

Воена болница – Скопје  
 Стоматолошки кабинет  
 УЦМН – Скопје  
 Медицински факултет  
 ООЗОТ Клиника за инфективни болести

## КОГА, КАКО И КОИ АНТИБИОТИЦИ ВО СТОМАТОЛОШКАТА ПРАКТИКА

Илиев Т., Љ. Илиева

*Неконтролираното ординирање на антибиотиците во стоматолошката практика често води кон несакани последици. Авторите даваат преглед на правилата за употреба на антими-кробните средства /АМС/.*

Антибиотиците (А) претставуваат едни од најголемите придобивки во медицината, предизвикувајќи голем пресврт во токот и исходот на многу заболувања. Во исто време создадоа и нови несакани последици – сензибилизација на организмот, алергични реакции, образување резистентни соеви, суперинфекции, дизбактериози, токсични ефекти и др. (2, 5, 6, 13, 18).

Хаотичното, несистемско користење на А не ги дава очекуваните тераписки резултати, што води кон значајни штети, за кои, веруваме, секој од нас кога препишува А, малку помислува. Индикациите за нивното ординирање, по некои автори, треба да бидат така строги како и за хируршките интервенции (1, 3, 4, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17).

За да се избегнат неуспесите со антибиотската терапија (АТ) препорачливо е да ги поставиме следниве прашања, кои се и цел на овој труд:

### 1. Оправдана ли е примената на АТ?

Многу автори исправно укажуваат дека е крајно време да се прекине со верувањето дека А се лекови за сè. (5, 6, 18). И за најмала температура на болниот се даваат А, лекувањето е на слепо, без строго земање во обзир на индикациите и контраиндикациите. Препишувањето на АМС треба да биде строго помислено. Антибиотиците се ненадминати етиотропни, а не симптоматски средства, но и понатаму се препишуваат во случај кога се тие совршено некорисни и неефикасни (разни гингиво-стоматити и др. заболувања од вирусна етиологија).

При стоматохируршките интервенции А се користат само како дополнителна терапија, додека непотребната АТ само ја потпомага масовната сензибилизација, развитокот на компликации, а заради т.н. супрахромозомски аберации на микроорганизмите, имаме култивирање на антибиотик-резистентни и антибиотик-зависни микроорганизми и габички од кои се развиваат суперинфекции и др. АТ е оправдана само при гнојни воспалителни заболувања.



## 2. Кој антибиотик да се препише?

Микробиолошката дијагноза, за жал, не е секогаш можна, поради фактот што таа бара време и развиена микробиолошка техника. Изборот на А треба да се засновува на клиничката слика, бактериолошкиот наод и антибиограмот. Таму каде што е индицирана АТ треба да се употреби само еден антибиотик што е можно порано, во максимална доза, до добивање на био и антибиограмот. Раното лекување го прекинува воспалителниот ток во почетниот реверзибилен стадиум, пред да дојде до инкапсулирање на гнојниот процес. По добивањето на микробиолошкиот наод се преминува на т.н. дефинитивна АТ. Имајќи го ова предвид, во почетните етапи се препорачува емпириско избирање на А, базирано врз сопствените искуства и претпоставените етиолошки моменти (стрепто-стафилококи, мешана инфекција). Исто така треба да се има предвид и механизмот на дејствувањето на АМС, неговата сензибилизација на болниот, токсичните ефекти, резистенцијата на м.о., неговата фармакодинамика и др.

Макар што АТ треба да е строго индивидуализирана базирајќи се на био и антибиограмот, врз основа на повеќегодишните искуства на повеќе автори (5, 6, 4, 11, 14, 13) за практиката можат да се дадат следниве ориентациони совети:

А) за лекување на стафилококни инфекции, во прв ред најефикасни се Kloksacillin-ot, linkomycin-ot, erytromycin-ot, cefalosporin-ите;

Б) при инфекции со хемолитичен стрептокок ефикасен е Penicillin G;

В) при грам негативни инфекции најефикасен засега е Gentamycin i Karbencillin (Pyopen).

