

**ОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИМІКРОБНИХ
ПРЕПАРАТІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ
ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПОРОЖНИНИ РОТА**

¹Вінницький національний медичний університет
імені М.І. Пирогова (м. Вінниця)

²Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

g_paliy@ukr.net

Дана робота виконана в рамках НДР «Вивчення багатовекторності властивостей лікарського антимікробного препарату декаметоксину», № державної реєстрації 0115U006000.

Вступ. Проблема профілактики, лікування запальних захворювань залишається актуальною в сучасній стоматології. Незважаючи на досягнення лікарів в боротьбі з інфекційними захворюваннями ротової порожнини, кількість хворих збільшується з даною патологією. Труднощі профілактики, лікування інфекційних захворювань зубів та слизових оболонок ротової порожнини обумовлені особливостями мікробіоценозу. В порожнині рота знаходять представників близько 500 видів мікроорганізмів, а саме: стрептококи (100%), стафілококи (40,7%), дріжджоподібні гриби роду *Candida* (25,7%), молочнокислі бактерії (90,3%), коринебактерії (15,1%) та ін. Анаеробна мікрофлора локалізується переважно у піднебінних кишнях. Умовнопатогенні мікроорганізми містяться в слині (10^9 КУО/см³), на слизовій гінгиві (до 10^{12} КУО/см³), на поверхні зубів [4,7,8].

Захист ротоглотки від колонізації непатогенними для даного біотопу мікроорганізмами здійснюється за рахунок імуноглобулінів, комплементу слини, лізоциму, лактоферину, пероксидази, компоненти системи комплементу. Мікроорганізми, що входять до нормальної мікрофлори ротової порожнини є стійкими до дії антимікробних чинників слини, підсилюючи її захисні властивості шляхом антагонізму. За умов неповноцінного функціонування симбіотичної мікрофлори, дистресу, нераціонального харчування, впливу інфекційних збудників, нераціональної антибіотикотерапії викликають дисбіотичні порушення в порожнині рота, що ведуть за собою зростання кількості резистентних до медикаментів умовнопатогенних мікроорганізмів з генетичними детермінантами вірулентності, патогенності [11].

Зростає потреба розробки та глибокого дослідження сучасних лікарських антимікробних засобів, нових методів профілактики, лікування інфекційних захворювань слизової оболонки порожнини рота. З цих позицій науковці зосереджують значну увагу на антисептичних препаратах, значення яких неможливо переоцінити

в сучасній медицині. Останніми роками інтенсивно розробляють та впроваджують фіксовані лікарські антисептичні препарати на основі вітчизняного антисептику декаметоксину (антифунгін, аурисан, амосепт, горостен, декасан, офтадек, септефрил та ін.). Антисептичні лікарські засоби на основі декаметоксину чинять протимікробну дію на бактерії, віруси, патогенні гриби, найпростіші, які вегетують на слизових оболонках. Антисептики добре переносять слизові оболонки, шкіра, ранові поверхні. Вони мають гарну розчинність в ліпідах, що забезпечує їх достатнє накопичення в слизових оболонках і ефективну лікувальну дію. Багатовекторні лікувальні властивості обґрунтовують доцільність їх всебічного дослідження та ефективного застосування для лікування, профілактики запальних захворювань ротової порожнини [2,9,10].

Мета дослідження. Дослідити мікробіологічну, клінічну ефективність застосування антисептичних лікарських засобів в хворих із запальними захворюваннями порожнини рота.

Об'єкт і методи дослідження. У дослідженні було проведено мікробіологічне, клінічне обстеження 139 пацієнтів з інфекційними захворюваннями слизової оболонки порожнини рота, язика, губ. Серед обстежених було 70 (56,3%) жінок і 65 (43,7%) чоловіків. Середній вік обстежених пацієнтів групи спостереження становив ($49,5 \pm 2,0$) років, а в групі порівняння – ($54,5 \pm 2,1$) років (**рис. 1**).

