

УДК: 616.31

*Далимова Шоирахон Касимджановна, ассистент,
Кафедра госпитальной и клинической стоматологии
Андижанский государственный медицинский институт (Узбекистан)*

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Резюме: В статье приведен обзор отечественной и зарубежной литературы о современных подходах к вопросам комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта. Отражены основные направления работы исследователей в области пародонтологии, проанализированы результаты проведенных авторами исследований, приведены рекомендации для практического здравоохранения. Представлены различные алгоритмы лечения заболеваний пародонта с использованием новых лекарственных средств и методов физиотерапии. Продемонстрирована важность комплексного подхода к решению поставленной проблемы, направленного на корректное сочетание местного и общего лечения, а также рациональное решение вопроса поддерживающей терапии. Проведенный анализ литературы свидетельствует о неудовлетворенности стоматологов существующими методами лечения пародонтита, обширном поиске новых, более эффективных способов лечения данной патологии, позволяющих получить наиболее эффективное, патогенетически обоснованное лечебное воздействие на ткани пародонта.

Ключевые слова: пародонтит, пародонт, бактериальные пародонтопатогены, пародонто-патогенные микроорганизмы, антибактериальная терапия.

*Dalimova Shoirakhon Kasimjanovna, assistant,
Department of Hospital and Clinical Dentistry
Andijan State Medical Institute (Uzbekistan)*

INTEGRATED TREATMENT OF PERIODONTITIS USING ANTIBACTERIAL THERAPY

Resume: The article provides an overview of domestic and foreign literature on modern approaches to the complex treatment of inflammatory periodontal diseases. The main directions of the work of researchers in the field of periodontology are reflected, the results of the studies conducted by the authors are analyzed, recommendations for practical healthcare are given. Various algorithms for the treatment of periodontal diseases using new drugs and physiotherapy methods are presented. The importance of an integrated approach to solving the problem, aimed at the correct combination of local and general treatment, as well as a rational solution to the issue of maintenance therapy is demonstrated. The analysis of the literature indicates that dentists are not satisfied with the existing methods of treatment of periodontitis, an extensive search for new, more effective methods of treating this pathology, allowing to obtain the most effective, pathogenetically substantiated therapeutic effect on periodontal tissues.

Key words: periodontitis, periodontium, bacterial periodontal topopathogens, periodontal pathogenic microorganisms, antibacterial therapy.

Актуальность. Одной из актуальных задач современной стоматологии остается оптимизация лечения воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта в связи с их чрезвычайно широкой распространенностью среди населения разных возрастных групп.

На современном этапе развития стоматологии при лечении воспалительных заболеваний пародонта предусмотрен комплексный подход, цель которого - ликвидация воспалительных процессов в пародонте, восстановление структурных и функциональных свойств

элементов пародонтального комплекса, повышение местных и общих факторов защиты, что достигается сочетанием этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии [3,5]

Общее лечение предусматривает использование нестероидных препаратов: салицилатов, препараты пиразолона, производных ряда органических кислот: индолуксусной (индометацин, сулиндак), фенилуксусной (вольтарен), пропионовой (мефенаминовая кислота, понстан, опири, клотам), которые оказывают сочетанное противовоспалительное, болеутоляющее и жаропонижающее действие [2,7].

В общем лечении воспалительных заболеваний пародонта для подавления стойких субгингивальных патогенов применяют антибиотики [1,4]. Эти препараты применяют по строгим показаниям: гноетечение из пародонтальных карманов, абсцедирование, свищи, прогрессирующая деструкция костной ткани альвеолярного отростка, интоксикация, состояние до и после хирургического вмешательства. Доказано, что назначение антибактериальных препаратов изменяет микрофлору над- и поддесневой зубной бляшки, меняет клиническую картину пародонтита в сторону стабилизации процесса, замедляет воспалительную резорбцию костной ткани, однако приводит к формированию устойчивых к ним форм микрофлоры полости рта [1,3].

Антибиотики и другие противовоспалительные средства оказывают бактерицидное и бактериостатическое действие на микробное население пародонтальных карманов и полости рта. При этом происходит массовое недифференцированное и бесконтрольное уничтожение микрофлоры всего биотопа полости рта и, в первую очередь, сапрофитной микрофлоры. Кроме того, антибиотикотерапия приводит к селекции множественно устойчивых вариантов возбудителей, способствующих генерализации воспалительного процесса. Длительное назначение этих препаратов может

привести к развитию дисбактериоза из-за подавления нормальной микрофлоры пациента. В связи с этим наиболее часто при пародонтите для подавления патогенных микроорганизмов субгингивальной бляшки применяют антибактериальные препараты местного действия - антисептики [6].

По мнению большинства исследователей, бактериальная флора зубной биопленки рассматривается как первичный фактор, инициирующий поражение пародонта при гингивите и пародонтите. При нарастании степени тяжести воспалительно-деструктивного процесса в тканях пародонта выявлено преобладание анаэробных представителей микрофлоры, таких как *P. gingivalis*, *T. forsythia*, *T. denticola*, *P. intermedia* и др.

