

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Хужамбердиев Б.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация

В современной пародонтологии наблюдается значительный интерес к проблеме антибиотикотерапии разных форм пародонтита, изучаются различные режимы приема антибактериальных препаратов. Большинство исследований данной патологии посвящено использованию моксифлоксацина, азитромицина, а также комбинации амоксициллина и метронидазола. Дополнительное применение антибиотиков приводит к улучшению результатов лечения разных форм пародонтита.

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

O'SMIR YOSHDAGI BOLALARDA PARODONTITNI DAVOLASH SAMARADORLIGINI OSHIRISH YO'LLARI

Xo'jamberdiev B.S.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Annotatsiya

Zamonaviy periodontologiyada periodontitning turli shakllarini antibiotiklar bilan davolash muammosi katta qiziqish uyg'otadi, antibakterial dorilarni qabul qilishning har xil usullari o'rganilmoqda. Ushbu patologiyaning ko'pgina tadqiqotlari moksifloksasin, azitromisin, shuningdek amoksisillin va metronidazolning kombinatsiyasiga bag'ishlangan. Antibiotiklardan qo'shimcha foydalanish periodontitning turli shakllarini davolash natijalarini yaxshilaydi.

Kalit so'zlar: periodontit, periodont, bakterial periodontal topopatogenlar, periodontal patogen mikroorganizmlar, antibakterial terapiya.

WAYS TO IMPROVE THE EFFECTIVENESS OF PERIODONTITIS TREATMENT IN ADOLESCENT CHILDREN

Xujamberdiev B.S.

Andijan state medical institute

Abstract

In modern periodontology, there is significant interest in the problem of antibiotic therapy of various forms of periodontitis, various modes of taking antibacterial drugs are being studied. Most studies of this pathology are devoted to the use of moxifloxacin, azithromycin, as well as a combination of amoxicillin and metronidazole. The additional use of antibiotics leads to improved treatment outcomes for various forms of periodontitis.

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

Актуальность. Данные последних лет свидетельствуют о том, что воспалительные заболевания пародонта возникают в результате сложного взаимодействия между комменсальной микрофлорой полости рта, системой защитных факторов макроорганизма и экологических факторов, таких как диета и курение. Из этих факторов наиболее значимым признан микробный.

Пародонтит – тяжелое заболевание, имеющее системный характер. Оно с трудом поддается лечению. Самыми эффективными считаются антибиотики при пародонтите, но терапия должна быть системной. Без комплексного лечения любые средства бессильны, так как универсального лекарства от пародонтита на сегодняшний день нет [4, 6].

Несмотря на то, что пародонтит не является инфекционным заболеванием в классическом смысле, вместе с тем, существует ряд микроорганизмов, ответственных за развитие процессов воспаления и деструкции пародонтального комплекса [1, 7].

Увеличение содержания патогенных в отношении пародонтального комплекса видов микроорганизмов рассматривают как нарушение биоценоза полости рта, свидетельствующее о снижении защитных факторов неспецифической и специфической защиты организма [8].

Микроорганизмы полости рта существуют как в планктонном состоянии, так и в составе организованных сообществ, связанных с органическим и неорганическим субстратом – так называемых биоплёнок. Существование в составе биоплёнки является способом защиты присутствующих в ней микроорганизмов от неблагоприятных факторов внешней среды, создает

условия для питания и размножения, повышает устойчивость отдельных видов к гигиеническим и лечебным мероприятиям [2, 5].

Антибиотик обычно становится основным средством лечения. Если пациент имеет слабый иммунитет, заболевание десен может осложниться другой инфекцией, поэтому требуется назначить лечение антибиотиком в качестве основного лечения. Показано назначение антибиотиков при парадонтите у взрослых, если заболевание десен осложняется вторичной бактериальной или грибковой инфекцией.

Механическое и хирургическое лечение в сочетании с надлежащими мерами гигиены полости рта могут останавливать или предотвращать дальнейшую потерю клинического прикрепления у большинства людей путем уменьшения общей над- и поддесневой бактериальной массы.

Однако, несмотря на добросовестную стоматологическую терапию, у некоторых людей продолжается разрушение пародонта, возможно, из-за способности крупных пародонтальных патогенов, таких как *Porphyromonas gingivalis*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Fusobacterium nucleatum*, *Treponema denticola* бактеридов, вторгаться в ткани пародонта или находиться в фуркациях или других структур зуба вне досягаемости для пародонтальных инструментов или из-за слабых механизмов защиты хозяев. Кроме того, предполагаемые пародонтальные патогены («красный комплекс»), как правило, находятся в биопленке, прикрепленной к эпителиальной поверхности пародонтального кармана, и пациент не может достичь этого места во время мероприятий по гигиене полости рта [1, 4].

