

ВЫБОР АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА

Еловикова Т.М., Уварова Л.В., Ронь Г.И., Боронина Л.Г.

Кафедра терапевтической стоматологии, кафедра клинической, лабораторной и микробиологической диагностики ФПК и ПП, ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

Диагностика и лечение воспалительных заболеваний пародонта – важная проблема стоматологии [1–3]. Врач-стоматолог в своей практической деятельности неизбежно сталкивается с дилеммой: назначать или не назначать антибиотик больному пародонтитом. Всемирная организация «Врачи мира за разумное использование антибиотиков» считает дискуссионным вопрос, является ли патология тканей пародонта истинной инфекцией. Большинство бактерий полости рта – это обычные условнопатогенные микроорганизмы (МО), объединенные в биопленку. Современный уровень научных знаний определяет наличие бактериальных пародонтопатогенов как доминирующей причинный фактор риска. Антибиотикотерапию (АБ) следует рассматривать как один из этапов комплексного лечения.

Среди представленных на ранке антимикробных препаратов для ликвидации (модификации) очага пародонтальной инфекции широко используются препараты групп пенициллинов и макролидов. Представляет интерес Сумамед – более молодой антимикробный препарат, формирующий семейство азалидов в группе макролидов. К этому препарату еще не определена минимальная подавляющая концентрация анаэробов полости рта, однако он представляет интерес в связи с присутствием у всех макролидов аддитивного, синергирующего эффекта. К положительным свойствам Сумамеда относится его комплаентность. Препарат хорошо переносится и имеет небольшое число побочных явлений, обладает противовоспалительным действием.

Для улучшения адаптационных возможностей организма на момент приема АБ высказываются мнения в пользу применения иммунокорректирующей терапии, а именно препарата Ликопид или Имудон, а также системной энзимотерапии и витаминов. Доказано, что энзимотерапия оказывает противовоспалительное действие, обусловленное влиянием на механизмы воспаления. Препараты ферментного ряда повышают концентрацию антибиотиков в зоне воспаления, а также снижают негативное влияние на макроорганизм [2, 3]. При назначении витаминов

целесообразно проводить витаминограмму для конкретного пациента. Доказано положительное влияние на процесс восстановления кости таких витаминов, как кальций-Д3 никомед и Алвитил [2, 3]. Фармакологи отмечают, что одновременно больному могут быть назначены только три фармакологических препарата, желательно с разными путями введения. Приведены убедительные доказательства применения различных групп препаратов для лечения заболеваний пародонта. Между тем, авторами не предлагаются композиции фармакологических препаратов, позволяющие эффективно и в короткие сроки купировать воспалительный процесс в тканях пародонта и добиться состояния стойкой ремиссии у пациентов.

Цель исследования – повышение эффективности диагностики и комплексной терапии больных генерализованным пародонтитом.

Материалы и методы исследования

На кафедре терапевтической стоматологии УГМА обследовано 102 пациента – 62 с хроническим генерализованным тяжелым пародонтитом и 42 пациента с хроническим генерализованным пародонтитом средней тяжести.

Для комплексной клинической оценки состояния полости рта у больных пародонтитом применяли методы: опрос больного, осмотр полости рта, использование индексов: OHI – S (ИГР-У), Green, J.R., Vermillion, 1964, PMA, Parma, 1960, PBI, Saxer, Muhlemann, 1975, PDI Ramfjord, 1959, необратимый костный показатель Fuchk. Для оценки состояния тканей пародонта также определяли глубину пародонтального кармана, рецессию десны, потерю клинического прикрепления, а также величину корней зубов – по ортопантограммам – снимки сканировались, в программе Photoshop 7 с использованием инструмента «линейка» измеряли высоту и ширину коронки зуба, длину корня.

У больных пародонтитом проводилось молекулярно-генетическое исследование с целью выявления пародонтопатогенных (ПП) МО. Использовалась мультиплексная ПЦР-тест-система «Дентал», разработанная ЗАО «Гентех» (Москва). Пародонтопатогенные микроорганизмы выявлялись культуральным методом. Культуральным методом определялись виды ППМО у больных тяжелым пародонтитом и пародонтитом средней тяжести. Диагноз ставился на основании данных клинического и рентгенологического исследования. Всем пациентам проведена комплексная терапия пародонтита, которая включала методы консервативного, хирургического и ортопедического лечения.

