

УДК 616.314.8-007-06:615.859

Н.Г. Ідашкіна, О.О. Гудар'ян, Ж.М. Неханевич

Ефективне лікування хворих на перикоронарит в умовах амбулаторної практики

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія, м. Дніпро, Україна

Резюме. У дослідженні прийняли участь 58 хворих на перикоронарит віком від 18 до 32-х років. В основній групі лікувальний комплекс передбачав передопераційне використання комбінованого антибактеріального засобу «Цифран-СТ®» (Ranbaxy, Індія) 500/600 мг по 1 таб. два рази на добу, протягом 3 діб (до операції видалення зуба). У групі порівняння у схему лікування увійшов антибактеріальний препарат «Амоксил» (Київмедпрепарат, Україна) по 500 мг по 1 таб. два рази на добу протягом 5-ти діб (три доби до операції видалення зуба та дві доби після операції). В етіології та патогенезі гострого гнійного перикоронариту переважну роль відіграє стрепто- та стафілококова інфекція, у той час як при хронічних формах перикоронариту (й тому числі його загостренні) превалюють анаеробні мікробні асоціації. Використання комбінованого антимікробного засобу «Цифран-СТ®» протягом трьох діб до операції забезпечувало більш виражений антимікробний ефект у хворих з усіма формами перикоронариту, дозволило скоротити медикаментозне навантаження на організм хворого, строки амбулаторного лікування та його собівартість.

Ключові слова: перикоронарит, операція атипичного видалення, ретиновані треті моляри, запальні ускладнення, антибіотикотерапія, цифран СТ.

Актуальність дослідження обумовлена значною поширеністю даної патології серед населення. За даними авторів, ускладнене прорізування нижніх третіх молярів зустрічається в 73 % осіб молодого віку, тобто серед самого соціально активного прошарку населення [1, 2]. Це вимагає від закладів охорони здоров'я рішучих кроків, спрямованих на скорочення термінів лікування та розширення показань до надання хірургічної допомоги на амбулаторному етапі. Ще десять років тому більшість хворих із утрудненим прорізуванням третіх нижніх молярів лікувалась в умовах стаціонару, що складало 22–28 % від загальної кількості госпіталізацій, і серед практикуючих лікарів-стоматологів існувала думка, що всі випадки, пов'язані з ускладненим прорізуванням «восьмих зубів», вимагають надто складного оперативного лікування та саме тому такі хворі не повинні лікуватись в амбулаторії. Але вже зараз ситуація динамічно та істотно змінюється, поступово операція атипичного видалення зубів мудрості стає ординарним та розповсюдженим оперативним втручанням. Сьогодні досить активно йде формування цілого напрямку амбулаторної хірургічної стоматології «wisdom surgery». Такий стан питання має безперечні переваги (зручно, доступно), але з часом можна казати про тенденцію до виникнення певних проблем. У першу чергу вони пов'язані з розвитком гнійно-запальних післяопераційних ускладнень. Відомо, що чим більш травматичною є операція, тим вище ризик їх виникнення [3, 4].

З іншого боку, широка популяризація операції атипичного видалення призвела до переоцінки показань і протипоказань до оперативного лікування, інколи за рахунок необгрунтованого збільшення як тих, так і інших.

Не дивлячись на те що практично всі посібники з хірургічної стоматології чітко визначають тактику хірургічного лікування ретинованих зубів, у практикуючих лікарів залишаються певні стереотипи, які пов'язані з вибором помилкової тактики лікування, саме тому найбільш проблемною є група пацієнтів з тими чи іншими формами перикоронариту, коли необхідно вирішувати низку питань показань і протипоказань до збереження зуба чи його видалення, строків проведення операції, тактики до- та післяопераційного ведення хворого (з урахуванням тих чи інших додаткових втручань), добору медикаментозного лікування та строків призначення й відміни лікарських засобів та ін.

На підставі 20-річних спостережень та аналізу результатів досліджень і лікування у клініці щелепно-лицевої хірургії КМАПО (Українського центру щелепно-лицевої хірургії) Тимофеев О.О. (1995) визначив основні положення ведення хворих з «ускладненим прорізуванням зубів мудрості». Автор звертає увагу на той факт, що ретромоларний простір за третім моляром завжди сполучається з порожниною рота, навіть у випадках візуально неушкодженої слизової «капюшону», й постійно інфікується. Виникає хронічне запалення, яке призводить до резорбції кісткової тканини позаду коронки нижнього зуба мудрості, унаслідок чого кісткова кишеня навколо коронки ретинованого зуба мудрості стає резервуаром мікроорганізмів [5].

