ЭУБИОТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СОЧЕТАНИИ С ДИСБИОЗОМ КИШЕЧНИКА

Буриев Нурбек Заируллаевич
ассистент Термезского филиала Ташкентской медицинской академии

Пулатова Барно Журахоновна
д.м.н., доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии

Абдухалик заде Нигина Шухратовна
ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии

Хатамов Улугбек Алтибаевич
ассистент кафедры хирургической стоматологии и дентальной имплантации
Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность темы. В настоящее время более 40 % челюстно-лицевых стационаров занимают больные с воспалительными процессами челюстно-лицевой области (ЧЛО) [1,7,12]. Частотатяжелых случаев и осложнений является предметом постоянного изучения отечественных и зарубежных исследователей[2,6,11].

В структуре заболеваний ЧЛО одно из ведущих мест продолжают занимать острые гнойно-воспалительные заболевания (ГВЗ). Больные с ГВЗ челюстно-лицевой области составляют от 40 до 60% нуждающихся в хирургической стоматологической помощи. Около 50% пациентов, поступивших в отделение челюстно-лицевой хирургии (ЧЛО), - это пациенты с воспалительными процессами лица (Фомичев Е.В., 2007, Азимов М.И. Шодиев С.С. 2017). Рост числа медленно действующих гипореактивных форм воспаления в последние годы приводит к местным и общим осложнениям организма, что определяет актуальность изучения вопросов профилактики, диагностики и лечения воспалительных процессов. (Мубаракова Л.Н., 2010). Анализ литературных данных, позволяющих судить о развитии дисбиотических процессов при флегмонах и метаболическом синдроме показал на необходимость подробных клинических исследований по данной проблеме.

В общем медикаментозном лечении ведущим компонентом воспалительных заболеваний ЧЛО является использование эубиотиков. При применении эубиотиков главным принципом является сохранение терапевтических концентраций препарата в крови, органах и тканях организма [8,9,10].Основным неблагоприятнымфактором при оказании помощи беременным является некорректное воздействие лекарственных препаратов,влияющее на течении беременности и развитие плода [3,4,5,7].

В этой связи в современной терапии ГВЗ у беременных актуальной проблемой остается не только разработка новых антибактериальных средств, но и методов их введения.

Цель исследования.

Улучшить результаты лечения больных с переломами нижней челюсти, осложненными флегмонамиЧЛОна основе ступенчатой эубиотикотерапии.

Материалы и методы исследования

Произведено обследование 41больныхнаходящихся на стационарном лечении с флегмонами ЧЛО в отделении челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института с 2020 по 2022 года. Больные разделились на следующие группы:

1-группа20 больных без применениязубиотикас традиционным лечением.

2-группа 21 больных с применением эубиотикапредложенным лечением.

В момент госпитализации в стационар и при лечении больным проводили клинические, лабораторные и микробиологические исследования. Тщательным сбором анамнеза развития заболевания у больных выясняли срок появления жалоб и симптомов, времяобращаемости, до начала болезни имело ли место одонтогенной или другой инфекции, а также травма.С целью определения вида и характеристики биологических свойств возбудителя были изучены культуры, полученные из гнойных ран у больных с флегмонами ЧЛО. Материал для микробиологического исследования забирали из раны сразу после вскрытия гнойника стерильным ватным тампоном. Все наблюдения проведены в бактериологической лаборатории Научно-практического центра Стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Идентификация выделенных чистых культур бактерий проведена общепринятыми методами по морфологическим свойствам.

Микробиологические показатели количественного содержания микроорганизмов в раневом отделяемом рассчитывались методом серийных разведений с определением показателя «колониеобразующие единицы» (КОЕ) в 1 мл (КОЕ/мл). Концентрацией, принятой за микробную контаминацию достаточной, чтобы вызвать острое воспаление, принято значение 10^5 КОЕ/мл.

