

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БАКТЕРИЙНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ МИКРОБИОЦЕНОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Грачева Н.В.

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России
Кафедра терапевтической стоматологии
Россия, г. Екатеринбург

Контактный e-mail: totor1800@mail.ru

В последние годы бактериальные препараты все чаще стали применяться в комплексной терапии ряда патологических состояний, протекающих на фоне нарушенной нормальной микрофлоры организма человека. Благодаря своим разноплановым положительным биологическим свойствам представители симбионтной микрофлоры широко используются в составе средств коррекционного воздействия на бактериоценоз. Использование бактериальных препаратов в лечении микробиоценоза слизистой оболочки полости рта при различных патологических состояниях позволит более полноценно корректировать состав микрофлоры, а следовательно удлинить сроки ремиссии и уменьшить частоту рецидивов.

Важнейшей проблемой современной клинической стоматологии является рост хронической воспалительной патологии пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Современная концепция этиопатогенеза воспалительных заболеваний тканей полости рта рассматривает довольно обширный комплекс механизмов, но решающее значение отводится резистентности тканей к микробной инвазии[1]. Следовательно, залогом успешного лечения воспалительных заболеваний тканей полости рта является не только использование этиотропных препаратов, но и применение бактериальных препаратов для полноценного восстановления микробиоценоза.

В планировании терапевтического лечения далеко не всегда врачи-стоматологи уделяют должное внимание бактериальным препаратам, что, соответственно, влечет за собой низкую эффективность при лечении данной патологии.

Целью работы является: используя литературные данные, показать оптимальное решение проблемы лечения хронических воспалительных заболеваний полости рта.

В последние годы пробиотические препараты все чаще стали применяться при комплексной терапии ряда патологических состояний, протекающих на фоне нарушенной нормальной микрофлоры организма человека, к такой патологии относится и кандидоз слизистой оболочки полости рта. Исследования зарубежных ученых[3,4,5] показали, что не только диета, содержащая углеводы, но и частое использование антисептических полосканий является основными факторами высокой вирулентности *Candida* у лиц молодого возраста. Перспективным методом лечения кандидоза полости рта, особенно на фоне распространения процесса на другие отделы пищеварительного канала, является пробиотикотерапия. Современные взгляды на патогенез кандидозной инфекции пищеварительного канала характеризуют кандидоз как одно из проявлений дисбиоза и в качестве основной тактики лечения предусматривают восстановление состава и конкурирующих свойств нормальной микрофлоры. Высокой эффективностью обладают "конкурентные" пробиотики. Использование пробиотиков обусловлено конкурирующими свойствами бактерий нормальной микрофлоры (*Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, *Propionibacterium*, *V. subtilis*, *Saccharomyces boulardii* и др.) относительно грибов рода *Candida*, которые реализуются путем конкуренции за питательные субстраты и синтеза антикандидозных метаболитов.

Во всем мире достаточно распространено профилактическое и терапевтическое применение бактериальных препа-

ратов, несмотря на тот факт, что их эффективность все еще остается спорной[3]. Одной из важных функций нормальной микрофлоры является поддержание «рабочего» состояния специфических и неспецифических, гуморальных и клеточных механизмов иммунитета, например, бифидобактерии стимулируют лимфоидный аппарат, синтез иммуноглобулинов, увеличивают уровень пропердина и комплемента, повышают активность лизоцима и способствуют уменьшению проницаемости сосудисто-тканевых барьеров для токсических продуктов патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, препятствуют развитию бактериемии и сепсиса.

Благодаря своим разноплановым положительным биологическим свойствам представители симбионтной микрофлоры (в том числе представители родов *Lactobacillus* и *Bifidobacterium*) широко используются в самых различных отраслях медицины в составе средств коррекционного воздействия на бактериоценоз[3,4]. Основными видами лактобактерий полости рта в настоящее время считают *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus casei* и многочисленные типы *Lactobacillus fermenti*. В полости рта здоровых людей, как правило, встречаются *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus salivarius*, *Lactobacillus casei*, *Lactobacillus plantarum*, *Lactobacillus ermenti*, *Lactobacillus brevis*. Многие виды молочнокислых бактерий находятся в определенной связи с бактериями рода *Bifidobacterium*. Их объединяют основные физиологические особенности - способность к интенсивному кислотообразованию и приспособленность к существованию в кислой среде. Поэтому часто дефицит бифидобактерий в конкретном биотопе сочетается с низким содержанием других видов молочнокислых микробов. Активная жизнедеятельность молочнокислых микробов создает среду, благоприятную для развития бифидофлоры и другой нормальной микрофлоры. Эффект влияния ингибирования колонизации ЖКТ грибковой флорой при применении *Bifidobacterium* доказан еще в 1998 году. Доказана эффективность применения штаммов бифидобактерий и лактобактерий при лечении вирусных заболеваний у детей, таких как ротавирусная инфекция и острый герпетический гингивостоматит

Сведения об эффективности использования штаммов лактобацилл и бифидобактерий при лечении кандидоза и предотвращении кандидной колонизации подтверждаются многими авторами[3,4,5]. Известно, что лактобациллы способны угнетать цитоадгезию *Candida albicans* путем маскировки рецепторов на эпителиальных клетках. В присутствии лактобацилл происходит подавление герминации и роста *C. albicans*.

