидоний, Имудон, рекомбинантные цитокины, препараты эхинацеи), больным как с выявленными, так и с невыявленными нарушениями иммунного статуса, то есть на основании клинической картины.

С целью эффективного и безопасного применения ИС целесообразно проводить иммунологический мониторинг.

Таким образом, рациональное антибактериальное лечение в хирургической стоматологии предусматривает обязательное применение АБП с использованием всех правил и рекомендаций, известных на современном этапе развития медицины. Отказ от антибиотикотерапии невозможна, так как значимой альтернативы ей сейчас не существует. Но следует учитывать, что современные поколения препаратов не могут полностью решить проблему лечения острых инфекций ЧЛЮ в связи с развитием в них резистентной микрофлоры.

Антибактериальная терапия в условиях хирургической практики базируется на знаниях инфекционных факторов заболевания и тяжести клинической формы заболевания. Знание потенциальных возбудителей хирургических заболеваний помогают начать эмпирическую терапию, а после проведения бактериологического исследования провести при необходимости ее коррекции.

## **ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ ЧЕЛЮСТНОЛИЦЕВОГО ХИРУРГА ВРАЧА ХИРУРГА- СТОМАТОЛОГА**

Выбор наиболее эффективного антибактериального средства во многом зависит от идентификации микроорганизма, вызвавшего заболевание.

В условиях работы челюстно-лицевого хирурга и хирургастоматолога (поликлинике или стационаре) необходимо провести следующие исследования:

- \* установить клинический диагноз и определить необходимость проведения *эмпирической* антибиотикотерапии;
- \* уточнить наличие сопутствующей патологии и выявить состояние организма (возраст, беременность, функцию детоксицирующих органов, генетические аспекты). Собрать фармакологический анамнез за последние 3 месяца, аллергологический анамнез в течение всей жизни пациента. Не менее важное значение при назначении антибиотикотерапии имеет национальность пациента. Так по данным литературы левомицетин хорошо переносится северными нациями (норманны, голландцы), южными (итальянцы, арабы, евреи) – очень плохо.;
- \* провести забор биологического материала (кровь, моча, содержимое гнойного очага) для бактериологического исследования. К сожалению провести данное исследование удаётся только в условиях стационара и не всегда можно распространить результаты этого исследования *in vivo*. Например при наличии смешанной флоры реакция бактерий на антибиотики может быть изменённой;
- \* выбрать лекарственный препарат, что зависит от особенностей заболевания, его тяжести, индивидуальных особенностей организма, аллергологического и фармакологического анамнеза;
- \* при назначении антибиотикотерапии необходимо учитывать также побочное действие препаратов. Так препараты группы аминогликозидов обладают ототоксичным действием и после проведённого курса лечения у пациента может отмечаться ухудшение слуха в течение 3-4 месяцев;
- \* учесть фармако-экономические аспекты терапии;
- \* после назначения лечения необходим контроль за эффективностью лечения (клинический, лабораторный, рентгенологический, бактериологический) на этапах лечения;
- \* помнить, что продолжительность лечения зависит от вида возбудителя, локализации инфекционного процесса, состояния защитных механизмов макроорганизма. Курс лечения - это период, когда достигнуто клиническое излечение плюс 1-2 дня. Продолжительность лечения лучше определить при наблюдении за клинической картиной, так как результат бактериологического исследования не учитывает взаимодействия системы «препарат – микроорганизм - макроорганизм».

## **ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМАХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**1) Хронический периодонтит** (стадия обострения). Проводится терапевтическое лечение, при возможности такого лечения. Если терапевтическое лечение неэффективно, проводится хирургическое лечение по показаниям (удаление зуба, операция резекции верхушки

корня зуба, ампутации корня, гемисекции). Но возможны случаи применения медикаментозного лечения в сочетании с хирургическим. Так в случае очень плотной кортикальной пластинки на нижней челюсти при обострении хронического периодонтита особенно нижних больших коренных зубов, когда терапевтическое лечение неэффективно, хотя каналы зуба хорошо пройдены и открыты, но отток экссудата по ним недостаточный и под надкостницей не определяется инфильтрата. Как правило, назначают антибактериальную терапию (остеотропные антибиотики, сульфаниламидные препараты или препараты нитрофуранового ряда), которая эффективно может быть дополнена проведением компактоостеотомии. По нашим наблюдениям выделение экссудата после проведённой манипуляции отмечается в разные сроки: сразу после проведения манипуляции, на следующие сутки и через сутки. Вполне достаточным является нанесение одного перфорационного отверстия под местной анестезией в связи с болезненностью манипуляции, несмотря на применение обезболивания.

