

# Совершенствование комплексного лечения острого одонтогенного периостита у людей старших возрастных групп

Д.м.н., проф. С.В. ОКОВИТЫЙ, М.И. МУЗЫКИН, д.м.н., проф. А.К. ИОРДАНИШВИЛИ

## The improvement of complex treatment of odontogenous periostitis in elderly patients

S.V. OKOVITIY, M.I. MUSIKIN, A.K. IORDANISHVILI

Кафедра фармакологии Санкт-Петербургской государственной химико-фармацевтической академии

**В работе представлены результаты клинического исследования 114 пациентов в возрасте от 60 до 88 лет, страдающих острым гнойным периоститом челюстей и проходивших лечение на базе отделения челюстно-лицевой хирургии и стоматологии многопрофильного стационара. Показана динамика клинических симптомов заболевания на фоне комплексного лечения. Выполнена оценка эффективности пероральной антибактериальной терапии у пациентов пожилого и старческого возраста.**

*Ключевые слова:* геронтостоматология, возрастные особенности стоматологических заболеваний, одонтогенный периостит, поднадкостничный абсцесс, гнойно-воспалительные заболевания.

**The paper presents the results of clinical examination of 114 patients aged 60—88 years with acute odontogenous periostitis receiving treatment in in-patient maxillofacial surgery unit. The dynamic of clinical symptoms is used to carry out the comparative effectiveness study of several peroral antibiotics in elderly patients.**

*Key words:* gerontology in dentistry, dental care in elderly patients, odontogenous periostitis, subperiosteal abscess, inflammatory diseases.

Вопросы лечения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний остаются весьма актуальными [4—6, 8].

Если в начале XX века гнойно-воспалительные заболевания (ГВЗ) чаще всего возникали у трудоспособных людей в молодом и среднем возрасте [5, 8], то в настоящее время доля гнойно-воспалительных заболеваний, приходящихся на пожилую и старческий возраст, неуклонно растет [9]. По оценкам экспертов UNFPA, на 2012 г. в Российской Федерации живут 26,498 млн человек старше 60 лет, которые составляют 18,6% от общего числа населения. Ожидается, что к 2050 г. число людей пожилого и старческого возраста возрастет и составит уже 39,338 млн человек, то есть 31% от общего числа населения [3]. Таким образом, в связи с общим старением населения количество геронтологических пациентов в структуре гнойно-воспалительных заболеваний будет увеличиваться. Одонтогенный периостит челюстей составляет до 40% в структуре первичной обращаемости пациентов по поводу гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области [4—6, 8, 9].

Цель исследования — изучение динамики клинических проявлений в ходе комплексного лечения острого одонтогенного периостита челюстей у взрослых людей пожилого и старческого возраста с применением антибактериальных препаратов различных групп.

### Материал и методы

Клиническое исследование по сравнительной оценке эффективности применения антибактериальной терапии в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний у людей пожилого и старческого возраста было проведено на 146 пациентах в возрасте от 60 до 88 лет, страдающих острым гнойным периоститом (ОГП) челюстей и проходивших лечение на базе отделения челюстно-

лицевой хирургии и стоматологии многопрофильного стационара.

Средний возраст пациентов составил  $67,5 \pm 0,45$  года. Распределение пациентов по возрасту производилось согласно возрастной периодизации, рекомендованной ВОЗ.

По характеру антибактериального лечения все пациенты были разделены на четыре группы, 2 из которых являлись контрольными и 2 — основными (табл. 1). В контрольных группах лечение проводилось с использованием классических схем антибактериальной терапии [2, 6, 7, 10, 11] препаратами широкого спектра действия: 1-я контрольная группа — «Цифран СТ» (500/600 мг по 1 таблетке 2 раза в день), 2-я контрольная группа — «Амоксиклав» (625 мг по 1 таблетке 2 раза в день). Для антибактериальной терапии в 1-й группе сравнения использовался препарат «Глево» (Левовфлоксацин) (500 мг по 1 таблетке 1 раз в день), во 2-й группе сравнения «Глево» (500 мг по 1 таблетке 1 раз в день) в комбинации с биокорректором питания «Альгиклам» (65 мг по 2 таблетки 3 раза в день), рекомендованным для применения в челюстно-лицевой хирургии [1]. При выборе генерика левофлоксацина руководствовались тем фактом, что в 2011 г. Администрация США по продуктам питания и лекарственным средствам (FDA) одобрила производство генерической версии левофлоксацина (препарат «Глево», Glenmark Generics Ltd.), полагая, что этот генерический препарат соответствует строгим стандартам качества, гарантирующим врачам и пациентам такой же эффект, как и у оригинального препарата [12].