Таким чином, ми маємо дві проблеми: по-перше, хронічне вогнище інфекції навколо напівпрорізаного(чи непрорізаного) зуба, яке має тенденцію до загострення й розвитку у м'яких тканинах (перикоронарит, періостит, абсцес та ін.) – тобто мова йде про так звані «брудні» хірургічні умови, по-друге, оперативне втручання зазвичай є атипичним і досить травматичним, тому слід уникати його до ліквідації симптомів гострого запалення й досить чітко визначати післяопераційне ведення хворого. За таких умов треба заручитися протимікробною підтримкою протягом усього періоду лікування (як в до-, так і в післяопераційний період).

Навіть незважаючи на дискусію, що набирає оберти в останні роки про доцільність використання антибіотиків у стоматологічній практиці, рекомендації про їх уживання хворими з ускладненим прорізуванням не викликають жодних сумнівів. Такі відомі популяризатори зниження антибактеріального навантаження на пацієнтів, як Річард Уолтон (College of Dentistry, University of Iowa, Iowa City, IA, USA) та Марвін Зепп (College of Dentistry, University of Nebraska, Lincoln, NE, USA) одноставно вважають за необхідне призначати антибіотикопрофілактику після проведення складних оперативних втручань, таких як атипичне видалення зубів, дентальна імплантация, реконструктивні операції. На думку авторів, її необхідно розпочинати до операції з використанням коректних доз та належного антибіотика й закінчувати після завершення хірургічного втручання. За умов дотримання цих рекомендацій знижується ризик інфекційних ускладнень.

Щодо доречності мікробіологічних досліджень та ідентифікації анаеробної флори, яка зазвичай може тривати від декількох днів до кількох тижнів, то слід погодитися з думкою більшості експертів, що при необхідності невідкладної антибіотикотерапії вибір препарату слід проводити емпірично [6].

Ще десять років тому у світовій практиці антибіотиком вибору номер один для лікування перикоронариту був пеніцилін та його аналоги, оскільки, згідно з дослідженнями, які існували в той час, найчастіше у хворих на цю патологію визначали умовно патогенну мікрофлору ротової порожнини [7].

Мігель Бреско Салінас і співав. (2011) ідентифікували бактеріальну флору та визначили її чутливість до антибіотиків при одонтогенних інфекціях біляверхівкової локалізації та за наявності перикоронариту нижнього третього моляру. Незалежно від походження, найбільша чутливість штамів була визначена до амоксициліну/клавуланової кислоти та амоксициліну. Між тим відомо про чутливість амоксициліну до бета-лактамази мікроорганізмів і його руйнування під її впливом, тому до спектра активності цього антибіотику не належать мікроорганізми які синтезують цей фермент (*Staphylococcus aureus*, *Clebsiella spp*, *Proteus vulgaris* та інш.) [8].

Але зазвичай у нашій країні призначення антибактеріальних препаратів відбувається емпіричним методом і в першу чергу залежить від соціально-економічних факторів.

Варес Я.Е. і Кияк С.В. (2015) провели ретельний аналіз результатів хірургічного лікування 484 пацієнтів з нижніми ретенними третіми молярами. Найчастіше призначався антибіотик «Лінкоміцин» («Київмедпрепарат», Україна) у 40,9 % випадків. Середня тривалість курсу складала 5,4 доби, максимальна – 8 діб. 9,3 % хворих призначався Зацеф («Борщагівський ХФЗ», Україна), у 6,6 % випадків призначався Метронідазол-дарниця («Дарниця», Україна) [9].

На превеликий жаль, діючими нормативами надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах за спеціальністю «хірургічна стоматологія» у хворого з «узагальненим» діагнозом перикоронарит передбачено призначення антибіотиків-макролідів (а саме олететрину, який, до речі, усе більше авторів відносять до застарілих і небезпечних) [10].

Таке начебто «протокольне», не скореговане за строками призначення зазвичай несучасних і малоефективних антибіотиків, поступово також призводить до збільшення частоти та важкості запальних ускладнень у хворих з ретенцією в післяопераційний період.

Аналіз 814 історій хвороб пацієнтів з ускладненим прорізуванням третіх молярів, який провели Гудар'ян О.О. і співавтори (2016), довів, що основною причиною під-

вищення строків одужання була наявність активного запалення в зоні ретенгованих третіх молярів і значні кісткові дефекти. У післяопераційний період лише в 76,1 % хворих загоєння відбувалось первинним натягом, у решти пацієнтів визначались нагноєння кісткової рани, розходження швів, нагноєння гематоми м'яких тканин та ін.

