

контролировать процесс деструкции ткани, минимизировать объем их повреждения, получить хороший гемостаз по ходу разреза, обеспечить стерильные условия операционной раны и более быстрое заживление послеоперационной раны.

Литература:

1. Абакарова, С.С. Применение хирургических лазеров при лечении больных с доброкачественными новообразованиями мягких тканей полости рта и хроническими заболеваниями пародонта: Автореф. дис. канд.мед. наук.- М., 2010.-24с.
2. Тиунова, Н.В. Оптимизация комплексного лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. канд. мед. Наук .- Н.Н., 2009.-27 с.
3. Чиликин, В.Н. Плоский лишай. Клиника, диагностика, лечение / В.Н. Чиликин, М.Л Половец. М.: МГМСУ, 2011. – 88 с.
4. Convissar, R.A. Principles and Practice of Laser Dentistry. Mosby Elsevier.- 2011.-155p

УДК 616-036.12

**А.В. Сусоева, И.Н.Костина
РЕЗУЛЬТАТЫ СТАРТОВОЙ ЭМПИРИЧЕСКОЙ
АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ОДОНТОГЕННОГО МЕДИАСТИНИТА**

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Россия

**A.V. Susoeva, I.N. Kostina
THE RESULTS OF THE STARTING EMPIRICAL ANTIBIOTIC THERAPY
IN THE COMPLEX TREATMENT OF ODONTOGENIC MEDIASTINITIS**

Department of Operative Dentistry and Maxillofacial Surgery
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russia

Контактный e-mail: kafedrastom@yandex.ru

Аннотация. В лечении медиастинита медикаментозное лечение также важно, как и правильно выбранная операция медиастинотомия. Базисная фармакотерапия заболевания направлена на подавление/разрушение микробной клетки, элиминации бактериальных токсинов, оптимизацию воспалительного иммунного ответа, коррекцию полиорганной недостаточности. В качестве основных препаратов антибактериальной терапии рекомендуют цефтриаксон и

цефотаксим, к которым чувствительны более 80% выделенных штаммов.

Annotation. In the treatment of mediastinitis drug treatment is as important as the correct operation mediastinotomy. Basic pharmacotherapy of the disease is aimed at the suppression/destruction of microbial cells, elimination of bacterial toxins, optimization of the inflammatory immune response, correction of multiple organ failure. As the main drugs of any antibacterial therapy is recommended Ceftriaxone and Cefotaxime, which are sensitive to more than 80% of the isolated strains.

Ключевые слова: антибактериальная терапия, медиастинит.

Keywords: antibiotic therapy, mediastinitis.

Введение

Медиастинит – воспаление клетчатки средостения, которое может развиваться как осложнение одонтогенных флегмон. Согласно сообщениям в научной литературе абсолютное число больных медиастинитом не снижается [1]. В настоящее время вопросы ранней диагностики и лечения медиастинита требуют дальнейшего изучения и развития, т.к. заболевание часто заканчивается летально, диапазон летальности варьирует от 10 до 50% [1].

На выраженность клинических симптомов, особенности течения медиастинита существенно влияет микробный пейзаж. Микроорганизмы (МО), выделяемые из средостения при развитии вторичного контактного воспалительного процесса, идентичны МО, выявляемым в первичном очаге поражения. При этом в 82 % случаев выявляется анаэробная облигатная инфекция, в 18% случаев - аэробы и факультативные анаэробы (стафилококки, стрептококки, пропионобактерии, пептострептококки, порфиромонасы, превотеллы, бактероиды, пептококки, фузобактерии, энтерококки, клебсиеллы, энтеробактерии) [2]. В составе ассоциаций МО могут быть грибы рода *Candida*, реже *Aspergillus*. Преобладание смешанных форм инфекции описывают многие авторы.

Некоторые ученые отмечают изменения в микробном пейзаже возбудителей медиастинита у пациентов в 21 веке и связывают это с эволюцией хирургической инфекции, изменениями иммунной системы больных, совершенствованием методов бактериологического исследования.