**2) Острые одонтогенные периоститы, хронические периоститы в стадии обострения.** Наиболее важным является адекватное хирургическое вмешательство, которое часто приводит к излечению. Однако при необходимости сохранения причинного зуба, представляющего функциональную ценность, период излечения удлиняется и, в зависимости от клинической картины, по усмотрению хирурга, может быть назначена антибактериальная терапия (препараты группы пенициллинов и комбинированные антибиотики с содержанием клавуновой кислоты, цефалоспорины).

**3) Особое внимание хочется уделить операции атипичного удаления зуба мудрости,** которая проводится в плановом порядке по показаниям как в амбулаторных условиях так и в условиях стационара. Как известно, длительность вмешательства зависит от локализации зуба мудрости (дистопия), формы корней. Операция может длиться от 20-30 минут до 2,5 часов, а иногда и больше. Согласно протоколам лечения, существующим для данной нозологической формы заболевания, данное вмешательство является травматичным и предусматривает проведение антибактериальной терапии в послеоперационном периоде. Однако грамотному хирургу необходимо учесть, что протокол не может являться догмой, а руководством к действию. Поэтому, с нашей точки зрения, характер и объём хирургического вмешательства, а также наблюдение за клинической картиной в послеоперационном периоде являются основными показателями определения плана медикаментозного лечения: в одних случаях назначения предусматривают десенсебилизирующие и обезболивающие

препараты, локальную гипотермию, в других необходимо присоединить антибиотики (препараты группы пенициллинов и комбинированные антибиотики с содержанием клавуновой кислоты, цефалоспорины), сульфаниламиды, препараты нитрофуранового ряда. Осложнения в послеоперационном периоде, в некоторых случаях, могут побуждать пациента к жалобам, а несоблюдение врачебной деонтологии и медицинской этики со стороны коллег приводит к тяжбам.

**4) Острые артриты (инфекционные и реактивные).** Причиной инфекционного артрита являются гонококки, золотистый и эпидермальный стафилококки, стрептококки, грамотрицательные бациллы, анаэробы. Применение антибактериальной терапии (препараты группы пенициллинов и комбинированные антибиотики с содержанием клавуновой кислоты, антибиотики группы аминогликозидов) является обязательным в соответствии с чувствительностью выделенных возбудителей после проведения бактериологического исследования. Следует отметить, что в практике челюстно-лицевого хирурга чаще приходится иметь дело с такой патологией как дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, когда антибактериальная терапия чаще всего не проводится.

**5) Одонтогенные остеомиелиты (острые, обострение хронических).** Применение антибактериальной терапии при данной патологии является обязательным с учётом воздействия на возбудителя заболевания (у взрослых – стафилококковая инфекция, в 80-90% случаев – грамотрицательные бактерии). В соответствии с этим назначают курс антибактериальной терапии. Проводят её длительное время, так как антибиотики плохо накапливаются в костной ткани. Для этой цели применяют остеотропные антибиотики. Лучше всего происходит накопление в костной ткани клиндамицина, линкомицина, цефалоспоринов II-III поколения, фторированных пенициллинов, 4-фторхинолонов. Последние не рекомендуется назначать детям.

**б) План комплексного сбалансированного лечения гнойновоспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи должен**

**включать: препараты группы пенициллинов и комбинированные антибиотики с содержанием клавуновой кислоты,**  
- хирургическое лечение (первичная хирургическая обработка гнойного очага);  
- общее медикаментозное противовоспалительное лечение обязательно включает применение антибиотиков (препараты группы

пенициллинов и комбинированные антибиотики с содержанием клаувоновой кислоты, антибиотики группы макролидов и азалидов) в сочетании с сульфаниламидами и противопаразитарными

### **Схема назначения фармакологических препаратов при различных заболеваниях Челюстно лицевой области.**

Заболевание: Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области с вовлечением ЛОР органов (гайморова, лобная пазухи: миндалины: среднее ухо: дыхательные пути). Периодонтиты и периоститы от премоляров и моляров верхней челюсти (лечение, удаление).