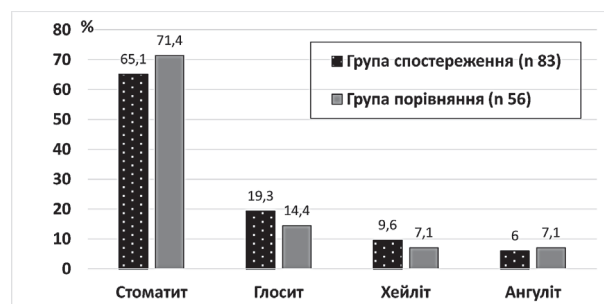


Рис. 1. Розподіл обстежених пацієнтів із запальними захворюваннями слизової оболонки порожнини рота.

Клінічних проявів кандидамікозу слизової оболонки порожнини рота, язика, губ не достатньо для постановки діагнозу в пацієнтів, тому було проведено комплексне мікробіологічне, лабораторне обстеження до, під час та після лікування пацієнтів. Матеріалом для мікробіологічного дослідження служили наліт, плівки з слизової оболонки порожнини рота, лусочки з червоної кайми губ, зіскриби з тріщин куточків рота. Дослідний матеріал брали стерильним ватним тампоном, стерильною бактеріологічною петлею, зуболікарським шпателем. Хворі кандидамікозами слизової оболонки порожнини рота проходили всебічне клінічне обстеження в лікувально-профілактичних закладах.

Антисептичні лікарські препарати декаметоксин® (ДКМ®), декасан® (ДС), септефрил (СФ) застосовували у пацієнтів з запальними захворюваннями слизової оболонки порожнини рота. Розчин декасану® застосовували для лікування хворих з діагнозом кандидоз порожнини рота. Полоскання, зрошення, аплікації проводили теплим (+38 – 40°C) розчином декасану 3 – 4 рази на добу 7 – 14 днів; таблетки септефрилу 4 – 5 разів на добу 7 – 14 днів. Крім того, хворим одночасно призначали полоскання лужними розчинами бури або питної соди.

Тривалість лікування визначали за даними мікробіологічного дослідження (мікроскопія досліджуваного нативного матеріалу; виділення чистої культури збудника). Обов'язково, комплексно визначали ефективність етіотропного лікування на підставі результатів клінічного обстеження пацієнтів. Протягом курсу лікування хворі вживали полівітаміни, висококалорійну дієту. Хворим з рецидивуючою формою кандидамікозу порожнини рота призначали десенсебілізуючу терапію, ністатину по 500 тис. одиниць 3 рази в день протягом курсу лікування. Пацієнтам з кандидозними хейлітами, ангулітами призначали аплікації декасану 3 – 5 разів на добу на ділянки ураження. Перед початком лікування хворим відміняли лікування антибіотиками. В динаміці у пацієнтів визначали лабораторні показники крові в процесі лікування [5,6].

Велику увагу звертали на проведення санації порожнини рота. Хворим в процесі лікування кандидозу слизової оболонки порожнини рота проводили пломбування каріозних порожнин зубів, видалення зубних нашарувань, видалення коренів зруйнованих зубів, лікування парадонтозу та інших захворювань слизової оболонки порожнини рота. Всім хворим за показами замінювали функціонально неповноцінні коронки, протези. Проводили ліквідацію вогнищ інфекції та факторів, які сприяли виникненню кандидозу слизової оболонки порожнини рота. Вони були необхідною умовою успішного лікування хворих з кандидозом.

Ефективність лікування хворих кандидозом оцінювали за наступними критеріями: ліквідація клінічних ознак захворювання; відсутність росту грибів роду *Candida* в повторно досліджуваному матеріалі; відсутність побічних проявів лікування. Ліквідація клінічних ознак захворювання, відсутність росту *C. albicans* з одержаного матеріалу зі слизової оболонки порожнини рота свідчили про

одужання пацієнтів. Для дослідження ефективності комплексного етіотропного лікування запалення слизової оболонки порожнини рота дослідили склад мікрофлори. Матеріалом для дослідження були зіскриби, мазки з уражених ділянок до лікування, на 12-14 добу після лікування.