Таким чином, існує нагальна потреба в розробці оптимальної тактики амбулаторного ведення хворих на ерикоронарит, спрямованої на, з одного боку, зниження частоти запальних ускладнень і скорочення строків непрацездатності, а з іншого – зменшення медикаментозного навантаження на організм і собівартості лікування [11].

Спираючись на дослідження мікрофлори у хворих з різними формами перикоронариту, які відбувалися протягом останніх років, ми звернули увагу на те, що облігатні анаероби виявляються в більшості випадків. Тому найбільш ефективним до цієї мікрофлори слід уважати Метронідазол, окремо чи в комбінаціях з іншими антимікробними засобами, у той час як загальноприйнятий в європейській практиці Амоксицилін є ефективним лише за наявності аеробної флори, яка частіше виявляється під час гнійного загострення [12].

У зв'язку з вищенаведеним нашу увагу привернув сучасний комбінований антибактеріальний засіб «Цифран-СТ®», у склад якого входить 500 мг гідрохлориду ципрофлоксацину та 600 мг тинідазолу. Цей антибіотик добре вивчений, демонструє високу клінічну ефективність щодо збудників одонтогенних запальних процесів і пародонтиту та добре переноситься пацієнтами [13]. Вагомою причиною використання Цифрану-СТ® в амбулаторній практиці є можливість скорочення курсу його прийому до мінімуму (3 доби).

Мета дослідження – розробити оптимальну тактику амбулаторного ведення хворих на перикоронарит, що передбачає доопераційну підготовку, здійснення операції атипичного видалення зуба та післяопераційну терапію й визначити її клінічну ефективність.

Матеріали та методи

У дослідженні прийняли участь 58 хворих на перикоронарит віком від 18 до 32-х років (середній вік 26,5±7,6 року), серед яких було 36 жінок і 22 чоловіки. Інформована згода пацієнта на участь у дослідженні була обов'язковою.

Проводили загальне клінічне дослідження всіх хворих, рентгенографічне дослідження (ортопантомографію), мікробіологічне дослідження.

Під час діагностики використовували класифікацію перикоронаритів за О.О. Тимофєєвим (1995) [5]. Розподіл хворих за формами захворювання в залежності від віку та статі наведений у таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів з різними формами перикоронариту за віком і статтю (n = 58)

Вік (років) Форма перикоронариту	Вік (років)														
	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
Гострий серозний	Ж:1 Ч:-	Ж:- Ч:1	Ж:2 Ч:-	Ж:- Ч:2	Ж:1 Ч:1	Ж:1 Ч:-	Ж:1 Ч:-	Ж:2 Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-
Гострий гнійний	Ж: Ч:-	Ж:1 Ч:-	Ж:2 Ч:-	Ж:2 Ч:-	Ж:2 Ч:2	Ж:1 Ч:-	Ж: Ч:1	Ж:2 Ч:-	Ж:3 Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:1 Ч:-	Ж:- Ч:1	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-
Загострення хронічного	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:-	Ж:2 Ч:2	Ж:1 Ч:-	Ж: Ч:3	Ж:3 Ч:3	Ж:1 Ч:3	Ж:4 Ч:-	Ж:3 Ч:-	Ж:- Ч:2	Ж:- Ч:-	Ж:- Ч:1

Примітка: Ж – жінки, Ч – чоловіки.

Складаючи план лікування запальних ускладнень, які виникали на підґрунті утрудненого прорізування нижнього зуба мудрості, у першу чергу вирішували питання про необхідність його видалення чи збереження, оскільки в більшості випадків операція видалення була основним лікувальним заходом. Рішення питання про збереження нижнього третього моляра залежало від його положення в зубній дузі, наявності патологічних змін у навколишній кістковій тканині та виду ускладнення. Усі положення нижнього третього моляра, крім вертикального, а також виявлення на рентгенограмі вогнищ розрідження кісткової тканини у вигляді напівмісяця Васмунда, як і рецидиви запалення в анамнезі, уважали прямим показанням до видалення зуба. За наявності активних запальних ускладнень (перикоронарит (крім виразкового), абсцеси, флегмони, гнійний лімфаденіт) проводили хірургічне втручання – усували гнійні вогнища, дренивали їх, після чого призначали медикаментозне лікування, за таких обставин видалення зуба здійснювали лише після ліквідації гострих ознак запалення. Якщо запалення мало серозний характер, обмежувалися призначенням консервативної терапії, але до операції видалення вдавались не раніше за 3 доби від початку лікування. У післяопераційний період призначали лише нестероїдний протизапальний засіб (Німесіл по 1 саше двічі на добу) та ротові ванночки із хлоргексидин-вмісним антисептиком.