#### Антибиотики

Цифрам 250 мг. (без повышения температуры тела) - 500 мг. (с повышением температуры тела) 2 р/д. - 7 дней. При приеме внутрь запивать полным стаканом воды. Противопоказания: 15+; беременность; лактация; эпилепсия.

Амоксиклав 375 мг. 3 р/д. - до 14 дней. Не зависимо от приема пищи. Противопоказания: аллергическая реакция на пеницилины. Беременным по согласованию с акушером- геникологом.

Сумамед 500мг. 1 р/д. - 3 дня. Натощак, за 1 час до или 2 после приема пищи. Противопоказания: тяжелые нарушения функции печени почек; беременность - в крайнем случае.

#### Антигистаминные препараты

Эриус 5 мг. 1 р/д. Не зависимо от приема пищи. Проглатывая целиком, не разжевывая, запивая небольшим количеством воды. Противопоказания: лактация - проникает в грудное молоко; беременность - с осторожностью.

Лоратадин, Кларитин 10 мг. 1 р/д. Принимать не зависимо от приема пищи. Кардиотоксический эффект. Противопоказания: лактация; печеночная недостаточность; с осторожностью во время беременности. Не назначать с макролидными антибиотиками, противогрибковыми и грейпфрутовым соком.

Супрастин 25 мг. 3-4 р/д.; Тавегил 1 мг. 1-2 р/д. Таблетки принимать во время еды, не разжевывая, запивая водой. Вызывают: седативный эффект (сонливость); потенцируют действие алкоголя; сухость слизистых (возможно назначение при рините); тахифилаксия (снижение эффективности при длительном приеме). Противопоказания: беременность; лактация; новорожденные.

#### Анальгетики

Ибупрофен 400 мг. 3 р/д. После приема пищи. Пациенты должны воздержаться от работ требующей повышенного внимания (вождение автотранспорта). Противопоказания

язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, нарушение кровеотворения, б+, выраженные нарушения функции печени и почек.

Кетанов 10 мг. До 3 р/д. Курс приема не должен превышать 7 дней. Принимать во время шп после еды Противопоказания: язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстно! кишки, нарушение кровеотворения, выраженные нарушения функции печени и почек беременность, лактация.

мг. до 4 р/д. Таблетки принимать в конце приема пищи или после еды Противопоказания: язвенная болезнь желудка двенадцатиперстной кишки

нарушение кровеотворения, выраженные нарушения функции печени и почек, беременность, лактация.

### Пробиотики

Линекс по 2 капсулы 3 р/д. — 14 дней. Запивая небольшим количеством жидкости. Бифидумбактерин по 10 доз (2 пакетика) 3-4 раза в день - 3-4 недели.

**Заболевание; Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области локализирующиеся в костной ткани. Периодонтиты и периоститы от зубов нижней челюсти и передних зубов верхней челюсти (лечение, удаление).**

### Антибиотики

Клиндамицин 300 мг. 4 р/д. - 7-14 дней. За 1 час до еды. Противопоказания: тяжелые нарушения функции печени почек; беременность; лактация.

Сумамед 500мг. 1 р/д. - 3 дня. Натощак, за 1 час до или 2 после приема пищи. Противопоказания: тяжелые нарушения функции печени почек; беременность - в крайнем случае.

Юнидокс солютаб - первый день 200 мг. 2р/д. последующие дни 100 мг. 1р/д. - 5-10 дней. Натощак, за 1 час до или 2 после приема пищи. Противопоказания: 8+; беременность; тяжелые нарушения функции печени и почек.

### Антигистаминные препараты

Эриус 5 мг. 1 р/д. Не зависимо от приема пищи. Проглатывая целиком, не разжевывая, запивая небольшим количеством воды, Противопоказания: лактация - проникает в грудное молоко; беременность - с осторожностью.

Лоратадин, Кларитин 10 мг. 1 р/д. Принимать не зависимо от приема пищи. Кардиотоксический эффект. Противопоказания: лактация; печеночная недостаточность; с осторожностью во время беременности. Не назначать с макролидными антибиотиками, противогрибковыми и грейпфрутовым соком.

Супрастин 25 мг. 3-4 р/д.; Тавегил 1 мг. 1-2 р/д. Таблетки принимать во время еды, не разжевывая, запивая водой. Вызывают: седативный эффект (сонливость); потенцируют действие алкоголя; сухость слизистых (возможно назначение при рините); тахифилаксия (снижение эффективности при длительном приеме). Противопоказания: беременность; лактация; новорожденные.

