

при инфузионной терапии и способах его предупреждения / М.И.Ремизова // Мед. акад. Журнал.– 2009.– Т.9.– №1.– С. 33–42

12. Чуфаров, В.Н. Геморрагический шок / В.Н. Чуфаров // Интенсивная терапия угрожающих состояний. Под ред. В.А.Корячкина и

В.И.Страшнова.– СПб., 2002.– С. 205–215

13.Эффективность использования кровосберегающих технологий при операциях на сердце и аорте / А.Л. Левит [и др.] // Анестезиология и реаниматология.– 2000.– №3.– С. 21–23

УДК 616.31-002.828-085.322

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ФИТОПРЕПАРАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА

Г.С. МЕЖЕВИКИНА, С.И. МОРОЗОВА, Н.А. САВЕЛЬЕВА, А.В. ГУСЬКОВ

ГБОУ ВПО РязГМУ, ул. Высоковольтная, д.9, г. Рязань, 390026

Аннотация: в клиническом исследовании получены результаты применения комплексного фитопрепарата при лечении хронического атрофического и хронического гиперпластического кандидозного стоматита в сравнении с традиционными антимикотиками. Выявлен противогрибковый эффект комплексного фитопрепарата при местном лечении и в комбинации с системным применением противогрибковых средств. Результаты, полученные в ближайшие и отдаленные сроки, свидетельствуют о том, что комплексный фитопрепарат может быть использован для лечения кандидозного стоматита.

Ключевые слова: кандидозный стоматит, комплексный фитопрепарат, эффективность.

CLINICAL AND LABORATORY ESTIMATION OF EFFECTIVENESS OF COMPLEX PHYTOPREPARATION IN TREATMENT OF ORAL CANDIDIASIS

G.S. MEZHEVIKINA, S.I. MOROZOVA, V.N. DARMOGRAY, N.A. SAVELIEVA

Ryazan State I.P. Pavlov Medical University

Abstract: results of usage of complex phytopreparation in treatment of chronic atrophic and chronic hyperplastic oral candidiasis in comparison to traditional antifungal medicines are received during clinical investigation. Antifungal effect of complex phytopreparation in local treatment and in combination with systemic antifungal medicines is also exposed. The results obtained in nearest and distant periods attest to effective use of the complex phytopreparation for treatment of candidiasis of oral cavity.

Key words: oral candidiasis, complex phytopreparation, effectiveness.

В связи со значительным увеличением частоты микозов в последние годы лечение этих заболеваний приобретает особое значение и остается сложной задачей. Используемые в лечении противогрибковые средства – это в большинстве случаев средства синтетического происхождения, некоторые из которых вызывают ряд побочных эффектов. Индивидуальная непереносимость специфических лекарственных препаратов создает значительные трудности в терапии данной нозологии. Высокая устойчивость и быстрая адаптация возбудителей к лечебным препаратам обуславливают необходимость постоянного поиска и внедрения в практику новых противогрибковых средств. Таким образом, в современной стоматологии актуальным является разработка и внедрение в практику новых методов и средств для лечения кандидозного стоматита [1,3,4,6,7].

Согласно литературным данным фунгистатиче-

ским и фунгицидным действием обладает трава чистотела, календула, левзея сафлоровидная, смолёвка татарская.

Исходя из вышеизложенного, мы поставили своей целью разработать новый способ лечения кандидозного стоматита с использованием комплексного фитопрепарата (Патент № 2470654 от 27.12.2012 г. «Способ лечения кандидоза слизистой оболочки рта комплексным фитопрепаратом»).

Цель исследования – определить эффективность применения новой технологии в комплексном лечении кандидозного стоматита.

Материалы и методы исследования. Клинические исследования проводились на кафедре терапевтической и детской стоматологии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. Проведено обследование 145 пациентов, в том числе 84 женщин и 61 мужчины, в возрасте от 25 до 68 лет с хроническим атрофиче-

ским и хроническим гиперпластическим кандидозным стоматитом. Наибольшую часть пациентов с диагнозом кандидозный стоматит составили женщины в возрасте 56-65 лет. Количество пациентов с диагнозом хронический атрофический и хронический гиперпластический кандидозный стоматит было сопоставимо и составило 72 и 73 человека соответственно.