Усі пацієнти були рандомізовані на дві групи, ідентичні за віком і статтю та формою захворювання: основну групу (29 пацієнтів) і групу порівняння (29 пацієнтів).

В основній групі лікувальний комплекс передбачав передопераційне використання комбінованого антибактеріального засобу «Цифран-СТ®» (Ranbaxy, Індія) 500/600 мг по 1 таб. два рази на добу протягом трьох діб (до операції видалення зуба).

У групі порівняння у схему лікування увійшов антибактеріальний препарат «Амоксил» (Київмедпрепарат, Україна) – 500 мг по 1 таб. два рази на добу протягом 5–ти діб (три доби до операції видалення зуба та дві доби після операції).

Визначення специфічних бактеріологічних збудників здійснювали методом ДНК-діагностики полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) з наступною зворотною ДНК гібридизацією до початку лікування «під капюшоном» і після триденної антибіотикотерапії (до операції) із країв післяопераційної рани.

Статистичну обробку результатів здійснювали з використанням пакета прикладних програм Statistica for Windows 6.0 на персональному комп'ютері. Отримані дані представляли у вигляді середнього арифметичного значення, стандартного відхилення помилки. Для оцінки достовірності між групами обчислювали t-критерій Ст'юдента. При $p < 0,05$ відмінності вважались достовірними [14].

Результати дослідження та їх обговорення

Проведені бактеріологічні дослідження 58 хворих на перикоронарит довели той факт, що різні форми цього захворювання характеризуються відмінностями етіологічних мікробних чинників.

У посівах матеріалу, забраного «під капюшоном» у хворих з гострим запаленням до початку лікування, найчастіше визначали аеробну мікрофлору, інколи в асоціації з анаеробами. Привертає увагу той факт, що серед визначених асоціацій переважну частину складала стрепто-стафілококова флора.

Слід відзначити, що у хворих на гострий серозний перикоронарит частіше спостерігали 3-компонентні асоціації стрепто-стафілококової флори з умовно-пато-

генними мікроорганізмами, у той час як при гнійному запаленні суттєво зростає частка так званих гнієридних бактерій, серед яких найчастіше зустрічалися *Staphylococcus aureus* (у 77,8 % випадків), *Streptococcus spp.* (33,3 %) та пептострептококи (33,3 %). Анаероби у хворих на гострі форми перикоронариту виявляли значно рідше. Лише в одному випадку зустріли асоціацію: *Bacteroides forsythus*, *A. Actinomycetemcomitans* і *Porphyromonas gingivalis*.

Іншу бактеріологічну картину спостерігали у хворих під час загострення хронічного перикоронариту з переважно анаеробними мікробними асоціаціями. Найчастіше зустрічались: *Porphyromonas gingivalis* (у 35,7 % випадків), *Prevotella intermedia* (28,6 %), *A. Actinomycetemcomitans* (21,4 %) та *Bacteroides forsythus* (17,8 %). Зазвичай ці мікроорганізми виявляли в асоціаціях із *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans*, *Streptococcus intermedius*, *Peptostreptococcus* відповідно у 32,1 %, 21,4 %, 17,8 % та 17,8 % випадків. Нашу увагу привернув той факт, що у хворих на хронічний перикоронарит у 28,6 % випадків були виявлені ентерококи. Відомо, що ці мікроорганізми здатні посилювати запальні процеси і є антагоністами облігатної мікрофлори та стрепто-стафілококової флори й мають стійкість до більшості сучасних антибіотиків [15].