Распределение пациентов в группах по возрасту и полу было сходным.

Для объективизации оценки динамики клинических проявлений острого гнойного периостита в ходе лечения нами были выбраны пять наиболее выраженных факторов: отек, увеличение регионарных лимфатических узлов, интенсивность болевого синдрома, повышение температуры

Таблица 1. Характеристика больных с острым гнойным периоститом старших возрастных групп, которым проведено комплексное лечение, n (%)

Группы пациентов	Пожилой возраст		Старческий возраст		Всего
	м.	ж.	м.	ж.	
1-я контрольная «Цифран СТ»	7 (4,79%)	13 (8,90%)	5 (3,42%)	7 (4,79%)	32 (21,92%)
2-я контрольная «Амоксиклав»	11 (7,53%)	11 (7,53%)	5 (3,42%)	8 (5,48%)	35 (23,97%)
1-я основная «Глево»	13 (8,90%)	10 (6,85%)	6 (4,11%)	9 (6,16%)	38 (26,03%)
2-я основная «Глево»+«Альгиклам»	12 (8,22%)	16 (10,96%)	6 (4,11%)	7 (4,79%)	41 (28,08%)
Итого	43 (29,45%)	50 (34,25%)	22 (15,07%)	31 (21,23%)	146 (100%)

Таблица 2. Клинические проявления острого гнойного периостита челюстей у людей пожилого и старческого возраста, n (%)

Клинические симптомы	Группы сравнения			
	1-я контрольная	2-я контрольная	1-я основная	2-я основная
Асимметрия лица	20 (62,5%)	21 (60,0%)	24 (63,16%)	24 (58,54%)
Гиперемия кожи	1 (3,13%)	2 (5,71%)	2 (5,26%)	3 (7,32%)
Боль	32 (100%)	35 (100%)	38 (100%)	41 (100%)
Иррадиация боли	12 (37,50%)	15 (42,86%)	11 (28,95%)	16 (39,02%)
Затруднение открывания рта	1 (3,13%)	2 (5,71%)	1 (2,63%)	1 (2,44%)
Увеличение регионарных лимфатических узлов	26 (81,25%)	25 (71,43%)	30 (78,95%)	32 (78,05%)
Сглаженность переходной складки	32 (100%)	35 (100%)	38 (100%)	41 (100%)
Гиперемия слизистой	32 (100%)	35 (100%)	38 (100%)	41 (100%)
Наличие «причинного» зуба	32 (100%)	35 (100%)	38 (100%)	41 (100%)
Болезненная перкуссия причинного зуба	30 (93,75%)	30 (85,71%)	33 (86,84%)	38 (92,68%)
Наличие поднадкостничного гнойного очага	32 (100%)	35 (100%)	38 (100%)	41 (100%)
Повышение температуры тела	26 (81,25%)	28 (80,0%)	31 (81,58%)	32 (78,05%)

тела, наличие отделяемого из послеоперационной раны. Оценка проводилась по трехбалльной системе: 0 — отсутствие признака; 1 — признак незначительно выражен; 2 — признак умеренно выражен; 3 — признак сильно выражен.

При построении таблиц динамики клинических проявлений результаты указаны в процентах от максимально возможной суммы баллов по каждому признаку.

## Результаты исследования

В результате проведенной работы установлено, что периостит челюстей среди гнойно-воспалительных заболеваний пациентов пожилого и старческого возраста является самой частой патологией и составляет 47,21% в общей структуре госпитализаций по неотложным показаниям в специализированный челюстно-лицевой стационар.