Все пациенты в рамках нашего исследования были разделены на 6 групп: с диагнозом хронический атрофический кандидозный стоматит: на основную 1, в которой местно применяли комплексный фитопрепарат (патент «Способ лечения кандидоза слизистой оболочки рта комплексным фитопрепаратом» № 2470654, от 27.12.2012 г.), контрольную 1, в которой местное лечение проводилось 1% раствором Кандид, контрольную 2 – местное лечение проводилось водным раствором Сангвиритрина; с диагнозом хронический гиперпластический кандидозный стоматит: на основную 2 – местное использование комплексного фитопрепарата и внутрь пациентам назначали Флуконазол по 50 мг в течение 14 дней; контрольную группу 3 – местно применяли 1% Кандид и внутрь Флуконазол по 50 мг в течение 14 дней; контрольную группу 4 – местно использовали водный раствор Сангвиритрина и Флуконазол внутрь по 50 мг в течение 14 дней. По исходным клиническим признакам (пол, возраст, сопутствующая патология, причины и степень тяжести кандидоза слизистой оболочки рта) группы пациентов сопоставимы. В исследовании принимали участие пациенты с различной длительностью заболевания. Большинство пациентов кандидозный стоматит беспокоил в течение 6-12 месяцев (49,7%).

Пациенты были проинформированы о целях предстоящего исследования. Их участие в исследовании было добровольным.

Результаты лечения кандидозного стоматита оценивали по динамике изменений субъективных ощущений пациентов, объективного осмотра и данных микробиологического исследования в первое посещение (до лечения), непосредственно после окончания курса лечения, через 3,6 и 12 мес. после лечения.

Клиническое обследование пациентов состояло из опроса и осмотра. Перед началом лечения в медицинской карте стоматологического больного ф.0,43у указывали жалобы (наличие жжения, сухости слизистой оболочки рта, гиперемии, налета, болевого симптома, вид раздражителя, вызывающего болевую реакцию), анамнез заболевания, анамнез жизни.

Осмотр рта проводили при дневном освещении с использованием стандартного набора стоматологических инструментов. Отмечали цвет слизистой оболочки, её влажность, отёчность. При осмотре языка обращалось внимание на его размер, рельеф, выраженность сосочков языка, наличие налёта на языке и других участках рта.

Учитывали гигиеническое состояние рта, со-

стояние протезов, наличие очагов одонтогенной инфекции.

Микробиологическое исследование позволило провести идентификацию, количественно оценить интенсивность кандидозного процесса. Материал из полости рта брали натошак или через 2 часа после еды зонд-тампоном в следующей последовательности: с внутренней поверхности щек, неба, губ, десен, со спинки и корня языка. Материал собирали с соблюдением правил асептики в стерильные пробирки и доставляли в лабораторию. Интервал между взятием материала и его посевом не превышал 1-2 часа.

Тампон суспендировали в 1 мл бульона в течение пяти минут и принимали за разведение 1:9. Отдельной пипеткой 0,1 мл полученной взвеси высевали на плотную среду Сабуро в чашки Петри, хранившуюся при комнатной температуре или согретую в термостате. Посевы инкубировали в термостате при температуре 37° С в течение 48 часов. В случае отсутствия роста типичных колоний чашки сохраняли в термостате в течение 7 дней и, если роста не обнаруживалось, фиксировали отрицательный результат.

Второй этап микологического исследования включал: отбор характерных однотипных колоний грибов и подсчет их (для подсчета количество выросших колоний умножали на 10), при этом получали данные, свидетельствующие о числе клеток в смыве с 1 тампона в 1 мл среды; микроскопию окрашенных генцианвиолетом препаратов для проверки чистоты культуры и изучения морфологии (формы клеток); пересев из колонии на сыворотку для выявления псевдомицелия (Приказ Министерства здравоохранения СССР №535 от 22.04.1985 г. «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений») [5].

При посеве материала на плотную среду Сабуро получали колонии кремовато-белого цвета, в начале гладкие, влажные, позднее более выпуклые, мягкой консистенции. Для оценки количественного роста микроорганизмов в ассоциации пользовались следующими критериями: в норме со здоровой слизистой оболочки рта с тампона высевается не более 100 колониеобразующих единиц (КОЕ). По данным проф. Ребровой Р.Н., если отсутствуют клинические признаки болезни, количество высеянных грибов невелико (до 10 колоний) или достигает 100 колоний, но при повторном посеве через несколько дней не отмечается существенного увеличения числа грибов, можно считать, что в данном случае грибы рода *Candida* являются представителями нормальной микрофлоры обследуемого лица [5]. Рост свыше 1000 КОЕ на единицу патологического материала (1 тампон) свидетельствует о том, что выделенные грибы *Candida* являются этиологическим агентом заболевания, а высев от 100 до 1000 КОЕ на 1 тампон – о

кандиданосительстве [2].