Всем госпитализированным больным с ГВЗ ЧЛО применяли традиционное комплексное лечение, которое заключалось во вскрытии гнойника, удалении причинного зуба, обязательное общее и местное медикаментозное лечение. Всем 41 пациентам в сразу в первые сутки лечения произведено было вскрытие гнойного очага. У больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями одновременно со вскрытием гнойника удалены причинные зубы, у 69,1 %, а у 30,9 % пациентов зубы, ставшие причиной заболевания, были удалены на до-госпитальном этапе.

Исследуемой группе больных применяли ступенчатое введение эубиотика Бифидум Бактерин. Преимуществами ступенчатой терапии являются снижение риска постинъекционных осложнений, снижение риска нозокомиальной инфекции, снижение длительности госпитализации, снижение стоимости лечения. Показания к применению профилактика и лечение дисбактериоза; дисбактериоз в результате лечения противомикробными и средствами. Режим дозирования Бифидумбактерин таблетки применяют за 20-30 мин до еды. Применение у взрослых: При острых и хронических воспалительных заболеваниях назначают: по 5 доз 2-3 раза/сут. При кишечных заболеваниях длительность курса лечения бифидумбактерином определяется тяжестью клинических проявлений и составляет 2-4 недели, а в отдельных случаях до 3-х месяцев. С профилактической целью назначают по 5 доз 2 раза/сут в течение 1-2 недель. Длительность назначенного лечения зависит от индивидуальных особенностей организма и причины развития дисбактериоза. Средний курс составляет 2 недели. Индивидуальный курс лечения определяется врачом.

Применяют для восстановления нормальной микрофлоры в сочетании со специфической антимикробной, противовирусной и иммуномодулирующей терапией и после терапии. Препарат оказывает выраженный бактерицидный эффект,не метаболизируется в печени, хорошо переносится больными.Живые микробные клетки бифидобактерий обладают высокой антагонистической активностью в отношении широкого спектра патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, включая стафилококки, протей, энтеропатогенную кишечную палочку, шигеллы, дрожжеподобные грибы, что определяет нормализующее влияние препарата при нарушениях биоциноза кишечника. Вытеснение патогенной и условно-патогенной микрофлоры способствует восстановлению нормофлоры.

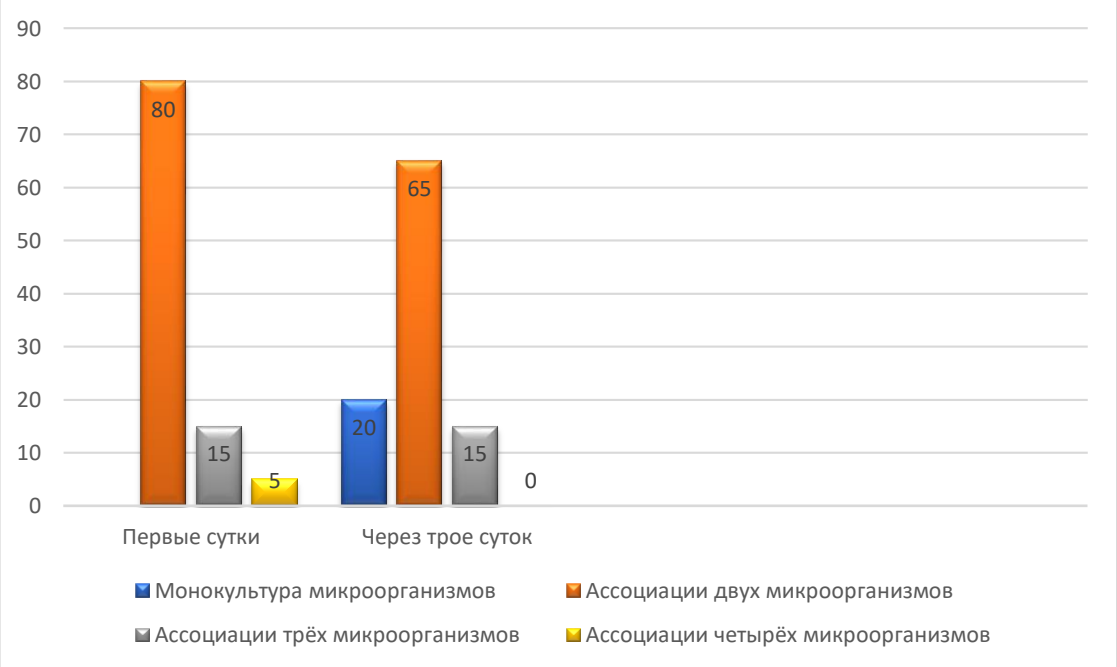
Полученные результаты и их обсуждение.