На момент звернення всі пацієнти мали клінічні ознаки запалення навколо напівпрорізаного нижнього моляру (набряк м'яких тканин, почервоніння слизової оболонки «капюшону», серозну або гнійну ексудацію). За показаннями було здійснено розтин слизового «капюшону» (у 28-и хворих). Хворі в обох групах отримали триденний курс передопераційної антибіотикотерапії. Після чого проводили операцію атипового видалення зуба. Перед операцією здійснювали збір матеріалу для бактеріологічного дослідження. Слід відзначити, що у п'яти пацієнтів із групи порівняння на цьому етапі зберігались помірна серозно-гнійна ексудація та запальна інфільтрація країв післяопераційної рани, тому було прийнято рішення утриматись від оперативного втручання та продовжити курс антибіотикотерапії (до 5-ти діб), атипове видалення в цих пацієнтів здійснили на 5-у добу. Навпаки, у всіх пацієнтів основної групи на третю добу були куповані провідні ознаки запалення, краї розтину мали рожевий колір, інколи була помітна їх незначна гіперемія, однак ексудат не виділявся, що дозволило здійснити атипове видалення на 3-ю добу з початку лікування у 100 % випадків. Стан мікробного пейзажу хворих з різними формами перикоронариту під впливом триденного курсу передопераційної антибактеріальної терапії наведений у таблиці 3.

При аналізі цих даних привертає увагу той факт, що у групі де застосовували антибіотик «Цифран СТ®» кількість представників стрепто- та стафілококової флори знизилась практично до нульових показників, у той час як у групі, де використовували Амоксил, такий результат спостерігався тільки у 24 (82,8 %) пацієнтів, у 5-ти (17,2 %) випадках зіткнулися з незначним зниженням щільності заселення *Staphylococcus aureus*, але в цих хворих відбулось помітне зростання щільності мікробної колонізації ентерококів (до 1,5 разу). Динаміка впливу на анаеробну флору переконаливо довела безумовні переваги вживання комбінації гідрохлориду ципрофлоксацину та тинідазолу над амоксициліном в усуненні мікробних асоціацій.

Таким чином, даний комплекс можна рекомендувати широко застосовувати у клінічній практиці в якості доступного та ефективного короткого курсу антибактеріальної терапії під час лікування та профілактики післяопераційних гнійно-запальних ускладнень у хворих з ускладненим прорізуванням зубів мудрості.

Таблиця 2

Частота виявлення представників мікрофлори у хворих на різні форми перикоронариту

Вид та рід мікроорганізмів	Відношення частот виявлення мікроорганізмів		
	Перикоронарит, n = 58		
	Гострий серозний	Гострий гнійний	Загострення хронічного
<i>Staphylococcus aureus</i>	4/12	14/18	9/28
<i>Streptococcus spp.</i>	3/12	4/18	2/28
<i>Streptococcus intermedius</i>	1/12	6/18	5/28
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	1/12	2/18	4/28
<i>Streptococcus viridans</i>	1/12	6/18	4/28
<i>Peptostreptococcus spp.</i>	3/12	6/18	5/28
<i>A. Actinomycetemcomitans</i>	1/12	6/18	6/28
<i>Prevotella intermedia</i>	1/12	4/18	8/28
<i>Porphyromonas gingivalis</i>	1/12	4/18	10/28
<i>Bacteroides forsythus</i>	1/12	3/18	5/28
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	1/12	2/18	3/28
<i>Candida albicans</i>	1/12	3/18	6/28
<i>Enterococcus spp.</i>	2/12	3/18	8/28

Примітка: * – у більшості випадків ідентифікували аеробно-анаеробні асоціації (із двома-трьома асоціантами).

Таблиця 3

Вплив триденної передопераційної антибактеріальної терапії на мікробний пейзаж у хворих з різними формами перикоронариту

Вид і рід мікроорганізмів	Відношення частот виявлення мікроорганізмів (%)			
	Основна група (n=29)		Група порівняння (n=29)	
	До лікування	На 3-ю добу	До лікування	На 3-ю добу
<i>Staphylococcus aureus</i>	48,3	3,5	44,8	17,2
<i>Streptococcus spp.</i>	13,8	0	17,2	0
<i>Streptococcus intermedius</i>	20,7	0	20,7	6,9
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	10,3	0	13,8	0
<i>Streptococcus viridans</i>	20,7	0	17,2	0
<i>Peptostreptococcus spp.</i>	20,7	0	27,6	3,5
<i>A. Actinomycetemcomitans</i>	27,6	0	17,2	13,8
<i>Prevotella intermedia</i>	24,1	0	20,7	13,8
<i>Porphyromonas gingivalis</i>	27,6	6,9	24,1	13,8
<i>Bacteroides forsythus</i>	10,3	0	17,2	3,5
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	10,3	0	10,3	0
<i>Candida albicans</i>	20,7	13,8	10,3	13,8
<i>Enterococcus spp.</i>	20,7	3,5	24,1	34,5

Примітка: * – у більшості випадків ідентифікували аеробно-анаеробні асоціації (із двома-трьома асоціантами).