Пациенты с острым гнойным периоститом предъявляли жалобы на боли и отек в области поражения, болезненное открывание рта, повышение температуры тела. При сборе анамнеза 86 (75,44%) из них отмечали переохлаждение, как возможный пусковой механизм развития заболевания. Отдельно учитывалось отсутствие санации полости рта, которое выявлялось: в 1-й контрольной группе — у 18 (56,25%) человек; во 2-й контрольной — у 20 (57,14%) человек; в 1-й основной — у 24 (63,15%) человек; во 2-й основной — у 21 (51,22%) человека. Различия между группами статистически незначимы.

Клиническая картина заболевания и частота проявления отдельных симптомов представлена в табл. 2. У всех пациентов выявлялись: гиперемия слизистой оболочки в области «причинного» зуба, боль, наличие «причинного» зуба, наличие поднадкостничного гнойного очага, сглаженность переходной складки. Частыми симптомами также являлись: асимметрия лица за счет коллатерального

отека мягких тканей, увеличение регионарных лимфатических узлов, болезненная перкуссия зуба и повышение температуры тела, которые проявлялись с сопоставимой частотой во всех исследуемых группах.

Всем пациентам при поступлении выполнялась ортопантомограмма, а после оперативного лечения для контроля адекватности оперативного пособия — внутриротовая дентальная рентгенограмма. На нижней челюсти процесс чаще локализовался в области премоляров и моляров, а на верхней челюсти, напротив, чаще поражалась фронтальная группа зубов (рис. 1).

В течение 2 ч после обращения в стационар всем пациентам оказывали неотложную помощь. Лечебные мероприятия включали в себя хирургические вмешательства (удаление причинного зуба, вскрытие и дренирование поднадкостничного абсцесса) и консервативное лечение. Во всех группах хирургическое лечение проводилось радикально, «причинный» зуб удалялся. Выбор данного метода был связан с наличием выраженных деструктивных изменений периапикальных тканей, наличием соматической патологии и сопутствующих заболеваний, а также заболеваний пародонта. После удаления зуба проводилось вскрытие и дренирование поднадкостничного абсцесса, установка дренажа из перчаточной резины. Больному в каждой группе в послеоперационном периоде помимо антибактериальных препаратов назначалась противовоспалительная терапия, антигистаминные препараты и местное применение антисептических средств.

Динамика клинических симптомов на фоне проводимого лечения в каждой из групп представлена на рис. 2—4.

В 1-й группе сравнения пациенты с первого дня получали антибактериальный препарат «Цифран СТ» в течение 5 дней. На фоне проводимого лечения клинические симптомы постепенно купировались. К 3-м суткам часто-