У всіх виділених від хворих штамів *C. albicans* (n 42) визначали чутливість до відомих протигрибкових препаратів ністатину, клотримазолу, амфотерицину В, флуконазолу, ітраконазолу за загальнозживаною методикою методом дисків. Зони затримки росту грибів на Сабуро агарі вимірювали трафаретом з лінійкою власної конструкції [1]. Результати порівнювали з відомими стандартами. У виділених штамів *C. albicans* (42 штамів) досліджували чутливість до лікарського антимікробного препарату декасану®, що містить антимікотичний засіб ДКМ® (0,02 %). Рідке поживне середовище Сабуро використовували для двократних серійних розведень [3].

Результати досліджень та їх обговорення. В результаті клінічного, мікробіологічного обстеження було діагностовано кандидамікозне ураження слизової оболонки порожнини рота, язика, губ було у 135 пацієнтів. У жінок кандидамікозне ураження слизової оболонки порожнини рота діагностували частіше, ніж у чоловіків.

Клінічна симптоматика захворювання залежала від локалізації ділянки ураження та перебігу недуги. У обстежених стоматити (72,4%) та глосити (19,3%) діагностували частіше, ніж інші нозології. Кандидозобумовлені ерозії кутів рота (ангуліт) виявили у 9 пацієнтів (6,7%). Стоматити, глосити, спричинені *Candida albicans* були частими ускладненнями у хворих, які отримували антибіотики. Встановлено, що кандидозний стоматит характеризувався наявністю білого крихтоподібного нальоту, який нагадував часточки манної крупи на різних за розмірами гіперемованих ділянках слизової оболонки рота. Серед скарг відзначали сухість, печію слизової оболонки, що посилювались під час їжі гострих страв [9].

Для кандидозного глоситу характерною була виражена клінічна картина, поява рихлого, крихтоподібного сіро-білого нальоту на стінці язика, після видалення якого візуалізувались оголені ерозії на поверхні язика. Спостерігали набряк та гіперемію слизової оболонки; виражену атрофію та згладженість сосочків сухість, виражену гіперемію та набряк слизової оболонки язика. В окремих випадках при кандидозному глоситі спостерігали піноподібний наліт на спинці язика, який легко знімався. Ознаки десквамації епітелію на спинці язика у пацієнтів кандидозним глоситом зустрічали рідко. Пацієнти скаржились на підвищену чутливість, болючість ділянок запалення. Поверхня язика навколо таких ділянок була покрита сіро-білим, темно-жовтим нальотом, який важко знімався з поверхні.

У випадках із складчастим язиком наліт виявляли на дні складок. Хворі при цьому скаржились на біль і відчуття печії в язичку, що посилювались під час вживання їжі, особливо гострої; сухість у роті, деколи відчуття збільшеного язика.

МІКРОБІОЛОГІЯ

Кандидозний хейліт як самостійне захворювання зустрічали рідко. Характерним симптомами були почервоніння, набряк, лущення в ділянці червоної кайми губ. На губах виявляли різної величини сухі сірі кірочки у вигляді пластинок. На поверхні напруженої шкіри утворювались радіально розміщені борозни. Скарги були наступні: біль, печія, сухість, свербіж (частіше в ділянці нижньої губи). Захворювання мало хронічний перебіг. В окремих випадках констатували потовщення всієї губи або її окремих ділянок. Збільшення розмірів губи було характерним для хронічного кандидамікозу.

При кандидамікозній ерозії кутів рота, ангуліті спостерігали характерні утворення тріщин в кутах рота, явища мацерації. Тріщини були оточені білуватим вінчиком і знаходилися на інфільтрованій основі, при відкриванні рота вони кровоточили, викликали гострий біль. Поверхневі тріщини в кутах рота повільно загоювались та були властиві хронічному кандидамікозному ангуліту. В похилому віці зниження висоти прикусу сприяло поглибленню тріщин і виникненню ерозій кутів рота. Як правило, вони були в обох кутах. Тріщини не мали гострих запальних ознак, покриті білуватими кірками. Шкіра навколо тріщин була гіперемована і покрита невеликою кількістю лусочок. В окремих пацієнтів появу ерозій кутів рота була пов'язаною з користуванням зубними протезами. Цьому також сприяли глибокі шкірні складки навколо рота у літніх людей.