### Анальгетики

Ибупрофен 400 мг. 3 р/д. После приема пищи. Пациенты должны воздержаться от работы требующей повышенного внимания (вождение автотранспорта). Противопоказания: язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, нарушение кровеотворения, б+, выраженные нарушения функции печени и почек. \* \*

Кетанов 10 мг. До 3 р/д. Курс приема не должен превышать 7 дней. Принимать во время или после еды Противопоказания: язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, нарушение кровеотворения, выраженные нарушения функции печени и почек, беременность, лактация.

Найз 100 мг. до 4 р/д. Таблетки принимать в конце приема пищи или после еды. Противопоказания: язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки,

нарушение кровеотворения, выраженные нарушения функции печени и почек беременность, лактация.

### Пробитотики

Линекс по 2 капсулы 3 р/д. - 14 дней. Запивая небольшим количеством жидкости. Бифидумбактерин по 10 доз (2 пакетика) 3-4 раза в день - 3-4 недели.

**Заболевание: Воспалительные заболевания тканей пародонта (лечение, удаление).**

### Антибиотики

Юнидокс солютаб - первый день 200 мг. 2р/д. последующие дни 100 мг. 1р/д. - 5-10 дней. Натощак, за 1 час до или 2 после приема пищи.

Противопоказания: 8+; беременность; тяжелые нарушения функции печени и почек.

Трихопол 500 мг. 3 р/д. - 7-10 дней. Не зависимо от приема пищи, при плохой переносимости натошак, принимать во время еды. Воздержаться от употребления алкоголя во время приема и в течение 48 часов после. Противопоказания: беременность; нарушение кроветворения; заболевания нервной системы

Амоксиклав 375 мг. 3 р/д. - до 14 дней. Не зависимо от приема пищи. Противопоказания: аллергическая реакция на пеницилины. Беременным по согласованию с акушером-гинекологом.

### Антигистаминные препараты

Эриус 5 мг. 1 р/д. Не зависимо от приема пищи. Проглатывая целиком, не разжевывая, запивая небольшим количеством воды. Противопоказания: лактация - проникает в грудное молоко; беременность - с осторожностью.

Лоратадин, Кларитин 10 мг. 1 р/д. Принимать не зависимо от приема пищи. Кардиотоксический эффект. Противопоказания: лактация; печеночная недостаточность; с осторожностью во время беременности. Не назначать с макролидными антибиотиками, противогрибковыми и грейпфрутовым соком.

Супрастин 25 мг. 3-4 р/д.; Тавегил 1 мг. 1-2 р/д. Таблетки принимать во время еды, не разжевывая, запивая водой. Вызывают: седативный эффект (сонливость); потенцируют действие алкоголя; сухость слизистых (возможно назначение при рините); тахифилаксия (снижение эффективности при длительном приеме). Противопоказания: беременность; лактация; новорожденные.

### Анальгетики

Ибупрофен 400 мг. 3 р/д. После приема пищи. Пациенты должны воздержаться от работы требующей повышенного внимания (вождение автотранспорта). Противопоказания: язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, нарушение кроветворения, 6+, выраженные нарушения функции печени и почек.

Кетанов 10 мг. До 3 р/д. Курс приема не должен превышать 7 дней. Принимать во время или после еды. Противопоказания: язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, нарушение кроветворения, выраженные нарушения функции печени и почек, беременность, лактация.

Найз 100 мг. до 4 р/д. Таблетки принимать в конце приема пищи или после еды. Противопоказания: язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, нарушение кроветворения, выраженные нарушения функции печени и почек, беременность, лактация.

## Пробиотики

Линекс по 2 капсулы 3 р/д. - 14 дней. Запивая небольшим количеством жидкости. Бифидумбактерин по 10 доз (2 пакетика) 3-4 раза в день - 3-4 недели.

**Заболевание: Профилактика воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (имплантация, сложное удаление, объемные операции).**

## Антибиотики

Амоксиклав 375 мг. 3 р/д. - до 14 дней. Не зависимо от приема пищи. Противопоказания: аллергическая реакция на пеницилины. Беременным по согласованию с акушером-гинекологом.

Сумамед 500мг. 1 р/д. - 3 дня. Натощак, за 1 час до или 2 после приема пищи. Противопоказания: тяжелые нарушения функции печени почек; беременность - в крайнем случае.