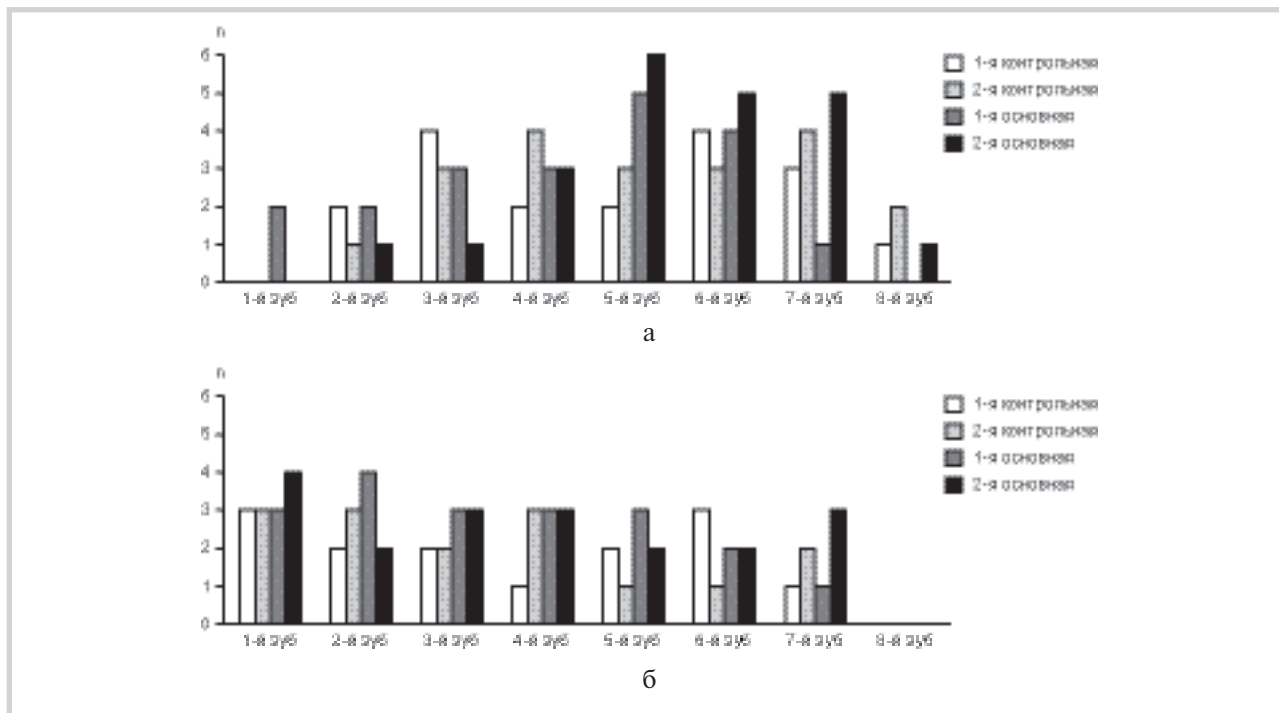


Рис. 1. Частота инициации воспалительного процесса зубами разных групп на верхней (а) и нижней (б) челюсти.

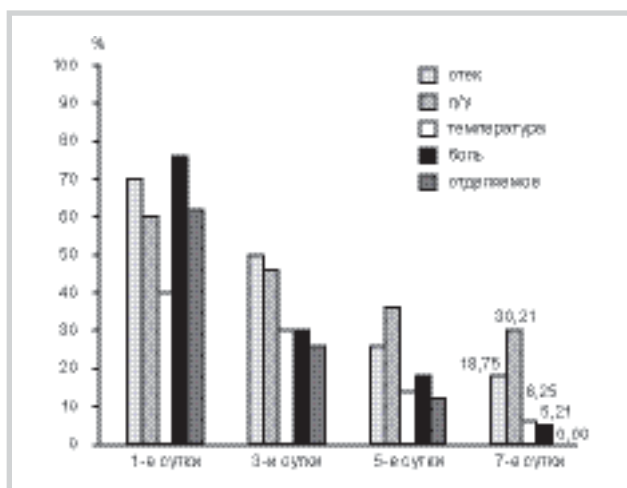


Рис. 2. Динамика клинических симптомов в процессе лечения пациентов пожилого и старческого возраста 1-й контрольной группы («Цифран СТ»).

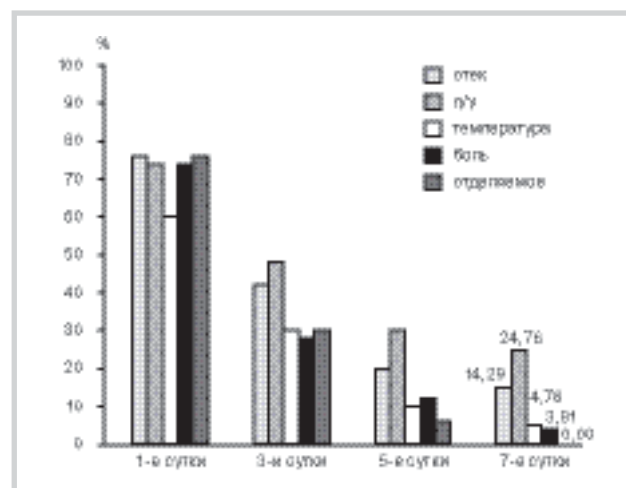


Рис. 3. Динамика клинических симптомов в процессе лечения пациентов пожилого и старческого возраста 2-й контрольной группы («Амоксиклав»).