Доказано, что обработка пародонтальных карманов коллагеном, содержащим *Lactobacillus casei* уменьшает частоту изоляции агрессивных микробных представителей таких как *Bacteroides*, *Actinomyces*, а также *C. albicans* и обеспечивает длительность ремиссии у больных с хроническим генерализованным пародонтитом до 10-12 месяцев[3]. В работах А.И. Грудянова и Е.В. Фоменко[1] было установлено, что использование бактериальных лекарств при лечении больных с пародонтитом легкой и средней степени тяжести, приводит к нормализации состояния аутофлоры, к восстановлению иммунного статуса, исчезновению аллергических

проявлений. При пародонтите тяжелой степени и сопровождающем его дисбиозе формируются стойкие очаги условно-патогенной антибиотикорезистентной микрофлоры, обладающей выраженной адгезивной и протеолитической активностью. В этой связи при тяжелых воспалительных поражениях пародонта нормализации микробиоценоза можно достичь комбинированным применением препаратов.

Применение ацилакта у больных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, наряду с нормализацией микрофлоры полости рта, привело к положительным сдвигам в составе бактериоценоза кишечника, с увеличением высева лакто- и бифидобактерий.

Исследователями [3] было установлено, что штаммы *Lactobacillus acidophilus*, выделенные от пациентов с заболеваниями пародонта и слизистой оболочки полости рта, обладают высокой чувствительностью к антибиотикам групп пенициллина, макролидов, цефализину, тетрациклину и клафорану при достаточно высокой степени резистентности к аминогликозидам, линкомицину и стрептомицину. При местном применении ацилакта в лечении генерализованного пародонтита легкой и средней степени тяжести была отмечена нормализация микробиологической картины полости рта.

О.И. Ефимович (2001) в схему комплексной терапии кандидомикоза полости рта в качестве заместительной терапии предлагает включить зуботики, оказывающие антагонистическое действие в отношении патогенной и условно-патогенной микрофлоры и обеспечивающие витаминобразующую и ферментативную функции [2].

Выводы

Таким образом, использование бактериальных препаратов в лечении микробиоценоза слизистой оболочки полости рта при различных патологических состояниях позволит более полноценно корректировать состав микрофлоры, а следовательно удлинить сроки ремиссии и уменьшить частоту рецидивов.

Литература

1. Грудянов А.И. Применение таблетированных форм пробиотиков бифидумбактерина и ацилакта в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта / А.И.Грудянов, Н.А.Дмитрисва, Е.В.Фоменко // *Стоматология*.-2002.-№1. С.39-43.
2. Ефимович О.И. Клинико-лабораторное обоснование теории дисбактериоза СОР: автореф. дис. ...канд. мед. наук / О.И.Ефимович. – М., 2005. – 33с.
3. Falagas M.E. Probiotics for prevention of recurrent vulvovaginal candidiasis: a review / M.E. Falagas, G.I. Betsi, S. Athanasiou // *J. Antimicrob. Chemother.*-2006.-Vol.58, №2.-P.266-272.
4. New concepts regarding the pathogenesis of periodontal disease in HIV / I.B. Lamster [et al.] // *Ann. Periodontol.*-1998.-Vol.3.-P.62-75.
5. Recovery of *Candida dubliniensis* and other yeasts from human immunodeficiency virus-associated periodontal lesions / M.A. Jabra-Rizk [et al.] // *J. Clin. Microbiol.*-2001.-Vol.39, №12.-P.4520-4522.

BACTERIAL DRUGS USING IN MICROBIOCENOSIS TREATMENT OF ORAL MUCOSA

Grachyova N.V.

Yekaterinburg, the chair of therapeutic dentistry

Recently bacterial drugs are used in complex therapy for several pathological states which are accompanied with disorders in the body. The representatives of symbiotic micro flora due to their various positive biological properties are used widely as a part of correction drugs in bacteriocenosis treatment.

Using of bacterial drugs in bacteriocenosis treatment of oral mucosa in different pathological states allows to normalize the micro flora structure, and consequently, to prolong remission terms and reduce recurrence rate.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДА-АССОЦИИРОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Грacheва Н.В.

*ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздрава России
Кафедра терапевтической стоматологии
Россия, г. Екатеринбург*

Контактный e-mail: motor1800@mail.ru

Среди проблем современной стоматологии воспалительные заболевания пародонта занимают одно из ведущих мест. Полость рта считается первичным резервуаром дрожжеподобных грибов рода *Candida* spp., те же виды грибов, что и в полости рта обнаруживаются и в поддесневой биопленке. Их наличие обуславливает рецидивный, затяжной, устойчивый к проводимой традиционной терапии характер течения воспалительного процесса. Терапия больных с кандидо-ассоциированным пародонтитом должна быть дополнена противомикотическими и бактериальными препаратами.

Среди важнейших проблем современной стоматологии воспалительные заболевания пародонта по-прежнему занимают одно из ведущих мест [1].

По одной из концепций пародонтит расценивается именно как оппортунистическая инфекция, вызываемая оппортунистическими микроорганизмами, которые проявляют свою патогенность только при ослаблении защиты макроорганизма.

Однако, до настоящего времени многие практикующие врачи связывают воспаление пародонта с определенными видами микроорганизмов, что в свою очередь влечет за собой неполную диагностику и, как следствие, неэффективное лечение.

По многочисленным литературным данным воспаление пародонта исследователи связывают не со специфическими видами микроорганизмов, а с различными их поликомпонентными сочетаниями.

Так, например, дрожжеподобные грибы рода *Candida* нередко проявляют свои патогенные свойства и становятся участниками микробных ассоциаций при многих инфекционных заболеваниях человека, в том числе при воспалительных и воспалительно-деструктивных заболеваниях пародонта [3].

Дрожжеподобные грибы рода *Candida* spp., являясь резидентными, оппортунистическими, условно-патогенными факультативно-анаэробными эукариотами встречаются на слизистой полости рта более чем у половины всего насе-