В лечении медиастинита медикаментозное лечение также важно, как и правильно выбранная операция медиастинотомия. Базисная фармакотерапия заболевания направлена на подавление/разрушение микробной клетки, элиминации бактериальных токсинов, оптимизацию воспалительного иммунного ответа, коррекцию полиорганной недостаточности [1]. Бактериологические исследования последних 4-5 лет показали, что в 29,2% случаев при лечении больных медиастинитом выделенные штаммы МО оказались нечувствительными к меропенему и левофлоксацину (таваник) [1]. В качестве основных препаратов, рекомендуемых для схем эскалации, выбираются антибиотики (АБ), к которым чувствительны более 80% выделенных штаммов (цефтриаксон и цефотаксим) [1].

Цель исследования – изучение качественного состава штаммов МО из операционной раны при одонтогенном медиастините и влияние на микробный пейзаж традиционной эмпирической АБ терапии.

Материалы и методы исследования

За период 2011–2015 гг. в отделении челюстно-лицевой хирургии ЦГКБ № 23 пролечены 33 пациента с медиастинитом. Проведено ретроспективное исследование историй болезней 21 пациента в возрасте от 25 до 89 лет (38% женщин, 62% мужчин; средний возраст 47 лет). Все пациенты обследованы клинически и рентгенологически (компьютерная томография шеи и грудной клетки). Лабораторное исследование включало бактериологическое исследование, общий анализ крови, мочи, биохимический, иммунологический анализ крови, исследование уровня прокальцитонина в крови. В среднем он составил 14,83 нг/мл, что свидетельствует о высоком риске системной инфекции.

В 14% случаев диагностирован первичный, в 86% - вторичный медиастинит. Первичный медиастинит развился после ранения шеи, перфорации шейного отдела пищевода. Вторичный медиастинит развился при наличии одонтогенной (40%) и тонзиллогенной (60%) инфекции.

По локализации чаще всего (71%) диагностирован передневерхний медиастинит, в 14,5% случаев – задневерхний, в 14,5% случаев – тотальный медиастинит.

Во всех случаях у пациентов наблюдали острое течение медиастинита. Одонтогенная инфекция распространилась в средостение из следующих клетчаточных пространств: дно полости рта, окологлоточное, поднижнечелюстное, поджевательное клетчаточные пространства и глубокие клетчаточные пространства шеи.

У 47,7% пациентов с медиастинитом сопутствующие заболевания выявлены не были. Сопутствующие заболевания (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, ишемическая болезнь сердца) выявлены у 42,8% пациентов. В 9,5% случаев у пациентов с медиастинитом диагностированы ВИЧ-инфекция, гепатит В и С.

Пациентам проведено комплексное лечение: трахеостомия, вскрытие одонтогенной флегмоны, медиастинотомия по Разумовскому под общим обезболиванием, фармакотерапия. В послеоперационном периоде средние сроки пребывания пациентов в РАО составили 12 суток.

Результаты исследования и их обсуждение

Бактериологическое исследование отделяемого из операционной раны у пациентов с медиастинитом позволило получить данные о микробном пейзаже (табл. 1). При первичном исследовании чаще выделены в значительном количестве монокультуры β -гемолитического стрептококка групп А и С.

Пациентам с медиастинитом в первые сутки назначали традиционную эмпирическую АБ-терапию: цефазолин и метрогил, цефтриаксон и метрогил.

Таблица 1

Качественный состав микробного пейзажа в операционной ране
пациентов с медиастинитом

№ п/п	Вид микроорганизма	2014 г.	2015 г.
1.	стафилококк	74%	60,7%
2.	стрептококк	5,8%	15%
3.	кишечная палочка	4,8%	8,3%
4.	неферментирующие бактерии	6,4%	8,6%
5.	энтерококки	6,1%	2%
6.	прочие	4,8%	3,3%

После получения результатов бактериологического исследования при необходимости проводили коррекцию АБ-терапии. В нескольких случаях отмечена резистентность выделенных штаммов к назначенным АБ.