## Антигистаминные препараты

Эриус 5 мг. 1 р/д. Не зависимо от приема пищи. Проглатывая целиком, не разжевывая, запивая небольшим количеством воды. Противопоказания: лактация - проникает в грудное молоко; беременность - с осторожностью.

Лоратадин, Кларитин 10 мг. 1 р/д. Принимать не зависимо от приема пищи. Кардиотоксический эффект. Противопоказания: лактация; печеночная недостаточность; с осторожностью во время беременности. Не назначать с макролидными антибиотиками, противогрибковыми и грейпфрутовым соком.

Супрастин 25 мг. 3-4 р/д.; Тавегил 1 мг. 1-2 р/д. Таблетки принимать во время еды, не разжевывая, запивая водой. Вызывают: седативный эффект (сонливость); потенцируют действие алкоголя; сухость слизистых (возможно назначение при рините); тахифилаксия (снижение эффективности при длительном приеме). Противопоказания: беременность; лактация; новорожденные.

## Анальгетики

Ибупрофен 400 мг. 3 р/д. После приема пищи. Пациенты должны воздержаться от работы требующей повышенного внимания (вождение автотранспорта). Противопоказания: язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, нарушение кровоотворения, б+, выраженные нарушения функции печени и почек.

Кетанов 10 мг. До 3 р/д. Курс приема не должен превышать 7 дней. Принимать во время или после еды. Противопоказания: язвенная болезнь

желудка и/или двенадцатиперстной кишки, нарушение кровеотворения, выраженные нарушения функции печени и почек, беременность, лактация.

Найз 100 мг. до 4 р/д. Таблетки принимать в конце приема пищи или после еды. Противопоказания: язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, нарушение кровеотворения, выраженные нарушения функции печени и почек, беременность, лактация.

### Пробиотики

Линекс по 2 капсулы 3 р/д. - 14 дней. Запивая небольшим количеством жидкости. Бифидумбактерин по 10 доз (2 пакетика) 3-4 раза в день - 3-4 недели.

## **Заболевание: Терапия для детей (лечение, удаление)**

Антибиотики - в детском возрасте назначаются только при наличии высокой температуры тела и не эффективности жаропонижающих.

Амоксиклав 7-14 лет 250 мг. 3 р/д. - до 14 дней.; 1-7 лет 125 мг. 3 р/д. - до 14 дней. Не зависимо от приема пищи. Противопоказания: аллергическая реакция на пеницилины.

### Антигистаминные препараты

Эриус 2-5 лет сироп 1,25мг. (2,5 мл.) - 1 р/д.; 6-11 лет - 2,5 мг. (5мл.) -1 р/д.

Лоратадин, Кларитин 2-12 лет. 5 мг. 1 р/д. Принимать не зависимо от приема пищи. Не назначать с макролидными антибиотиками, противогрибковыми и грейпфрутовым соком.

Фенистил капли 1-3 лет 10-15 капель 3 р/д.; 3-12 лет. 12-20 капель 3 р/д.

### Анальгетики

Ибупрофен 3-7 лет 100 мг. - 3-4 р/д.; 8-12 лет - 200 мг. - 3-4 р/д..

Парацетамол 1-3 года - 80 мг. - до 6 р/д.; 3-6 лет - 120 мг. 4 р/д.; 6-12 лет - 325 мг. 4 р/д.

### Пробиотики

Линекс 2-12 лет 1-2 капсулы 3 р/д. - 14 дней. Запивая небольшим количеством жидкости. Бифидумбактерин 3-7 лет по 5 доз (1 пакетик) 3-4 раза в день - 3-4 недели.

## Список литературы

1. Безруков В.М., Григорьянц Л.А., Рабухина Н.А. Амбулаторная хирургическая стоматология // Руководство для врачей. М.: Мед. информгентство, 2004. - 108 с.
2. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология: Учеб. пособие. – 2003. – 504 с.
3. Чудаков О.П., Черченко Н.Н., Гузерова Н.Ф. Дентальная хирургия в работе врача-стоматолога общей практики. Методические
4. Рациональная фармакотерапия в стоматологии: Рук. для практикующих врачей/ Г.М. Барер, Е.В. Зорян, В.С. Агапов, В.В. Афанасьев и др.; Под общ. ред. Г.М. Барера, Е.В. Зорян. — М.: Литтерра, 2006. — 568 с. (Рациональная фармакотерапия: Сер. рук. для практикующих врачей; Т. 11).