та проявления каждого из исследуемых признаков уменьшилась практически вдвое (рис. 2). К 5-м суткам динамика проявлений клинических симптомов сохранялась: такие симптомы, как увеличение регионарных лимфатических узлов и отек в области послеоперационной раны, оставались на достаточно высоком уровне и составляли 36,46 и 28,13% соответственно. На 7-е сутки отек в области послеоперационной раны сохранялся в 18,75% случаев, увеличение регионарных лимфатических узлов – 30,21%, температура – 6,25%, боль – 5,21%, отделяемое из послеоперационной раны не определялось ни в одном из случаев.

Во 2-й группе сравнения пациенты с первых суток поступления в челюстно-лицевой стационар получали анти-

бактериальный препарат «Амоксиклав» в течение 5 дней. Динамика клинических симптомов на фоне проводимой антибактериальной терапии была схожей (рис. 3). На 5-е сутки увеличение регионарных лимфатических узлов наблюдалось у 32,38% больных, болевой синдром – у 20,95%. К 7-м суткам частота клинических симптомов была ниже, чем в 1-й группе сравнения и составляла: отек области послеоперационной раны – 14,29%; увеличение регионарных лимфатических узлов – 24,76%; температура – 4,76%; боль – 3,81%; отделяемое из послеоперационной раны отсутствовало.

Пациенты первой основной группы получали антибактериальный препарат «Глево» в течение 5 дней, который широко не применяется в стоматологической прак-

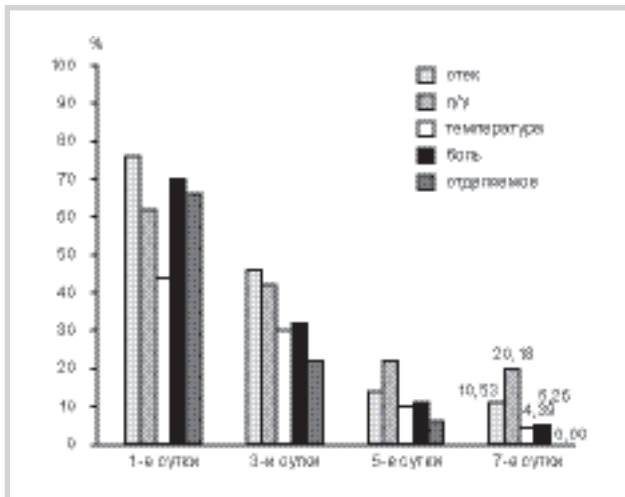


Рис. 4. Динамика клинических симптомов в процессе лечения пациентов пожилого и старческого возраста 1-й группы сравнения («Глево»).

тике. На рис. 4 представлена динамика клинических симптомов в этой группе. До 3-х суток наблюдается схожая клиническая картина с первыми двумя группами сравнения. К 5-м отек области послеоперационной раны отмечен у 18,42% больных, увеличение регионарных лимфатических узлов определялось реже (у 24,56%). На 7-е сутки частота клинических проявлений была несколько ниже: отек области послеоперационной раны — 10,53%; увеличение регионарных лимфатических узлов — 20,18%; температура — 4,39%; боль — 5,26%; отделяемое из послеоперационной раны отсутствовало.