Клинический случай. При первичном бактериологическом исследовании у пациента с медиастинитом выделен стрептококк. Стартовая АБ-терапия включала метрогил и цефтриаксон. На 7 сутки получены результаты повторного бактериологического исследования, выделен *V.hepatica*. Штамм обладал приобретенной резистентностью к цефалоспорином и природной резистентностью к карбопенемам. Проведена коррекция АБ-терапии.

Другой клинический случай. При первичном бактериологическом исследовании обнаружен гемолитический стрептококк. Назначена стартовая эмпирическая АБ-терапия. На третьи сутки лечения в ране определены клинические признаки присоединения сине-гноной палочки, которая обладает природной резистентностью к цефтриаксону. Проведено повторное бактериологическое исследование, которое показало кроме сине-гноной палочки наличие штаммов *Ps.aeruginosa*, *Ac.baumannii*, *Kl.pneumoniae* с множественной резистентностью к АБ. Проведена коррекция АБ-терапии.

В процессе лечения и наблюдения у 62% пациентов с медиастинитом отмечено развитие пневмонии, у 28% пациентов - плеврита. У 43% пациентов медиастинит осложнился сепсисом, в 2,1% случаев присоединился ателектаз легкого и отек головного мозга. После диагностики развившихся осложнений медиастинита пациентам проведена соответствующая терапия. В 33% случаев наблюдение и лечение пациентов с осложненным течением медиастинита закончилось летально.

В 80% случаев летальный исход отмечен у пациентов с сопутствующей соматической патологией без развития осложнений. В общей выборке историй болезней пациентов с медиастинитом летальность составила 52%.

Выводы:

1. Разработка и применение рациональных схем стартовой эмпирической АБ-терапии должна базироваться на регулярно проводимых исследованиях антибиотикочувствительности микроорганизмов операционной раны и нозокомиальной инфекции.

2. Высокая частота смешанных форм инфекции и преобладание облигатных анаэробов являются следствием тяжелого иммунодефицита.

3. При лечении одонтогенного медиастинита необходимо проведение антибактериальной и иммуностимулирующей терапии.

4. На летальность при лечении одонтогенного медиастинита оказывает влияние развитие синдрома полиорганной недостаточности, декомпенсированное течение сопутствующей соматической патологии.

Литература:

1. Слесаренко С.С. Медиастинит / С.С.Слесаренко, В.В.Агапов, В.А.Прелатов. – М., 2005. – 200 с.

2. Чубабрия И.Г. Особенности клинического течения и хирургической тактики при одонтогенном гнойном медиастините / И.Г.Чубабрия // Новое в хирургии. – Пенза, 1992. – С.10-11.

УДК 616-036.12

А.В. Сусоева, Н.С. Тупоногов, И.Н. Костина, О.В. Салий
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО
ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Россия

A.V. Susoeva, N.S. Tuponogov, I.N. Kostina, O.V. Saliy
FEATURES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CHRONIC
MAXILLARY SINUSITIS

Department of Operative Dentistry and Maxillofacial Surgery
Ural State Medical University
Ekaterinburg, Russia

Контактный e-mail: a.v.doctor@yandex.ru

Аннотация. В статье представлены результаты ретроспективного изучения причин, частоты встречаемости хронического верхнечелюстного синусита среди пациентов, обратившихся для лечения в отделение челюстно-лицевой хирургии, ЛОР СОКБ № 1 в 2015 г.

Annotation. The article presents the results of a retrospective study of the causes, frequency of occurrence of chronic maxillary sinusitis among the patients who applied for treatment at the Department of maxillofacial surgery, ENT our main philosophy No. 1 in 2015 year.

Ключевые слова: хронический верхнечелюстной синусит, синусотомия.

Keywords: chronic maxillary sinusitis, sinusotomy.

Введение