Оценка эффективности лечения анализировалась по полученным микробиологических и гемодинамическимданным. Микробиологические

результаты исследований у пациентов при традиционных методахлечения указаны в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Микроорганизмы и их ассоциации у больных с флегмонами при традиционном лечении

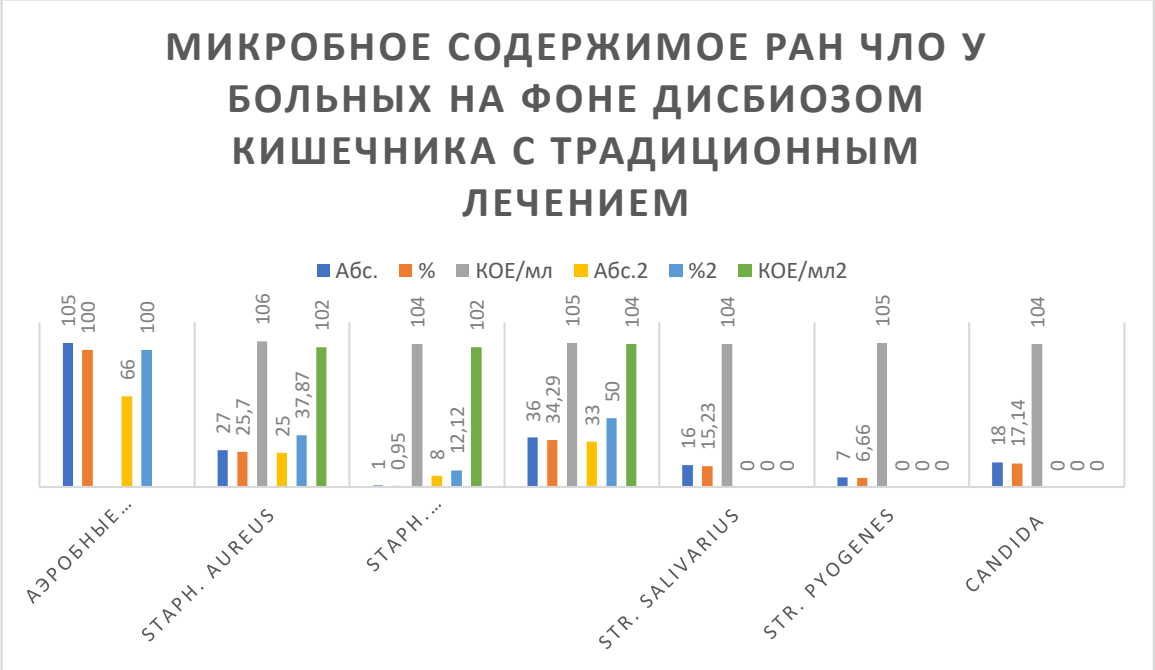


Изданных микробиологических исследований следует, что часто встречались сочетание ассоциаций 2-х микроорганизмов (Staph, aureus иStr. salivarius Staph, aureus иBacteroides; Staph, aureus и Peptococcus; Staph, aureus и Peptostreptococcus;) - у 17 (82,00 %) пациентов, менеережеассоциации3-хмикроорганизмов (Staph, aureus, Str. viridians, Bacteroides; Staph, aureus, Str. pyogenes иBacteroides) - у5 (18,00 %) пациентов. Ассоциации 4-х микроорганизмов (Str. viridans, Staph, epidermidis, Bacteroides, Candida albicans) выявленыу2 (6,00 %) пациентов.