Гостра форма кандидамікозу слизової оболонки порожнини рота у пацієнтів характеризувалась

гіперемією, набряком слизової, появою на різних ділянках білого з різними відтінками нальоту під яким на слизовій оболонці виявляли ерозії. Пацієнти відзначали сухість, гостру біль, печію слизової оболонки порожнини рота, які посилювались під час вживання їжі. Загальний стан хворих, як правило не порушувався.

При хронічній формі кандидамікозу слизової оболонки рота провідними симптомами були поколювання, пощипування на окремих ділянках, свербіння, печія, неприємний присмак. Слизова оболонка порожнини рота, язика у хворих хронічним кандидамікозом була слабо гіперемована, покрита сірим або жовто-коричневим нальотом, який важко було зняти. Спостерігали гіпертрофію ниткоподібних сосочків язика.

Встановлено, що 22,2% пацієнтів виникнення кандидамікозу слизової оболонки порожнини рота пов'язували з використанням протезів, зокрема з пластмаси, з вживанням кортикостероїдів, травмами слизової оболонки порожнини рота, перенесеними інфекційними захворюваннями та ін. Ступінь важкості запалення слизової оболонки під протезом залежав від величини протеза, матеріалу, з якого його виготовляли. Встановлено, що в усіх пацієнтів до лікування кількість лейкоцитів була збільшена (**табл. 1**).

Після проведеного лікування рівень лейкоцитів крові наближався до норми. Швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) у хворих групи спостереження складала $40,1 \pm 0,05$ мм/год, в групі порівняння зафіксована на рівні $39,93 \pm 0,7$ мм/год. Після прове-

Таблиця 1.

Кількісна характеристика лейкоцитів, рівня ШОЕ у хворих з запальними захворюваннями слизової оболонки порожнини рота

Діагноз	Хворі групи порівняння					
	кількість хворих		кількість лейкоцитів Ч109/л $M \pm m$		ШОЕ мм/г ($M \pm m$)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Стоматит	14	62	$14 \pm 0,2$	$8,6 \pm 0,16$	$40,4 \pm 0,6$	$25,3 \pm 0,12$
Глосит	4	17	$12,02 \pm 0,03$	$9,82 \pm 0,07$	$42,03 \pm 0,2$	$20,0 \pm 0,05$
Хейліт	3	13	$12,1 \pm 0,03$	$7,8 \pm 0,57$	$38,43 \pm 0,8$	$22,0 \pm 0,4$
Ангуліт	2	8	$12,2 \pm 0,04$	$7,53 \pm 0,02$	$39,07 \pm 0,5$	$24,2 \pm 0,05$
Всього	23	100	$12,6 \pm 0,06$	$8,38 \pm 0,43$	$39,93 \pm 0,7$	$21,8 \pm 0,7$
P	=	=	$>0,01$	$<0,01$	$>0,01$	$<0,01$
Діагноз	Хворі групи спостереження					
	кількість хворих		кількість лейкоцитів Ч109/л $M \pm m$		ШОЕ мм/г $M \pm m$	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Стоматит	80	68,14	$13,95 \pm 0,3$	$7,81 \pm 0,1$	$43,2 \pm 0,2$	$28,2 \pm 0,05$
Глосит	17	15,8	$14,1 \pm 0,2$	$7,4 \pm 0,4$	$39,4 \pm 0,4$	$23,6 \pm 0,3$
Хейліт	9	8,03	$13,6 \pm 0,3$	$8,36 \pm 0,1$	$39,0 \pm 0,2$	$24,2 \pm 0,2$
Ангуліт	9	8,03	$12,84$	$8,2 \pm 0,4$	$38,8 \pm 0,08$	$23,5 \pm 0,3$
Всього	112	100	$13,62 \pm 0,25$	$7,94 \pm 0,3$	$40,1 \pm 0,05$	$24,8 \pm 0,7$
P	=	=	$>0,01$	$<0,01$	$>0,01$	$>0,01$