## 3. Како со антибиотската терапија?

При користењето на АМС потребно е да се одлучиме за изборот на дозата, начинот на внесувањето, ритамот на давањето и времетраењето на АТ. Изборот на дозата и ефектот на терапијата се дефинирани со создавањето на високи концентрации од АМС во огништето на инфектот. Правилно избраната доза потпомага за брзо купирање на бактеријалниот процес, го спречува штетното дејство на микроорганизмите и создавањето отпорни врсти. Големината на дозата непосредно зависи од тежината на патолошкиот процес, општата состојба на болниот и од карактерот на заболувањето, одн. од нивните соодноси. Начинот на внесувањето на А зависи од фармаколошките својства на А, брзината на излучувањето и состојбата во која се наоѓа болниот. Пероралната примена на АМС е најудобна за болниот, додека i.v. и i.a. апликација на А, по правило, се неопходни за создавање на многу високи концентрации во серумот при многу тешки воспалителни состојби кои го загрозуваат животот на болниот. Одредените дози на А и интервалите меѓу нив се од пресудно значење за систематската АТ. Со правилен ритам секогаш се обезбедува максимално ниво и бактерицидниот ефект на АМС. АТ треба да продолжи се до ликвидирањето на бактериското жариште.

### Комбинација на АМС

Најголем број од дентогените инфекции можат успешно да се лекуваат со комбинирана антибиотско-хируршка терапија и со употреба на само еден А (1, 6, 8). Понекогаш е оправдана и комбинација на повеќе АМС која од разни автори е оспорувана (5).

### Профилактична употреба на АМС

Освен општо и дефинитивно утврдените начела за пеницилинската профилактика во спречувањето на РГ кај деца и младинци, сите други случаи не се доволно прецизирани (7, 8, 16). За нас од интерес е познавањето на фактот дека А



профилактиката е индицирана кај болни со конгенитални или стекнати срцеви мани и за профилакса кај ендокардитис пред хируршки интервенции (екстракција на заб и други стоматохируршки интервенции), кога е индицирано давање пеницилин. Поголем број автори сметаат дека со А заштита е доволно да се започне 1–2 часа пред хируршката интервенција или интраоперационем, а не 24–48 часа порано, што е општо прифатено правило кај поголем број лекари. Кај болни со конгенитални или валвуларни срцеви мани, болни со прележан бактериски ендокардит, според Здружението на американските кардиолози, се предлага давање пеницилин Г во доза од 30.00 J. J. (Kg. t) и прокаин пеницилин (и.м.), 30–60 мин. пред хируршката интервенција и во текот на наредните 2–3 дена. Можна е и перорална превенција со адекватни дози на орални пеницилини. Кај болни алергични на пеницилин се дава еритромицин, 1,5–2 часа пред хируршкиот зафат во доза од 500 мг (возрасни) и 20 мг (деца) кг/т.т. Терапијата продолжува со доза од 250 мг (возрасни) и 10 мг/кг тт (деца), на секои 6 часа, вкупно три дена.

#### Дискусија и заклучок

Во практиката често пати, и покрај располагањето со моќни AMS, доживуваме неуспех и разочарување (10, 12). Главна причина за тоа, пред сè, е големата надеж во нив како во семоќни лекови. Погрешната и ненавремена употреба на недоволни дози, со непознавање на основните правила за нивна примена, одложената екстракција на забот и др. се моменти кои придонесуваат за неуспехот во АТ. Големо влијание за донесувањето на овие заклучоци имаат и самите пациенти кои, барем практиката така покажува, многу често се обраќаат кај нас откако самоиницијативно земале А, кога редовно доаѓа до злоупотреба, па кога ефектот ќе изостане често се запаѓа во полипрагмазија, предизвикувајќи поголеми штети за пациентот и општеството; во исто време се создаваат и резистентни соеви на микроорганизми. Ваквите сознанија водат кон заклучок дека е потребно редовно следење на знаењата за AMS, за нивните индикации и штетни последици. По можност, а секогаш треба да се ординира според наодот од антибиограмот остварен со тесна соработка меѓу клиничарот и микробиологот. Заради честите супрахрамозомски аберации на м.о, се наметнува потребата од редовни микробиолошки извештаи за одредената микробиолошка ситуација на теренот за поупешна АТ. Неопходно е потребно сите лекари кои препишуваат А да ги имаат предвид предностите и недостатоците на современата АТ.