Ниуоднойиз пациентокмоно культуравпосевахневыявлена. После оперативного вмешательства на третьи сутки у 4 (20,00%) пациенток стала высеваться монокультура, ассоциации двух микроорганизмов выявлены - у 13 (65,00 %), ассоциации трёх микроорганизмов — у 3 (15,00 %). Ни у одного из пациенток в раневом отделяемом не выявлены ассоциации четырёх микроорганизмов.

Количественный и видовой анализ микробной флоры ран при флегмонах у пациентов данной группы представлен в табл. 2.

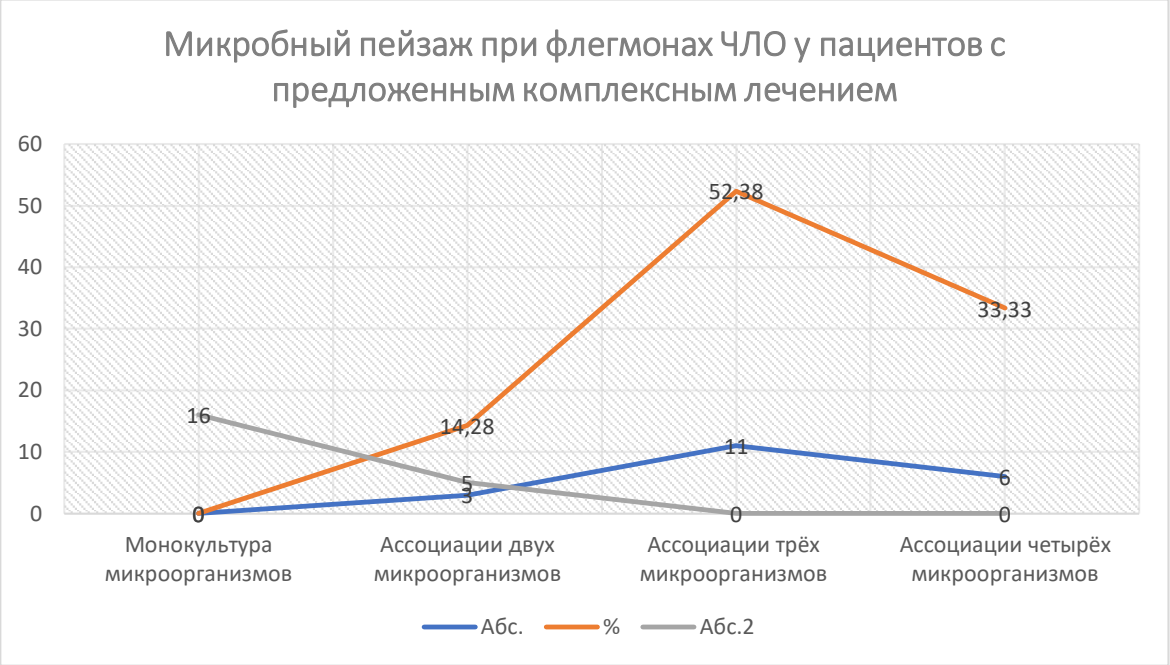
Таблица 2



Как видно в первые сутки после вскрытия флегмон из бактерий чаще высевались Str. viridans - 37 (34,38 %) и Staph, aureus- 26 (25,9 %), менее всего высевались - Str. salivarius - 16 (15,23 %), Str. pyogenes- 7 (6,66 %), Staph, epidermidis– 1(0,95 %) и грибы Candida- 18 (17,14 %). Некоторые виды концентрацией аэробных микроорганизмов в раневом отделяемом достигали «критического уровня» (10^5 КОЕ/мл) или его превышали. Количество бактериальных клеток Staph, aureus(10^6 КОЕ/мл), Str. viridans и Str. pyogenes(10^5КОЕ/мл) превышало допустимых норм, количество же остальных аэробных организмов «критического уровня» не достигало.