Результаты и их обсуждение. При обращении пациенты с диагнозом хронический атрофический кандидозный стоматит в 90,1% случаев (65 человек) предъявляли жалобы на жжение рта, 68 пациентов (94,5%) – на сухость слизистой оболочки рта, в 72,2% случаев (52 пациента) – на гиперемии слизистой оболочки рта.

Пациенты с диагнозом хронический гиперпластический кандидозный стоматит в 90,4% случаев (66 пациентов) предъявляли жалобы на боль при приеме кислой или острой пищи, 69 пациентов (94,5%) – на сухость слизистой оболочки рта, в 82,2% случаев (60 пациентов) – на наличие налета в полости рта, 78,1% (57 пациентов) – на неприятный запах изо рта.

Сбор анамнеза у всех больных позволил выявить соматические заболевания: у 49 пациентов (33,8%) выявлен хронический поверхностный гастрит (K29.3), у 36 больных (24,8%) – хронический тонзиллит (J35.0), у 27 (18,6%) – хронический фарингит (J31.2), у 20 пациентов (13,8%) выявлен постхолецистэктомический синдром (K91.5), у 7 (4,8%) – болезни щитовидной железы, связанные с йодной недостаточностью, и сходные состояния (E01), у 3 (2,1%) – простой хронический бронхит (J41.0), у 3 больных (2,1%) обнаружен инсулинозависимый сахарный диабет (E10).

Помимо общей соматической патологии у большинства пациентов обнаружены местные патологические факторы, предрасполагающие к развитию кандидозного стоматита: у 56 пациентов (38,6%) – неудовлетворительная гигиена рта, у 49 пациентов (33,8%) – обнаружены пластинчатые протезы, у 21 (14,5%) – ксеростомия (K11.71), у 19 (13,1%) – гальванизм.

Согласно обследованию установлено, что у большинства пациентов общие соматические заболевания сочетаются с местными патологическими факторами. Так, из 49 пациентов с диагнозом хронический поверхностный гастрит у 45 (92%) выявлен местный фактор, из 36 пациентов с диагнозом хронический тонзиллит – у 33 (92%), из 27 пациентов с диагнозом хронический фарингит – у 24 (89%), у всех больных (100% случаев) с диагнозами постхолецистэктомический синдром, болезнями щитовидной железы, связанными с йодной недостаточностью, простым хроническим бронхитом, инсулинозависимым сахарным диабетом выявлены местные патологические факторы.

При осмотре пациентов с диагнозом хронический атрофический кандидозный стоматит до лечения выявлены гиперемия и отек слизистой оболочки щек у 3 пациентов (4,2%), у 24 пациентов (33,3%), носящих пластинчатые протезы, данные изменения слизистой оболочки выявлены в месте прилегания к протезу, атрофия сосочков языка наблюдалась у 9 пациентов (12,5%). У 36 пациентов (50%) наблюдалась комбинированная локализация гиперемии слизистой оболочки рта.

Слизистая оболочка рта пациентов с диагнозом хронический гиперпластический кандидозный стоматит покрыта налетом белого, иногда бело-серого цвета, плотно фиксированным на слизистой оболочке, удаление которого приводит к появлению эрозивной поверхности. Выявлено, что у 20 пациентов (27,4% случаев) налет локализуется на спинке языка, у 7 (9,6%) случаев на слизистой оболочке щек, у 4 (5,5%) на слизистой оболочке десен. У пациентов 42 (57,5%) наблюдалась комбинированная локализация гиперемии слизистой оболочки рта.

Сравнительный анализ характера жалоб, состояния слизистой оболочки рта до лечения и в периоды динамического наблюдения (непосредственно после лечения, через 3, 6 и 12 месяцев после лечения) у пациентов всех исследуемых групп показал значительные улучшения.