Висновки

1. В етіології та патогенезі гострого гнійного перикоронариту переважну роль відіграє стрепто- та стафілококова інфекція, у той час як при хронічних формах перикоронариту (у тому числі його загостренні) превалюють анаеробні мікробні асоціації.
2. Під час лікування запальних ускладнень, які виникли на підґрунті ускладненого прорізування, в першу чергу слід вирішити питання видалення чи збереження зуба. До видалення ретенуваного (дістопованого) зуба вдаються тільки за умов відсутності ознак гострого запалення в оточуючих тканинах.
3. За наявності активних запальних ускладнень спочатку усувають гнійні вогнища, дренують їх, призначають медикаментозну терапію та проводять операції видалення після купірування симптомів гострого запалення.
4. Використання комбінованого антимікробного засобу «Цифран СТ®» 500/600 мг по 1 таб. два рази на добу протягом трьох діб до операції забезпечує виражений антимікробний ефект у хворих з усіма формами перикоронариту, дозволяє скоротити медикаментозне навантаження на організм хворого, строки амбулаторного лікування та його собівартість.

ЛІТЕРАТУРА

1. Пиптюк Т.В. Хірургічні методи лікування пацієнтів з ускладненим прорізуванням нижніх третіх молярів / Т.В. Пиптюк Т.В., В.П. Пюрик, В.М. Пиптюк // Галицький лікарський вісник. – 2012. – Т. 19, № 1. – С. 161–164.

2. Complications in third molar removal: A retrospective study of 588 patients / Cintia-Mussi-Milani Contar, Priscila de Oliveira, Karina Kanegusuku et al. // Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal. – 2010, Jan. 1; 15 (1). – PP. 74–8-e.

3. Effect of age, impaction types and operative time on inflammatory tissue reactions following lower third molar surgery / Seidu A. Bello, Wasii L. Adeyemo, Babatunde O. Bamgbose et al. // Head & Face Medicine [Electronic resource]. – 2011, 7:8. – Access mode: <http://www.head-face-med.com/content/7/1/8>.

4. Blondeau F., Daniel N.G. Extraction of Impacted Mandibular Third Molars: Post-operative Complications and Their Risk Factors / François Blondeau, Nach G. Daniel // JCA [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.cda-adc.ca/jcda>. – May 2007, Vol. 73, No. 4. – PP. 325-325e.

5. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. / А.А. Тимофеев. – 4-е изд. – Киев: ООО «Червона Рута-Турс». – 2004. – С. 475–477.

6. Уолтон Р., Зерр М. Антибиотики в стоматологии: благо или зло? / Ричард Уолтон, Марвин Зерр, Дарри Петерсон // Стоматолог. – 2001. – №11 (43). –С. 28–30.

7. Peterson L.J. Microbiology of head and neck infections / L.J. Peterson // In: Laskin D.M., Straus RA, editors. Oral and maxillofacial surgery clinics of North America. – Philadelphia: WB Saunders; 1991. –Vol 3. – P. 247–257.

8. Салинас М.Б. Чувствительность бактерий, вызывающих одонтогенные инфекции, к антибиотикам / Мигель Бреско Салинас, Нозлия Коста Риу, Леонардо

Берини Айтес, Косме Гай Эскода // Современная стоматология. – 2011. – 5 (59). – С. 67–71.

9. Варес Я.Е., Кияк С.В. Структура та особливості перебігу ретенції нижніх третіх молярів / Я.Е. Варес, С.В. Кияк // Вісник проблем біології і медицини. – 2015. – Вип. 2, том 3 (120). – С. 355–358.

10. Додаток до наказу МОЗ України від 22.11.2000 № 305 «Медико-економічні критерії надання стоматологічної допомоги на I,II та III рівнях (амбулаторна допомога)».

11. Гудар'ян О.О. Особливості лікування хворих з ускладненою ретенцією третіх молярів на стаціонарному етапі / О.О. Гудар'ян, Н.Г. Ідашкіна, Ж.М. Неханевич // Медичні перспективи. – 2016. – Т. XXI, № 3. – С. 47–50.

12. Evaluation of the Mandibular Third Molar Pericoronitis Flora and Its Susceptibility to Different Antibiotics Prescribed in France / Jean-Louis Sixou, Christophe Magaud, Anne Jolivet-Gougeon, Michel Cormier, Martine Bonnaure-Mallet // J. Clin. Microbiology, Dec. 2003, Vol. 41, No. 12. – PP. 5794–5797.