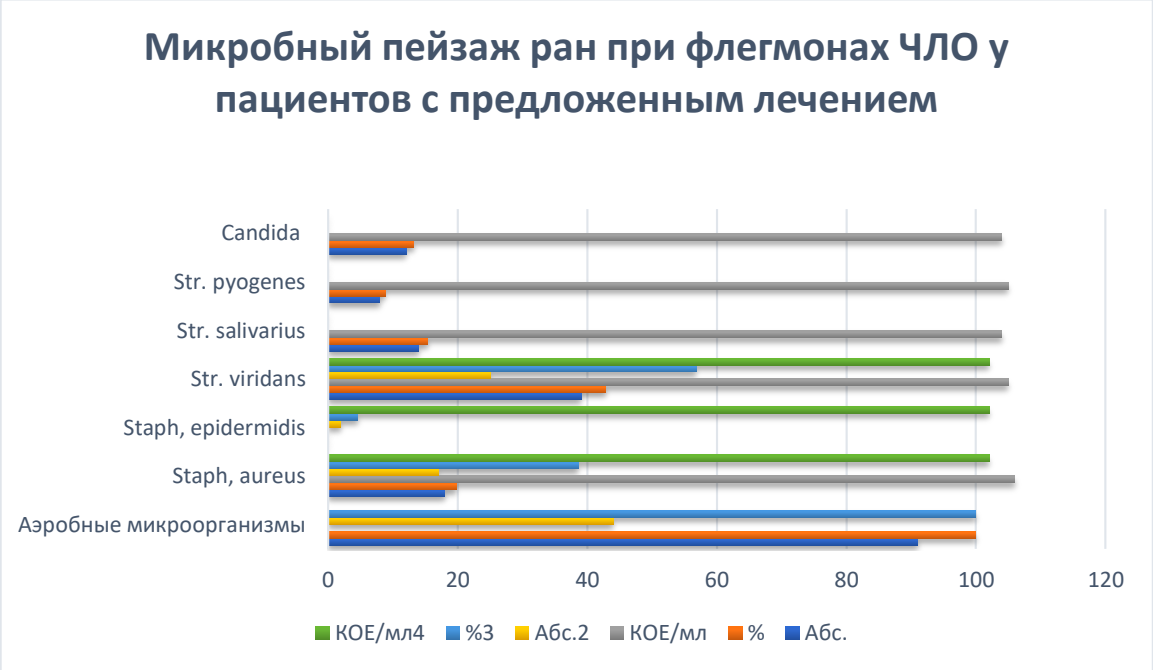
Пациентам II группы, помимо основной традиционнойтерапии, включающей всрытие гнойной раны и дренирование в качестве антибиотика использовали ступенчатое применение препарата «Мегасеф», сначала по 750мг 3 раза в день в/м, в/в- 3 дня, далее препарат назначали в с таблетках 500мг, по 1 таблетке 2 раза в день во время или после еды, а также удалялся«причинный» зуб, осуществлялось промывание растворами антисептиков лунки удаленного зуба, назначались консервативные медикаментозные средства и физиопроцедуры.

Таблица 4



При вскрытии гнойного очага обнаруживались ассоциации микроорганизмов, как и у пациентов группы сравнения. Наиболее часто встречались ассоциации трех микроорганизмов (Staph: aureus, Str. viridians, Bacteroides; Staph, aureus, Str. viridians, Peptostreptococcus) - у 43 (57,33 %) пациентов. Ассоциации четырёх микроорганизмов (Staph, aureus, Str. viridians, Bacteroides, Peptococcus; Staph, aureus, Str. viridians, Bacteroides, дрожжеподобные грибы рода Candida) отмечены у 20 (26,67 %) пациентов, двух микроорганизмов (Staph, aureus, Str. pyogenes; Staph, aureus, Str. salivarius) - 12 (16,00 %) пациентов. Через трое суток стала высеваться монокультура микроорганизмов — у 58 (77,33 %) человек, ассоциации двух микроорганизмов выявлены - у 17 (22,67 %) человек. Ни у одного из пациентов в раневом отделяемом не выявлены ассоциации из трёх и четырёх микроорганизмов. Следует из полученных данных, отмечается положительная тенденция в нормализации микробного пейзажа гнойной раны.