Высокоупорядоченные связи внутри микробных сообществ биопленки создают благоприятные условия для жизнедеятельности микроорганизмов, защищают их от воздействия защитных факторов полости рта, способствуют возникновению резистентности к антибактериальным средствам. Интенсивное, но не всегда рациональное назначение антибиотиков привело к селекции и распространению множественно устойчивых штаммов бактериальных культур.

В связи с этим, необходимо научно обоснованное применение антибактериальных препаратов при ХГП с использованием дифференцированных схем в зависимости от степени тяжести заболевания и состава микрофлоры полости рта.

Таким образом, актуальной проблемой в пародонтологии на сегодняшний день остается поиск оптимальной комбинации препаратов, обладающей наибольшей эффективностью в отношении большинства пародонтопатогенов и оказывающей минимальные побочные эффекты на организм человека.

Цель исследования. Повышение эффективности комплексного лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней и тяжелой степеней за счет системного использования антибактериальных препаратов.

Материалы и методы исследования. Работа основана на результатах стоматологического обследования 75 пациентов (42 мужчины и 33 женщин) в возрасте 18-45 лет, которым было вылечено 78 зубов с диагнозом пародонтита.

Результаты исследования. Моксифлоксацин применялся в дозировке 400 мг 1 раз в сутки с курсом приема 7 дней. Азитромицин назначался в дозировке 500 мг 1 раз в сутки с курсом 3 дня. Дозировка и курс приема антибиотиков в комбинации амоксициллина и метронидазола варьировались: оба препарата в дозировке 500 мг 3 раза в сутки с курсом приема 7 дней, амоксициллин в дозировке 500 мг и метронидазол в дозировке 250 мг 3 раза в сутки с курсом приема 7 или 10 дней, амоксициллин в дозировке 875 мг и метронидазол в дозировке 500 мг 2 раза в сутки с курсом приема 10 дней, амоксициллин в дозировке 375 мг и метронидазол в дозировке 250 мг 3 раза в сутки с курсом приема 7 дней.

Упоминались активность моксифлоксацина и азитромицина против предполагаемых пародонтопатогенных микроорганизмов, таких как *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis* и *Tannerella forsythia*, а также то, что концентрация азитромицина в смешанной слюне значительно превышает его содержание в плазме крови. Моксифлоксацин способен накапливаться в очаге инфекции, проникая в полиморфноядерные гранулоциты и эпителиальные клетки.

Использование моксифлоксацина или азитромицина может быть предпочтительным из-за однократной дозы в день (1 таблетка, 400 мг 1 раз в сутки или 500 мг 1 раз в сутки соответственно). При этом более короткая продолжительность курса приема антибиотиков (3- и 7-, а не 14-дневный

курс) позволяет избежать возможных побочных эффектов. Особенностью азитромицина является его накопление в содержимом пародонтального кармана (десневой жидкости) и участках выраженного пародонтального воспаления (его концентрация значительно выше, чем в «нормальных» тканях десны). Высказано предположение, что азитромицин проникает в фагоциты и фибробласты, его концентрация в них в 100-200 раз больше, чем во внеклеточных пространствах, и он активно транспортируется фагоцитами к участкам воспаления, где высвобождается значительное количество азитромицина — при разрушении фагоцитов в процессе фагоцитоза.

Комбинация амоксициллина и метранидзола в лечении агрессивного пародонтита получила признание в основном благодаря своей эффективности против *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* — возбудителя, тесно связанного с этиологией этого инфекционного заболевания. Также эта комбинация активна в отношении *Treponema denticola*, *Tannerella forsythia*, *Porphyromonas gingivalis*, *Fusobacterium nucleatum* и *Prevotella intermedia*.

Амоксициллин — полусинтетический пенициллин с расширенным антимикробным спектром, который включает грамотрицательные и грамположительные кокки, спирохеты и анаэробы, эффективен и против представителей поддесневой микробиоты (находящейся внутри эпителиальных клеток десны) — *Parvimonas micra* и *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*. В сочетании с клавулановой кислотой амоксициллин может применяться и для подавления бактерий, способных к производству β-лактамаз. Однако препараты пенициллинового ряда имеют множество побочных эффектов.

Преимуществом применения комбинации амоксициллина и метранидзола является способность восстанавливать дисбаланс между матриксными металлопротеиназами и их тканевыми ингибиторами, а

также то, что комбинация этих препаратов обладает большим спектром действия по сравнению с монотерапией, каждым лекарством в отдельности или другими противомикробными препаратами. Метронидазол не эффективен против *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, но обладает активностью против таких пародонтопатогенов, как *Porphyromonas gingivalis* и *Prevotella intermedia*.