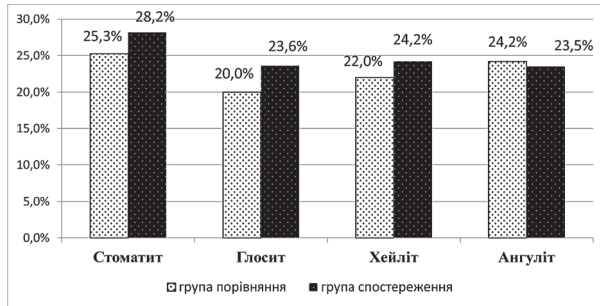


Рис. 2. Динаміка показників ШОЕ у пацієнтів з запальними захворюваннями слизової оболонки порожнини рота в процесі лікування.

деного лікування ШОЕ зменшилась до $24,8 \pm 0,7$ мм/год (рис. 2).

Зміни показників білої крові у хворих з запальними захворюваннями слизової оболонки порожнини рота були суттєвими та характеризували важкість перебігу запального процесу. Одержані дані вказують на зменшення реактивності організму, виснаження його резервів в боротьбі з збудниками захворювання (табл. 2).

Доказом цього є зниження рівня еозинофілів в 1,5 рази після відповідного лікування в обох групах хворих ($p < 0,05$). Спостерігали також, зниження паличкоядерних лейкоцитів ($3,1 - 3,2$). Встановлено активну реакцію на запальний процес в порожнині рота сегментоядерних лейкоцитів в крові на початку лікування ($58 - 59\%$), свідчило про позитивну динаміку впливом лікування. Лімфоцити крові хворих в групі спостереження нормалізувались після 14 днів лікування ($p < 0,05$). На фоні комплексної антимікробної терапії в період клінічного одужання відбувалась нормалізація показників периферійної крові, що можна розглядати як результат адекватного ефективного лікування пацієнтів (табл. 2).

Одержані дані засвідчили, що кількість мікроорганізмів в 1 г досліджуваного матеріалу складала $1 \cdot 10^{10} - 1 \cdot 10^{12}$ мікробних клітин. На початку лікування колонізація мікроорганізмами уражених ділянок слизових оболонок ротової порожнини не різнилась у хворих обох груп. Так, що у 76,93% пацієнтів з порожнини рота виділяли аеробні мікроорганізми, в 23,07% випадків виявили асоціації аеробно-анаеробної мікрофлори, яка складалась з 3 - 5 видів мікроорганізмів. В порожнині рота пацієнтів знаходились *S. albicans* (57%), *S. aureus* (8%), *S. epidermidis* (6%), *S. faecalis* (5%), *Peptostreptococcus anaerobius* (4%),

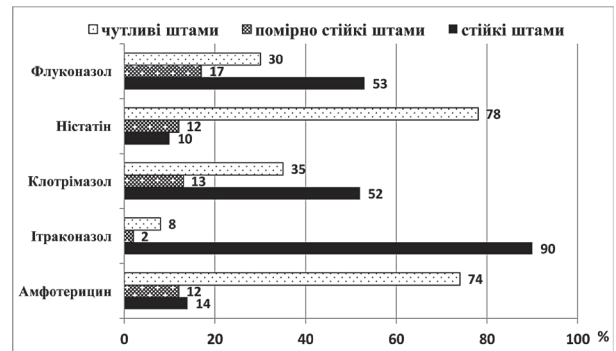


Рис. 3. Чутливість штамів *C. albicans* до протигрибкових препаратів.

Peptococcus niger (4%), *Fusobacterium nucleatum* (3%), *Prevotellaoralis* (3%), *Bacteroides ovatus* (4%), *Prevotella melaninogenica* (6%).

