

Покрышко Е.В.¹, Манащук Н.В.²

доцент, канд. мед. наук, кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии¹,

Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я.

Горбачевского,

асистент, кафедра терапевтической стоматологии²,

Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ФУРАСОЛОМ И НАТРИЯ НУКЛЕОНАТОМ БОЛЬНЫХ НА НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ И ПАРОДОНТИТ

Пародонтит – это заболевание окружающих зуб тканей воспалительного характера. По данным ВОЗ, около 95% взрослого населения планеты и 80% детей имеют те или иные признаки заболевания тканей пародонта. В связи с этим пародонтит является актуальной проблемой стоматологии и имеет большое социальное и медицинское значение вследствие развития деструкции костного пародонта и последующей утраты зубов. [1]. По данным литературы, ведущими этиологическими факторами пародонтита являются микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности [2]. Воспаление, приводящее к пародонтиту, развивается также при ослаблении защитных сил организма [3].

Целью данной работы было исследование микрофлоры десневой борозды и пародонтальных карманов у больных на острый гингивит и пародонтит I-II степеней тяжести и неспецифический язвенный колит до и после лечения фурасолом (I группа), фурасолом и натрия нуклеонатом (II группа больных).

Методы и материалы. Обследовано 46 больных на неспецифический язвенный колит, у которых диагностирован острый генерализованный гингивит и пародонтит. Клинические исследования проводили, используя субъективные (сбор жалоб и анамнеза) и объективные (осмотр, инструментальное обследование, вычисление гигиенических и пародонтальных индексов) методы. Диагноз верифицировали по классификации Н.Ф. Данилевского (1994). Микробиологические исследования проводили дважды: до и после лечения. Посев биоматериала проводили методом секторов на плотные питательные среды, что давало возможность обнаружить максимально возможный спектр микрофлоры и определить степень микробного обсеменения. Количественный состав микроорганизмов подсчитывали в десятичных логарифмах КОЕ (lg КОЕ). Идентификацию выделенных чистых культур проводили, учитывая их морфологические, культуральные и биохимические свойства в соответствии с общепринятыми методиками. Результаты обрабатывали статистически при помощи компьютерных программных пакетов Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Проведенные исследования показали, что микрофлора десневых борозен и пародонтальных карманов у пациентов с неспецифическим язвенным колитом была представлена ассоциациями микроорганизмов (в среднем 3-5 видов у одного исследуемого). Доминирующими в микробиоценозе были представители аэробных и факультативно анаэробных микроорганизмов (73,8 % всех выделенных культур). Степень общего микробного обсеменения исследуемых топодемов был равен $5,62 \pm 2,32$ lg КОЕ/г: от $1,51 \pm 0,62$

lg КОЕ/г (лактобактерии) до $(7,78 \pm 1,06)$ - $(7,39 \pm 1,05)$ lg КОЕ/г (анаэробные кокки и анаэробные палочки соответственно). Максимальные показатели плотности колонизации были характерны для анаэробных микроорганизмов: популяций *Peptostreptococcus* spp. $(8,87 \pm 0,45)$ lg КОЕ/г) и грамотрицательных палочек $(7,85 \pm 0,83)$ lg КОЕ/г); минимальные – для *Lactobacillus* spp. $(1,48 \pm 0,34)$ lg КОЕ/г). Плотность колонизации десенных борозд коагулазоотрицательными стафилококками была $5,45 \pm 0,85$ lg КОЕ/г, коагулазоположительными кокками – $5,55 \pm 0,78$ lg КОЕ/г. Самая высокая плотность была характерна для анаэробных палочек $(7,39 \pm 1,48)$ lg КОЕ/г). В частности, плотность популяций *Prevotella* spp. была равна $7,62 \pm 0,91$ lg КОЕ/г, *Bacteroides* spp. – $7,02 \pm 1,24$ lg КОЕ/г, *Fusobacterium* spp. – $6,31 \pm 1,03$ lg КОЕ/г. Плотность колонизации исследуемого топодема представителями *Candida* spp. была в пределах нормальных показателей $(3,16 \pm 1,54)$ lg КОЕ/г). Подавляющее большинство в микробиоценозе составляли кокки (49,81 % всех высеянных микроорганизмов). Субдоминантными были палочки (32,18 %). Подвижные извитые формы составляли 7,28 % микробного сообщества, дрожжевые грибы рода *Candida* – около 10 %.