Согласно полученным из исследованных статей данным, в настоящее время наибольшее влияние на глубину пародонтальных карманов (PD) оказывает азитромицин, в меньшей степени — комбинация амоксициллина и метронидазола, которая оказалась более эффективной во временном прикусе и демонстрировала лучшие результаты в отдаленной перспективе. Моксифлоксацин показал почти аналогичные данной комбинации результаты.

Исходя из значений показателя CAL, можно отметить, что у пациентов, принимавших азитромицин и комбинацию амоксициллина и метронидазола, определялись сравнительно одинаковые результаты, тогда как в группах, где в качестве антибактериального препарата использовался моксифлоксацин, изменения данного показателя были значительно ниже.

Однако следует помнить, что пародонтопатогенные микроорганизмы могут варьироваться в различных популяциях и этнических группах, поэтому комбинации или конкретные схемы антибиотиков могут «работать» не во всех случаях.

Поэтому необходимо определять чувствительность/резистентность к антибиотикам.

Основными факторами, влияющими на эффективность антибактериальной терапии, были признаны: форма заболевания, применяемый антибиотик (дозировка, соблюдение пациентом режима приема антибиотика, резистентность микробиоты к препарату, возможные

побочные эффекты препарата), локализация поражений, наличие видимого зубного налета и начальный уровень показателя PD.

Полное уничтожение микроорганизмов может быть затруднено в результате реинфекции обработанных участков. Наличие *Porphyromonas gingivalis* в пародонтальном кармане также может быть фактором риска неудачного лечения или рецидива болезни.

Для более детального изучения данной проблемы требуются длительные периоды наблюдения, большие размеры выборки, а также большее количество исследований, в которых происходит сравнение различных антибактериальных препаратов при АФП.

Анализ данных доступной нам литературы позволил выявить некоторые преимущества и недостатки отдельных антибактериальных препаратов, применяемых при АФП.

Вывод. В комплексном лечении заболеваний пародонта большое значение придается физиотерапевтическим методам лечения. Общеизвестны устройства для введения лекарственных веществ постоянным электрическим током, широко применяется переменное магнитное поле, лазеротерапия гелий-неоновым лазером, вакуум-электрофорез, комбинированная КВЧ-лазерная терапия и др.

Таким образом, анализ литературы свидетельствует о неудовлетворенности стоматологов существующими методами лечения пародонтита, обширном поиске новых, более эффективных способов лечения данной патологии, позволяющих получить наиболее эффективное, патогенетически обоснованное лечебное воздействие на ткани пародонта.

Большинство современных исследований данной патологии посвящено использованию моксифлоксацина, азитромицина и комбинации амоксициллина и метронидазола. Наблюдается повышенный интерес ученых разных стран к вспомогательной антибактериальной терапии

разных форм пародонтита, при этом изучаются различные режимы приема антибиотиков.

Дополнительное применение антибиотиков приводит к лучшему результату лечения агрессивных форм пародонтита. Наиболее обоснованным является применение азитромицина в дозировке 500 мг 1 раз в сутки с курсом 3 дня. Однако пародонтопатогенные микроорганизмы могут варьироваться в различных популяциях и этнических группах, вследствие чего может потребоваться определение их чувствительности к антибактериальным препаратам в случае неэффективности проводимой терапии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Булкина Н.В., Башкова Л.В. Иммуногистохимические критерии эффективности комплексного лечения больных быстро прогрессирующим пародонтитом с применением комбинированных физиотерапевтических методов // Дентал Юг. – 2009. – № 9 (69). – С. 15-17.
2. Гажва С.И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта: методическое пособие. – Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской гос. медицинской академии, 2013. – 110 с.
3. Глыбина Т.А., Дмитриева Л.А., Кострюков Д.А., Ларионов Е.В. Сравнительное клиническое исследование применения геля «Гликодент» и современных хлоргексидинсодержащих препаратов при лечении пародонтита // Стоматология сегодня. – № 10 (70). – 2017. – С. 54-55.
4. Грудянов А. И., Ерохин А. И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 128 с.
5. Грудянов А.И. Диагностика в пародонтологии / А.И. Грудянов, А.С. Григорьян, О.А. Фролова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 104с.

- 6.Грудянов А.И., Масленикова Г.В., Загнат В.Ф. Сравнительное изучение эффективности воздействия ряда местных антимикробных препаратов на видовой и количественный состав микробной флоры пародонтальных карманов // Стоматология. – 2012. – Т.71. – № 1. – С. 25-26.
- 7.Зубаирова Г.Ш. Изменение содержания секреторных иммуноглобулинов в полости рта больных хроническим генерализованным пародонтитом при лечении с локальным использованием пробиотика и иммуномодулятора / Г.Ш. Зубаирова, А.И. Булгакова, Ю.А. Медведев, И.В. Валеев, А.К. Юнусова // Вестник Российской военно-медицинской академии. – Санкт-Петербург, 2009. – №1 (21). – С. 73–75.