Серед досліджуваних клінічних штамів *C. albicans* виявлено чутливі штами до ністатину (78%), амфотерицину В (74%), клотримазолу (35%), флуконазолу (30%). Переважна кількість клінічних штамів кандид були резистентними до ітраконазолу (90%), флуконазолу (53%), клотримазолу (52%), амфотерицину (14%). Визначили низький відсоток стійких штамів *C. albicans* до ністатину (10%). Клінічні штами *C. albicans*, які спричиняли інфекційні запалення слизової оболонки ротової порожнини в хворих групи спостереження, були найбільш чутливими до амфотерицину В (74%), ністатину (78%), меншою була кількість помірно чутливих штамів до ітраконазолу (2%), клотримазолу (13%), флуконазолу (17%) (рис. 3).

Висока кількість стійких *C. albicans* до ітраконазолу, флуконазолу, клотримазолу

Таблиця 2.

Динаміка кількісних показників крові у хворих з запальними захворюваннями слизової оболонки порожнини рота

Показники	Група порівняння (56 хворих)		Група спостереження (83 хворих)		P
	до лікування	після лікування (14 доба)	до лікування	після лікування (14 доба)	
Нв, г/л	120,2±5,4	117,2±4,6	121,1±6,2	120,2±4,7	<0,05
Еритроцити, 10 ¹² /л	3,4±0,2	3,2±0,1	3,3±0,5	3,3±0,4	<0,05
Лейкоцити, 10 ⁹ /л	12,6±0,06	8,38±0,43	13,62±0,25	7,94±0,8	<0,05
Еозинофіли	2,2±0,4	1,5±0,2	2,5±0,3	1,5±0,2	<0,05
Паличкоядерні	5,2±1,2	3,2±1,1	6,2±0,8	3,1±0,7	<0,05
Сегментоядерні	58±2,1	58,9±0,5	59,1±1,3	60,05±1,1	<0,05
Лімфоцити	39,8±0,7	40,1±1,2	39,5±0,4	34,6±0,6	<0,05
Моноцити	4,8±1,2	3,1±2,3	3,95±0,8	2,1±1,2	<0,05

аргументувала доцільність дослідити чутливість *C. albicans* (n 42) до лікарського антимікробного препарату декасану®, що містить антимікотичний засіб ДКМ® (0,02%). Рідке поживне середовище Сабуро використовували для двократних серійних розведень. Встановлено, що МФцК декасану® стосовно *C. albicans* була в межах 7,81 – 15,62 мкг/мл. Потрібно зазначити, що 30 штамів були чутливими до 7,81 мкг/мл, а на 12 штамів декасан® діяв фунгіцидно в дозі 15,62 мкг/мл.

Висновки

1. Клінічні штами *C. albicans*, які колонізують слизові оболонки ротової порожнини у хворих з захворюваннями мають низьку чутливість до протигрибкових азольних препаратів (інтраконазол (90%), клотримазол (52%), флуконазол (53%), більш чутливі до амфотерицину (74%), ністатину (78%).

2. Ефективним для профілактики та лікування інфекційно-запальних захворювань слизової оболонки порожнини рота, пов'язаних з *C. albicans*

є антисептичний лікарський засіб декасан®, до якого клінічні ізоляти *Candida* виявляють високу чутливість (МБцК 7,81 – 15,62 мкг/мл). Застосування декасану® в хворих з кандидамікозами слизової оболонки порожнини рота підвищує ефективність комплексної антимікробної терапії, що позначається на ліквідації клінічних ознак захворювання; нормалізації показників периферійної крові, ерадикації грибів роду *Candida* з уражених ділянок; відсутності побічних проявів лікування, що обґрунтовує доцільність його застосування в стоматологічній практиці.

Перспективи подальших досліджень. Висока стійкість до протимікробних засобів клінічних штамів умовнопатогенних бактерій, *C. albicans* та висока їх чутливість до антисептичного лікарського засобу декасану розкривають перспективи подальших досліджень ефективності застосування вітчизняних препаратів на основі декаметоксину при лікуванні запальних захворювань ротової порожнини.