При повторном бактериологическом исследовании после лечения наблюдали снижение частоты выявления культур и уровня обсеменения тканей пародонта на порядок в обеих группах больных. Плотность колонизации микроорганизмами топодемов до лечения составляла 10^5 , на 14-й день терапии – 10^4 , что свидетельствовало о значительном уменьшении воспалительных процессов полости рта. В I группе больных уровень контаминации микроорганизмами десневых борозд и пародонтальных карманов был равен в среднем $4,99 \pm 2,11$ lg КОЕ/г. Наивысшей степенью плотности колонизации обладали α -гемолитические стрептококки $(7,13 \pm 0,93)$ lg КОЕ/г). Наиболее ощутимо уменьшился этот показатель для популяций грамотрицательных анаэробов (*Bacteroides* spp., *Fusobacterium* spp., *Prevotella* spp.). Со снижением на порядок уровня контаминации топодемов представителями кокковой флоры, дрожжевых грибов уменьшилась также и их частота высеваания. Плотность оральных стрептококков и коринебактерий практически не изменилась. Контаминация десенных борозд и пародонтальных карманов энтеробактериями снизилась на два порядка. Количество пациентов, у которых выделены пиогенные стрептококки, уменьшилось почти на четверть. Качественный состав микрофлоры у пациентов I группы несколько изменился. Количество оральных стрептококков возросло в 1,2 раза, во столько же – уменьшилась часть патогенных стрептококков. Фурацил также бактериостатически действовал на анаэробные кокки, дрожжевые грибы, их часть в исследуемой микрофлоре снизилась до 6,9 % и 9,9 % соответственно. Одновременно с этим, вероятнее компенсаторно, возросло количество лактобактерий. Во II группе больных уровень микробной обсемененности пародонтальных борозд и пародонтальных карманов был практически одинаковым по сравнению с показателями I группы. Средняя плотность колонизации микробами исследуемых топодемов была равна $4,93 \pm 2,17$ lg КОЕ/г. Оральные стрептококки имели самый высокий уровень обсемененности, который практически соответствовал показателям I группы. Однако, в отличие от больных, которым назначали только антимикробный препарат, их высевали почти у всех пациентов. В сравнении с результатами исследования, проведенного до лечения, частота выявления α -гемолитических стрептококков возросла в 1,5 раза; в сравнении с 1-й группой – в 1,3 раза. У больных

II группы следует отметить уменьшение частоты высевания представителей патогенной кокковой флоры. Культуры золотистых стафилококков выделено только в 1/6 исследуемых лиц, причем в клинически незначимых концентрациях (в среднем $3,71 \pm 0,07 \lg \text{КОЕ/г}$). Выделенные до лечения популяции грамотрицательных анаэробов (*Bacteroides* spp., *Fusobacterium* spp., *Prevotella* spp.) высевали с меньшей частотой и низшей концентрацией, чем до лечения. Однако эти показатели оказались практически одинаковыми с показателями I группы. Существенно комбинация препаратов повлияла на популяции грибов рода *Candida*. Концентрация кандид снизилась до нормальных показателей. Количество больных во II группе, у которых выделили дрожжеподобные грибы, было меньше в 1,7 - 1,9 раза, чем до лечения и в I группе соответственно, что свидетельствовало об эффективности лечения. Наиболее чувствительными к лечению были энтеробактерии. После проведенной терапии от больных II группы не было высеяно ни одного штамма представителей семейства *Enterobacteriaceae*. Наиболее устойчивыми к проводимому лечению оказались коринебактерии, однако, по данным литературы, обычно они не принимают участие в развитии патологических процессов полости рта.

Выводы. 1. У всех больных диагностирован дисбиоз, который проявлялся резким снижением частоты высевания оральных стрептококков, лактобактерий, увеличением количества стафилококков и выделением представителей заносной флоры (клебсиелл и кишечных палочек), меньшей, в сравнении с нормой, плотностью колонизации десневой борозды популяциями стабилизирующей микрофлоры.

2. Анализ полученных данных показал целесообразность применения antimicrobialного препарата Фурасол для лечения больных с неспецифическим язвенным колитом с генерализованным гингивитом и пародонтитом. Терапевтическая эффективность этого препарата более выражена в сочетании с Натрия нуклеинатом.

Литература.

1. Барусова С.А. «Клинико-лабораторная оценка эффективности применения антисептического препарата октенисепт в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта» / 14.01.14 – Стоматология.- автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - Москва – 2010. – 24 с.

2. Мащенко И.С., Косенко К.Н., Самойленко А.В. Этиотропное и патогенетическое обоснование дифференцированных подходов к терапии генерализованного пародонтита // Вісник стоматології. – 2002. - № 4. – С.23-25.

3. Шмагель К.В., Беляева О.В., Черешнёв В.А. Современные взгляды на иммунологию пародонта // Стоматология. – 2003. – № 1. – С. 61–64.