Первыми кандидатами на системную антимикробную терапию являются те пациенты, которые проявляют потерю прикрепления после кажущейся адекватной традиционной терапии или пациенты с агрессивными формами пародонтита, имеющие заболевания, предрасполагающие к развитию пародонтита [3].

Пациентам с острыми или тяжелыми пародонтальными инфекциями (пародонтальный абсцесс, острый язвенно-некротический гингивит/пародонтит) также может быть полезно применение антибиотиков. Системная пародонтальная антибиотикотерапия направлена на усиление механического пародонтологического лечения и поддержку системы защиты хозяев в преодолении инфекции путем уничтожения поддесневых патогенов, которые остаются после обычной механической пародонтальной терапии. Восприимчивость бактерий к антибиотикам может быть ключом к эффективности системных антибиотиков при лечении заболеваний пародонта [6, 8].

Другие химиотерапевтические агенты также могут уменьшить

разрушение коллагена и кости за счет их способности ингибировать ферментацию коллагеназы.

Пациенты с гингивитом или стабильным взрослым пародонтитом обычно хорошо реагируют на механическую пародонтальную терапию и практически не получают дополнительного эффекта от антибактериальной терапии.

Цель исследования. Определение и анализ наиболее эффективных методов антибиотикотерапии у больных с разными формами пародонтита.

Материалы и методы исследования. Работа основана на результатах стоматологического обследования 62 пациентов (32 мужчины и 30 женщин) в возрасте 11-16 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 метранидозола 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 метранидозола 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 продемонстрировала 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

антибиотику.

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 алгоритм консервативного лечения хронического пародонтита легкой формы наряду с антибактериальными препаратами необходимо включать препараты, стимулирующие кровоток в пародонте, так как восстановление микроциркуляции в пораженных тканях под действием антибактериальных препаратов происходит не полностью.

Таким образом, пародонт — многогранная и очень интересная область нашего организма, она требует глубокого изучения и скрупулезного отношения к себе. Сроки наступления клинического благополучия и длительность периода ремиссии индивидуальны и зависят от многих факторов: возраста, наличия общесоматической патологии, степени тяжести заболевания, неблагоприятных местных факторов, биотипа десны, что следует учитывать стоматологу в клинической практике.

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.

Использованная литература:

1. Атрушкевич, В. Г. Особенности микробиоценоза зубного налета у пациентов с агрессивным и хроническим генерализованным пародонтитом / В. Г. Атрушкевич, Е. А. Тихомирова, И. В. Зудина // Кремлевская медицина. Клинический вестник. - 2018. - № 2. - С. 88-97.
2. Еловикова, Т. М. Клинические проявления пародонтального синдрома при циклической нейтропении / Т. М. Еловикова, Л. В. Уварова // Проблемы стоматологии. - 2013. - № 1. - С. 16-19.
3. Зорина, О. А. Антимикробная эффективность системного применения антибиотиков разных групп в комплексном лечении пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом / О. А. Зорина, И. С. Беркутова, А. А. Басова // Стоматология. - 2014. - № 5. - С. 13-18.
4. Макеева И.М., Даурова Ф.Ю., Бякова С.Ф. [и др]. Чувствительность микробных ассоциаций экссудата пародонтального кармана и одонтогенного очага к антибактериальным препаратам . Стоматология. - 2016. - № 3. - С. 26-30.
5. Орехова Л. Ю., Александрова А.А., Мусаева Р.С. [и др.] Особенности стоматологического статуса у пациентов с сахарным диабетом и беременных женщин. Меры профилактики стоматологических заболеваний у данных групп пациентов (обзор литературы) / // Пародонтология. - 2014. - № 4 (73). - С. 18-25.
6. Уварова Л.В., Еловикова Т.М., Боронина Л.Г. Способ определения необходимости назначения антибактериальной терапии при лечении пародонтита: патент на изобретение Российская Федерация - 2008.
7. Ardila, C. M. Clinical Factors Influencing the Efficacy of Systemic Moxifloxacin in the Therapy of Patients With Generalized Aggressive Periodontitis: A Multilevel Analysis From a Clinical Trial / C. M. Ardila, I. C. Guzman // Glob J Health Sci. - 2015. - Vol. 8, № 3.
8. Krayner, J. W. Non-surgical chemotherapeutic treatment strategies for the management of periodontal diseases / J. W. Krayner, R. S. Leite, K. L. Kirkwood // Dent Clin North Am. - 2010. - Vol. 54, № 1.