Статистическая обработка материала, построение графиков и таблиц проводились на персональном компьютере с использованием

пакетом статистической обработки данных Statistica 6.0 for Windows. Использовались методы вариационной статистики с определением математического ожидания (M), среднего квадратичного отклонения (сигма), средней квадратической ошибки (m), критерия достоверности (t). Вероятность различий изучаемого признака (p) определялась с помощью таблиц Стьюдента по критерию достоверности с учетом числа степеней свободы. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Использовался непараметрический критерий Кендала.

Результаты и обсуждение

Выделены виды пародонтопатогенных микроорганизмов: *P. intermedia* определялся у 53% обследованных, *Peptostreptococcus* spp. – в 45% случаев, *A. israelii* – в 30%, *F. Nucleatum* – в 20%, *Actinomyces* spp. – в 15%, *Vcillonella* spp. – в 10%, *P. micros* – в 10%, *Clostridium* spp. – в 10%. Выделенные культуральным методом виды микроорганизмов были чувствительны ко всем антибиотикам. По результатам молекулярно-генетического метода исследования в группе с «короткими» корнями зубов через месяц после антибактериальной терапии достоверно реже встречались: *P. gingivalis*, *T. denticola*, *B. forsythus* ($p < 0,05$). Отмечено уменьшение частоты идентификации *P. gingivalis* – на 58%, *A. actinomycetemcomitans* – на 24%, *T. denticola* – на 57%, *B. forsythus* – на 33%.

Мы проанализировали количество у пациентов в зависимости от средней статистической длины корня. У пациентов со средней длиной корня 17,5 мм количество ППМО в спектре 2,2, тогда как при средней длине корня 13 мм количество ППМО увеличивается до 3,4. Проведенный анализ микробного пейзажа в группах с коротким и длинным корнем показал, что в спектре пациентов с длиной корня 13 мм *P.intermedia* идентифицирована достоверно чаще. Увеличение частоты встречаемости *Pr.intermedia* в 8 раз свидетельствует о преобладании микробной насыщенности спектра у пациентов до лечения со средней длиной корня 13,0 мм и объясняет и тот факт, что при коротких корнях микробная насыщенность спектра до лечения больше, чем при средней длине корня 17,5 мм.

Проведенные исследования позволяют сформулировать представление об ином подходе к диагностике и лечению больных пародонтитом с «короткими корнями» зубов, в который включается: раннее применение антибактериальной терапии, депульпирование и шинирование зубов. Особенности лечения больных пародонтитом с «короткими» корнями зубов – назначение антибактериальной терапии: длина корня 1.7 (второй верхний моляр) зуба ≤ 13 мм; количество видов пародонтопатогенных микроорганизмов от 3 до 5 в ассоциации; начальный процесс деструкции костной ткани.

Таким образом, у больных тяжелым пародонтитом достоверно чаще определяются «короткие» корни зубов. У больных пародонтитом с «короткими» корнями зубов определяется сглаженная клиническая картина заболевания: чаще пациенты не предъявляют жалоб, при этом достоверно чаще идентифицируются три микроорганизма. Введение в комплексную терапию антибиотика у больных пародонтитом с «короткими» корнями зубов приводит к повышению эффективности лечения – удлинению периода ремиссии до 5 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьян А.С., Фролова О.А. Морфофункциональные основы клинической симптоматики воспалительных заболеваний пародонта. // Стоматология. – № 3. – 2006. – С. 11–17.
2. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. – М.МИА. – 2009. – С. 336.
3. Уварова Л. В., Еловицова Т.М., Боронина Л.Г. Сравнительный анализ методов идентификации бактериальных пародонтопатогенов у больных тяжелым пародонтитом // XIII Международная конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов «Новые технологии в стоматологии». С.-Петербург. – 2008. – С. 98.

МЕСТО ПРЕПАРАТА ТИЗОЛЬ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

*Ронь Г.И., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой
терапевтической стоматологии ГОУ ВПО УГМА, Росздрава,
г. Екатеринбург*

*Епишова А.А., к.м.н., ассистент кафедры терапевтической
стоматологии ГОУ ВПО УГМА, Росздрава, г. Екатеринбург*

*Емельянов А.С., к.м.н., ООО «Общество лабораторных
исследований медицинских препаратов», г. Екатеринбург*

*Емельянова И.В., ООО «Общество лабораторных исследований
медицинских препаратов», г. Екатеринбург*

Заболевания слизистой оболочки полости рта (СОРП) [4] характеризуются преимущественно рецидивирующим течением, выраженностью воспалительной реакции тканей и устойчивостью, (в ряде случаев), к различным терапевтическим мероприятиям. Это объясняется, с одной