Література

1. Авторское свидетельство № 1619695 заявл. 4609865/30-12 от 28.11.1988 / Г.К. Палій, В.Г. Палій, М.Ф. Пшеничний. — Трафарет для исследования микроорганизмов. Бюл. 1999, № 1.
2. Антисептики у профілактиці і лікуванні інфекцій / Під. ред. Г.К. Палія. — К.: Здоров'я, 1997. — 201 с.
3. Визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів: методичні вказівки МВ 9.9.5 – 143 / Л.С. Некрасова, В.М. Свита, Т.Г. Глушкевич [та ін.]. — К., 2007. — 74 с.
4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данілевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко [та ін.]. — К.: Медицина, 2010. — 639 с.
5. Климко Н.Н. Проект рекомендацій по лечению кандидоза / Н.Н. Климко, Н. В. Васильева, А. А. Антонов // Проблемы медицинской микологии. — 2001. — Т. 3, №3. — С. 15–19.
6. Мікробіологічна діагностика кандидозної інфекції метод. рекомендації / М.М. Каплін, В.М. Голубнича. — Суми: СумДУ, 2006. — 30 с.
7. Палій Г.К. Роль грибковой инфекции в структуре инфекционных эпизодов гематологического отделения / Г.К. Палій, С.А. Иванова // Шпитальні інфекції : сучасний стан проблеми, 11-12 груд. 2008 р.: тези доп. — Харків, 2008. — С. 81-82.
8. Сухляк В.В. Дослідження властивостей мікрофлори, виділеної у хворих стоматитами / В.В. Сухляк, Г.К. Палій // Матеріали наук.-практ конф. «Довкілля і здоров'я», 27-28 квіт. — Тернопіль, 2012. — С. 66-67.
9. Сухляк В.В. Застосування нових багатокомпонентних лікарських засобів для лікування гнійно-запальних процесів м'яких тканин / В.В. Сухляк, А.П. Превар, А.В. Крижановська // Biomedical and Biosocial Anthropology. — 2012. — № 18. — С. 64-67.
10. Сухляк В.В. Мікробіологічне обґрунтування ефективності декасану у пацієнтів із захворюванням слизової оболонки порожнини рота / В.В. Сухляк, Д.В. Палій, Г.М. Побережна [та ін.] // Biomedical and Biosocial Anthropology. — 2012. — № 18. — С. 95-98.
11. Ширококов В.П. Мікробна екологія людини з кольоровим атласом: навч. посіб. / В.П. Ширококов, Д.С. Янковський, Г.С. Димент. — К.: ТОВ «Червона Рута – Турс», 2011. — 312 с.

УДК: 615.28:616.31-002

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИМІКРОБНИХ ПРЕПАРАТІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Палій Г. К., Назарчук О. А., Фаустова М. О., Палій В. Г., Яцула О. В.

Резюме. В статті наведені результати мікробіологічного дослідження чутливості збудників інфекційно-запальних захворювань слизової оболонки ротової порожнини до антимікробних лікарських засобів. Встановлено низьку чутливість до інтраконазолу (90%), клотримазолу (52%), флуконазолу (53%) клінічних штамів *C. albicans*, які колонізують слизові оболонки ротової порожнини при інфекційно-запальних захворюваннях. Показана висока чутливість грибів роду *Candida* до антисептичного лікарського засобу декасану®. Встановлено клінічними дослідженнями ефективність застосування декасану® в хворих для лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота.

Ключові слова: антимікробні засоби, антисептики, декаметоксин®, декасан®, слизова оболонка рота, запалення.

УДК: 615.28:616.31-002

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОСТИ РТА

Палий Г. К., Назарчук А. А., Фаустова М. А., Палий В. Г.,
Яцула О. В.

Резюме. В статье приведены результаты микробиологического исследования чувствительности возбудителей инфекционно-воспалительных заболеваний слизистой оболочки ротовой полости к антимикробным лекарственным средствам. Установлено низкую чувствительность к интраконазолу (90%), клотримазолу (52%), флуконазолу (53%) клинических штаммов *C. albicans*, которые колонизируют слизистые оболочки ротовой полости при инфекционно-воспалительных заболеваниях. Показана высокая чувствительность грибов рода *Candida* к антисептическому лекарственному средству декасан®. Установлено клиническими исследованиями эффективность применения декасана® у больных для лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Ключевые слова: антимикробные средства, антисептики, декаметоксин®, декасан®, слизистая оболочка рта, воспаление.