Во 2-й группе сравнения пациенты получали комбинацию антибактериального препарата «Глево» с БАД «Альгиклам» антибактериальная терапия проводилась в течение 5 дней, иммуномодулятор назначался на 7 суток, с последующими рекомендациями приема на дому до 30 дней. Регресс клинических симптомов проявлялся достоверно быстрее, нежели в контрольных группах и 1-й группе сравнения (рис. 5). Наиболее отчетливо это вырождалось к 5-м суткам, когда каждый из признаков наблюдался менее, чем у 20% больных. На 7-е сутки частота клинических проявлений была следующей: отек области послеоперационной раны — 5,69%; увеличение регионарных лимфатических узлов — 8,94%; температура — 2,44%;

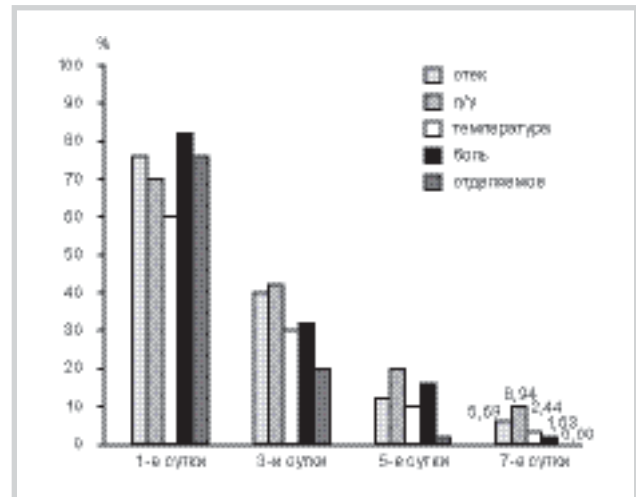


Рис. 5. Динамика клинических симптомов в процессе лечения пациентов пожилого и старческого возраста 2-й группы сравнения («Глево» + «Альгиклам»).

боль — 1,63%; отделяемое из послеоперационной раны не определялось.

## Заключение

В результате проведенного клинического исследования можно сделать следующие выводы:

1. У пациентов пожилого и старческого возраста при комплексном лечении ОГП в условиях специализированного челюстно-лицевого стационара в качестве этиотропной терапии целесообразно применять пероральные антибактериальные препараты.

2. Левофлоксацин («Глево») в сравнении с фиксированной комбинацией ципрофлоксацина/тинидазола («Цифран СТ») и амоксициллином («Амоксиклав») показал высокую клиническую эффективность в терапии ОГП, что позволяет рекомендовать его к применению у пациентов пожилого и старческого возраста при лечении в условиях стационара и амбулаторно.

3. Применение БАД «Альгиклам» совместно с левофлоксацином («Глево») в комплексном лечении пациентов старших возрастных групп обеспечивает быстрый регресс основных клинических симптомов при ОГП в послеоперационном периоде.

## ЛИТЕРАТУРА

- Беспалов В.Г., Некрасова В.Б., Вершинин А.С. и др. Альгиклам — биоактивный комплекс из ламинарии. СПб: Нормиздат 2008; 32—34.
- Барер Г.М., Зорян Е.В. Рациональная фармакотерапия в стоматологии. М: Литтерра 2000; 568.
- Мун П.Г. Доклад генерального секретаря ООН в области народонаселения (UNFPA). Оф. сайт ООН, 2012 [Электронный ресурс]. URL: <http://www.un.org/ru/development> (дата обращения 02.10.2012).
- Суханов А.Е. Комплексное лечение острых гнойных одонтогенных периоститов челюстей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб 2011; 21.
- Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии: Учебное пособие. М: Мед информ агент 2007; 215—231.
- Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство. Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. М: ГЭОТАР-Медиа 2010; 304—312.
- Царев В.Н., Ушаков Р.В. Антимикробная терапия в стоматологии. М: МИА 2006; 144.
- Шаргородский А.Г. Острый одонтогенный периостит челюстей. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области. М: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ 2002; 39—47.
- Яременко А.И. Лечение и профилактика инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у пациентов старших возрастных групп (клинико-экспертное исследование): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб 2007; 32.
- Goker K., Guvener O. Antibacterial effects of ofloxacin, clindamycin and sultamicillin on surgical removal of impacted third molars. Journal of Marrama university dental faculty 1992; 1: 3: 237—249.
- Sobotka I., Cachovan G., Stürenburg E. In Vitro Activity of Moxifloxacin against Bacteria Isolated from Odontogenic Abscesses. J Antimicrobial Agents and Chemotherapy 2002; 46: 12—16.
- <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm259951.htm>