### WEN, WIE UND WELCHE ANTIBIOTICA IN DER STOMATOLOGISCHE

#### Praxis

Die Antibioticaanwendung stellt eine der grössten Fortschritte auf dem Gebiet der Arzenemittelforschung dar. Unkontrollierte Verwendung und Gaben der Antibiotica ungewünschten Folgen erreichen könnte (Sensibilisationstehung und allergische Nebenwirkungen, resistente Keimbildung, Superinfektion, Disbakteriosen, toxische Wirkungen u.a.).

Die Verfasser empfehlen grundsätzliche Feststellungen und Anhaltspunkte für die Gebrauchsanweisung dieser Wirkstoffe.

#### Литература

Ј. Бернарскији, И. Ј., Г. П. Бернардакаја, Б. К. Пелипасја: Дијагностика и клиника одонтогеных воспалителних заболуванија челјостно лицевој области, Частота, особености клиническото течнија и леченија стр. 21–29. Хирургическаја и ортопедическаја стоматологија, Но. 8. 1978.

2. Crellin J.: Antibiotics in the Nineteenth Century, by Parascandola (13).
3. Цветић Б.: Перорална употреба антибиотика код акутних дентогених инфекција. X стоматолошка недеља СР Србије, Приштина, 25-29.IX. 1974., стр. 298-301.
4. Ђорђевић Д., Ђ. Лисјак, Б. Маринковић: Антибиотици у стоматологији, СГС, X стоматолошка недеља СР Србије, Приштина, 25-29.IX 1974., стр. 290-297.
5. Егорова И. Л., Ј. Л. Милевскаја, Е. М. Сергејок: Антибиотици и гликокортикоидеји в клиници, „Медицина“ Москва 1978.
6. Faševac J.: Antimikrobna terapija, JUMENA-Zagreb, 1979.
7. Гавриловић Ђ., Д. Ивановић, Б. Најдановић, Г. Цветковић: Субакутни ентерокардни ендокардитис дентогеног порекла, Будва, VI конгрес стоматолога Југославије, стр. 105-108.
8. Јојић Б., Б. Балог, З. Милошевић, С. Будимир: Сарадња стоматолога и кардиолога у превенцији субакутног бактеријског ендокардитиса, Зборник радова VI конгреса стоматолога Југославије, Будва, 5-9.X 1976, стр. 102-104.
9. Карапанић М., Д. Поповић: Сепса као компликација одонтогених инфекција, СГС, ванредан број, 1971 год., стр. 39-45.
10. Левенец К., А. В. Ф. Кузмјенко, И. М. Кухно: Клиника и лечење на одонтогеног медиастинита, Хирургическаја и ортопедическаја стоматологија бр. 8, 74-76, 1978.
11. Муровска М.: Проблемот на акутната одонтогена инфекција во орално-хируршката практика, хабилитационен труд, Скопје, ноември 1980.
12. Муровска М.: Фатален медијастинитис како компликација на акутната дентогена инфекција, Макед. стомат. преглед, год. V, бр. 3-4, стр. 103-106, 1981.
13. Parascandola J.: The History of Antibiotics – a Symposium American Chemical Society Meeting, Honolulu, Hawaii, April 1979.
14. Палипасја К. В., В. И. Сердјаков, Л. В. Харјаков: Частота воспалителнија процесов челјостно-лицевој области. Хирургическаја и ортопедическаја стоматологија бр. 8, 29-32, 1978.
15. Пишћевић А., Б. Јојић, М. Карапанић, Ј. Перовић: Инфекције лица дентогеног порекла, СГС, ванредан број, 1971 год. Зборник радова VIII стоматолошке недеље СР Србије, стр. 9-14.
16. Шкоклјев А., Р. Рончевић: Гнојно запаљиви процеси у инфратемпоралном пределу, VIII стоматолошка недеља СР Србије, 1971 год., стр. 348-352.
17. Ruedy S. J.: Endocarditis prophylaxis, Patient Care, Dec. 1.1976 (11-13).
18. Vlajić V.: Antimikrobna terapij u pedijatriji, Med. knjiga – BG – Zg, 1973.