Таблица 5



Сразу после операции верифицированно 91 штаммов. Наиболее часто высевался Str. viridans — в 39 (42,85 %) посевов,Staph, aureus- 18 (19,78 %), Str. salivarius 14(15,38 %),Staph, epidermidis– не высеился. Str. pyogenes-8 (8,79 %), дрожжеподобныегрибки Candida-12 (13,18 %)случаевсоответственно.Черезтроесуткивысеивалисьбактерии Str. viridans — в 25 (56,81 %) посевов, Staph, aureus - 17 (38,63 %), Staph, epidermidis - в 2 (4,54 %). При верификации по отношению к предыдущему сроку исследования небыли обнаружены на средах Str. salivarius, Str. pyogenes, Candida.Важным фактором является, что концентрация микроорганизмов в 1 мл раневого отделяемого в данный срок была достаточно ниже «критического уровня» - 10^2 КОЕ.Это свидетельствует о более быстрой нормализации микробного пейзажа ранып о сравнению с пациентами первой группы.

ВЫВОДЫ

1. Обнаружено, что при вскрытии флегмон на фоне переломов нижней челюстибольных аэробные микроорганизмы верифицируются в 53,14 % посевов, а их концентрация превышает «критический уровень» - 10^5 КОЕ/мл.
2. Ступенчатое применение препарата «Бифидум Бактерин», способствует снижению обсеменённости раны, существенно уменьшается интенсивность, высеваемости аэробной микрофоры в ране.
3. Положительные клинико-лабораторные показатели у пациентов по даннымикробиологических исследований способствовали сокращению сроков госпитаизации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абаев Ю.К. Раневая инфекция в хирургии : учеб. пособие / Ю.К. Аба- ев. - Минск : Беларусь, 2003. - 293 с.
2. Агапов В.С. Пути совершенствования методов лечения больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области / В.С. Агапов, И.А. Пиминова // Образование, наука и практика в стоматологии : тез. докл. 2-й Всерос. науч.-практ. конф. - СПб. : Человек, 2005. - С. 16-17.
3. Дутов А.А. О принципах и проблемах терапевтического мониторинга лекарств / А.А. Дутов // Лаборатория. - 2004. - № 4. - С. 3-5.
4. Кабанова С.А. Изучение спектра микрофлоры и чувствительности к антибиотикам у больных гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО / С.А. Кабанова, А.К. Потоцкий // Актуальные вопросы сто-матологии : сб. тез. Всерос. науч.-практ. конф., посвящ. 120-летию со дня ро-ждения А.И. Евдокимова. - М., 2003. - С. 55-56.
5. Клиническая фармакология : учебник ; под ред. В.Г. Кукеса. - М. : ГЭОТАР-мед, 2004. - 936 с.
6. Мыльникова И.С. Организация рациональной антибиотикотерапии / И.С. Мыльникова. - М. : Грантъ, 2001. - 100 с.
7. Суханов, Антон Евгеньевич диссертация ... кандидата медицинских наук: Санкт-Петербург 2011 http://dlib.rsl.ru
8. Тарасенко С.В. Современные принципы антибиотикотерапии острой одонтогенной инфекции / С.В. Тарасенко, В.С. Агапов, В.Н. Царев // Образо-вание, наука и практика в стоматологии : тез. докл. 2-й Всерос. науч.-практ. конф. - СПб. : Человек, 2005. - С. 195-196.
9. Baker K.A. Antibiotic prophylaxis for selected implants and devices / K.A. Baker // Calif. Dent. Ass. - 2000. - Aug. - Vol. 28, N 8. - P. 620-626.
10. Baumgartner J.C. Occurrence of Candida albicans in infections of endodontic origin / J.C. Baumgartner, C.M. Watts, T. Xia // Endod. - 2000. - Dec. - Vol. 26, N12.- P. 695-698.
11. Khatamov, Ulugbek Altibayevich. "MICROBIOLOGICAL ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE BEFORE AND AFTER URANOPLASTY." *Educational Research in Universal Sciences* 1.7 (2022): 343-351.
12. Хатамов, У. А., and Г. А. Икрамов. "ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА." *Журнал" Медицина и инновации"* 3 (2022): 430-438.