13. Чарушин В.Н. Фторхинолоны: синтез и применение / В.Н. Чарушин, Э.В. Носова, Г.Н. Лтпунова, О.Н. Чулахин. – М.: Физматлит, 2013. – 320 с.

14. Как описывать статистику в медицине. Аннотированное руководство для авторов, редакторов и рецензентов / Т.А. Ланг, М. Сессик; пер. с англ. под ред. В.П. Леонова. – М.: Практическая медицина, 2011. – 480 с.: ил.

15. Рузін Г.П. Мікробіологічне обґрунтування диференційного підходу до застосування антибактеріальної терапії при лікуванні переломів нижньої щелепи в осіб молодого віку / Г.П. Рузін, О.І. Чирик, Є.М. Бабич, Н.І. Скляр // Вісник проблем біології і медицини. – 2013. – Вип. 4, том 1 (104). – С. 335–341.

Эффективное лечение больных перикоронаритом в условиях амбулаторной практики

Н. Г. Идашкіна, А.А. Гудар'ян, Ж.М. Неханевич

Резюме. В исследовании приняли участие 58 больных перикоронаритом в возрасте от 18 до 32-х лет. В основной группе лечебный комплекс предусматривал предоперационное использование комбинированного антибактериального средства «Цифран-СТ®» (Ranbaxy, Индия) 500/600 мг по 1 таб. два раза в сутки в течение 3 суток (до операции удаления зуба). В группе сравнения в схему лечения вошел антибактериальный препарат «Амоксил» (Киевмедпрепарат, Украина) по 500 мг по 1 таб. два раза в сутки в течение 5-ти суток (трое суток до операции удаления зуба и двое суток после операции). В этиологии и патогенезе острого гнойного перикоронарита преобладающую роль играет стрепто- и стафилококковая инфекция, в то время как при хронических формах перикоронарита (и том числе его обострении) преобладают анаэробные микробные ассоциации. Использование комбинированного антимикробного средства «Цифран-СТ®» в течение трех дней до операции обеспечивало более выраженный антимикробный эффект у больных со всеми формами перикоронарита, что позволило сократить медикаментозную нагрузку на организм больного, сроки амбулаторного лечения и его себестоимость.

Ключевые слова: перикоронарит, операция атипичного удаления, ретинированные третьи моляры, воспалительные осложнения, антибиотикотерапия, «Цифран-СТ®».