UDC: 615.28:616.31-002

THE RESEARCH OF EFFECTIVENESS OF ANTIMICROBIAL REMEDIES IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY DISEASES OF ORAL CAVITY

Paliy G. K., Nazarchuk A. A., Faustova M. O., Paliy V. G.,
Yatsula O. V.

Abstract. In the research, the new data of microbiological and clinical research of patients with infectious diseases of oral mucosa, tongue, labium. *The aim* of the research was to carry out microbiological and clinical effectiveness of the use of antiseptics in patients with inflammatory diseases of oral cavity.

Materials and methods. In the research, there were examined 139 patients with infectious diseases of oral mucosa, tongue, labium by means of complex of microbiological, general laboratory and clinical methods before, during and after the management period. All patients with candidiasis were treated in health care settings. Plaque from the teeth, films from the oral mucosa, flakes from red border of the labium, scraping from cracks of mouth angles were received from patients for microbiological study. Antiseptic remedies as decamethoxin (DCM), decasan (DS), septe-fril (SF) were used for the treatment in patients with inflammatory diseases of oral cavity. For the treatment there was used warm solution of decasan (+38 – 40°C) by the way of rinsing, irrigation, application 3-4 times daily during 7-14 days. Septe-fril was administered like tablets 4-5 times daily during 7-14 days. At the same time patients received alkaline solutions of borax and soda. The duration of treatment was determined by the results of microbiological research (microscopy of studied native material, received from the patients; isolation of pure culture of the pathogen). The effectiveness of treatment of patients with candidiasis was estimated by such criteria as: liquidation of clinical features of the disease, the absence of *Candida* in the studied biomaterial received from patients, the absence of side effects of medication. We studied the sensitivity of all isolated from patients strains of *C. albicans* (n 42) to antifungal drugs as nystatin, amphotericin B, fluconazole, itraconazole by means of standard disk-diffusion test. The sensitivity to antiseptic remedy decasan was studied by serial dilution method.

Results. The administration of decasan resulted in normalization of leucocytes' rate. Erythrocytes sedimentation speed also decreased after management (24,8±0,7 mm/h) in patients, having been received decasan, comparably to those, who were managed in traditional method (39,93±0,7 mm/h). We also found the decreasing level of stab leucocytes (3,1%). We registered active reaction of organism because of inflammation in oral cavity at the beginning of treatment. It was proved, by the rate of neutrophilic leucocytes (58-59 %) in blood of those who received decasan. Lymphocytes were normalized in patients after 14th day of treatment. We found that quantity of microorganisms was above $1 \cdot 10^{10}$ – $1 \cdot 10^{12}$ bacterial cells in 1 gram of biomaterial. There were isolated *C. albicans* (57%), *S. aureus* (8%), *S. epidermidis* (6%), *S. faecalis* (5%), *Peptostreptococcus anaerobius* (4%), *Peptococcus niger* (4%), *Fusobacterium nucleatum* (3%), *Prevotella oralis* (3%), *Bacteroides ovatus* (4%), *Prevotella melaninogenica* (6%). *C. albicans* were found to be sensitive to nystatin (78%), amphotericin B (74%), clotrimazol (35%), fluconazole (30%). We found that minimal fungicidal concentrations of decasan against *C. albicans* was no more than 7,81 – 15,62 mkg/ml.

Conclusion. Clinical strains colonizing oral cavity have low sensitivity to clotrimazol (35%), fluconazole (30%). They bait better sensitivity to nystatin (78%), amphotericin B (74%). Decasan provides high antifungal effectiveness against such pathogens as *C. albicans* and ensures high clinical effect in treatment of inflammatory diseases of oral mucosa.

Keywords: antimicrobial remedies, antiseptics, decamethoxin, decasan, oral mucosa, inflammation.

Рецензент – проф. Лобань Г. А.
Стаття надійшла 20.04.2016 року