Effective treatment of pericoronitis conditions in ambulatory practice

N. Idashkina, O. Gudar'yan, Zh. Nekhanovich

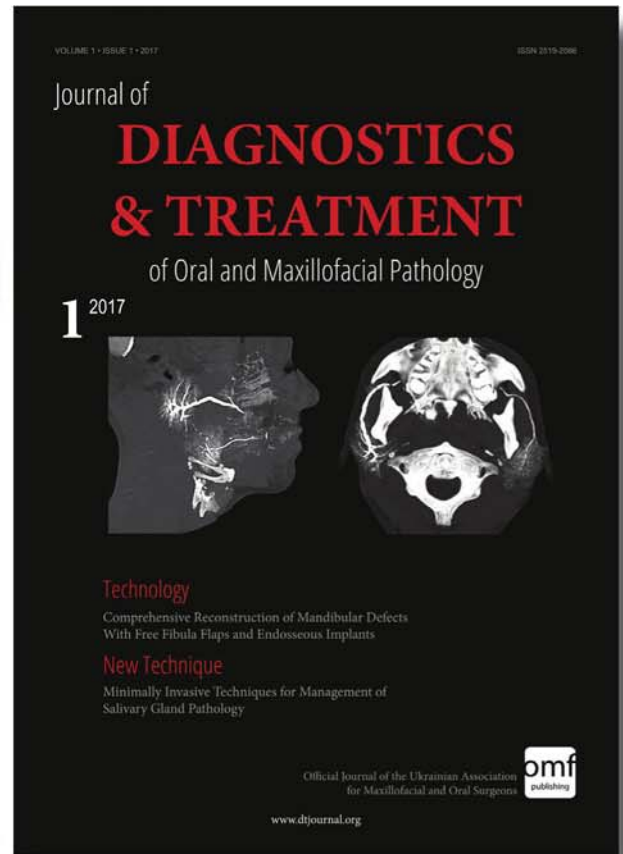
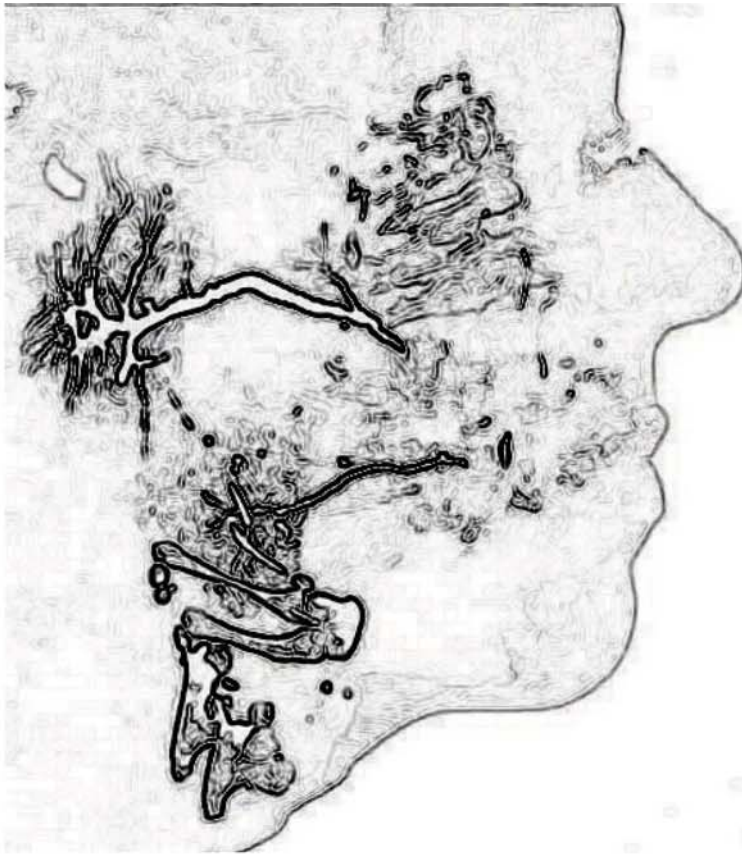
Summary. In study involved 58 patients with pericoronitis, aged 18 to 32 years. In the basic group provided medical complex preoperative use of combination antibacterial agent Cifran CT® (Ranbaxy, India) 500/600 mg 1 tab. 2 times a day for 3 days (before tooth extraction). In comparison group entered to the regimen antibiotic Amoxil (Kievmedpreparat, Ukraine) 500 mg 1 tab. 2 times a day for 5 days (3 days before surgery and tooth removal to 2 days after surgery). In the etiology and pathogenesis of acute purulent pericoronitis predominant role strepto- and staphylococcal infection, while chronic forms of pericoronitis (including its exacerbation) prevailing anaerobic microbial associations. Using a combination of antimicrobial agents Cifran-CT® for 3 days before surgery ensures more pronounced antimicrobial effect in patients with all forms of pericoronitis, has reduced medicine load on the patient, the timing of patient treatment and its cost.

Key words: pericoronaritis, operation of the atypical traction, impacted third molars, inflammatory complications, antibiotic therapy, Cifran CT.

Н.Г. Ідашкіна – канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрою хірургічної стоматології, імплантології та пародонтології. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». Адреса: м. Дніпро, 49044 вул. Вернадського, 9. E-mail: idadashkina@ukr.net

О.О. Гудар'ян – д-р мед. наук, професор кафедри хірургічної стоматології, імплантології та пародонтології. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». Адреса: м. Дніпро, 49044 вул. Вернадського, 9.

Ж.М. Неханевич – асистент кафедри хірургічної стоматології, імплантології та пародонтології. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». Адреса: м. Дніпро, 49044 вул. Вернадського, 9.



Главный редактор

Алексей А. Тимофеев

Профессор, д. мед. н., Заслуженный деятель науки и техники Украины. Заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии НМАПО имени П. Л. Шупика. Главный специалист МЗ Украины по специальности «Челюстно-лицевая хирургия». Президент Украинской ассоциации челюстно-лицевых хирургов и хирургов-стоматологов. DG(USA). DDG (England).

tymofeev@gmail.com

**Приглашаются авторы к публикациям статей
на английском языке
в международный журнал
«Diagnostics and Treatment of Oral and Maxillofacial Pathology»**

Редакционный совет состоит из ведущих челюстно-лицевых хирургов мира:
prof. Fernandes R. P. (USA), prof. Chichua Z. (Georgia), prof. Zhang C. P. (China) и др.

Журнал цитируется в международных системах **Crossref** и **Google Scholar**



info@dtjournal.org | www.dtjournal.org | +38 (097) 301 55 92