При сравнении характера жалоб и состояния слизистой оболочки рта у пациентов с диагнозом хронический атрофический кандидозный стоматит непосредственно после проведенных лечебных мероприятий выявлено, что 92% основной группы 1 отметили полное исчезновение или значительное снижение интенсивности жалоб, а также нормализацию цвета и влажности слизистой оболочки рта, в контрольной группе 1 и контрольной группе 2 91,6 и 82,6% соответственно.

Через 3 месяца при контрольном обследовании количество больных, у которых жалобы отсутствовали, при осмотре выявлена бледно-розовая слизистая оболочка умеренно увлажненная, незначительно снизилось и составило в основной группе 1 – 88%, в контрольной группе 1 – 83,3% и в контрольной группе 2 – 73,9% (табл.1).

Таблица 1

Динамика клинической эффективности препаратов в основных и контрольных группах (%)

	Основная группа 1 (%)	Контрольная группа 1 (%)	Контрольная группа 2 (%)	Основная группа 2 (%)	Контрольная группа 3 (%)	Контрольная группа 4 (%)
После лечения	92	91,6	82,6	96	95,8	91,7
Через 3 месяца	88	83,3	73,9	92	91,6	83,3
Через 6 месяцев	80	79,2	69,6	88	87,5	75
Через 12 месяцев	76	75	60,9	80	79,2	70,8

При сравнительном анализе результатов лечения через 6 месяцев выявлено дальнейшее уменьшение числа лиц, не предъявляющих жалобы, у которых слизистая оболочка была в норме. Так, сохранение положительного результата в основной группе 1 отметили 80% больных, в контрольной группе 1 – 79,2%. В контрольной группе 2 процент лиц, которые не предъявляли жалобы несколько ниже (69,6%), чем

в основной группе 1.

При проведении сравнительного анализа в отдаленные сроки наблюдения (через 12 месяцев) отмечено увеличение числа лиц, имеющих жалобы, у которых имелась гиперемия и сухость слизистой оболочки, во всех группах. Однако, в контрольной группе 1 сохранение положительного результата отмечали 75% пациентов, в контрольной группе 2 – 60,9%. Лучшие результаты были зафиксированы у пациентов основной группы 1 и составили 76%.

При сравнении характера жалоб и состояния слизистой оболочки рта у пациентов с диагнозом хронический гиперпластический кандидозный стоматит непосредственно после лечения выявлено, что 96% больных основной группы 2 отметили полное исчезновение или значительное снижение интенсивности жалоб, а также нормализацию цвета и влажности слизистой оболочки рта, в контрольной группе 3 и контрольной группе 4 95,8 и 91,7% соответственно.

Через 3 месяца количество больных, у которых жалобы отсутствовали, при осмотре выявлена бледно-розовая, умеренно увлажненная слизистая оболочка, незначительно снизилось и составило в основной группе 2 – 92%, в контрольной группе 3 – 91,6% и в контрольной группе 4 – 83,3%.

Сравнительный анализ результатов лечения через 6 месяцев продемонстрировал уменьшение числа лиц, не предъявляющих жалобы, у которых слизистая оболочка была в норме. Так, сохранение положительного результата в основной группе 2 отметили 88 % больных, в контрольной группе 1 – 87,5%. При проведении клинического исследования в контрольной группе 4 выявлен наибольший процент лиц, предъявляющих жалобы на наличие налета и гиперемии и изменения слизистой оболочки, и составил 75% по сравнению с основной группой 2.

В отдаленные сроки наблюдения (через 12 месяцев) выявлено, что наименьший процент лиц, предъявляющих жалобы был выявлен в основной группе 2 и составил 80%, наибольший процент – контрольной группе 4 – 70,8%.

Все пациенты основных и контрольных групп с диагнозом хронический атрофический кандидозный стоматит и хронический гиперпластический кандидозный стоматит до лечения были поделены на две подгруппы: подгруппа 1 объединяла пациентов с количеством колоний до 2400 КОЕ/мл, подгруппа 2 – более 2400 КОЕ/мл. Таким образом, в основной группе 1 результаты до лечения составили – 1626,3±162,9 КОЕ/мл и 2766,7±329,6 КОЕ/мл, в контрольной группе 1 – 1600±185,3 КОЕ/мл и 2750±217,6 КОЕ/мл, в контрольной группе 2 – 1314,3±158,3 КОЕ/мл и 2366,7±389,0 КОЕ/мл, в основной группе 2 – 1750,0±217,9 КОЕ/мл и 2920,0±238,3 КОЕ/мл, в контрольной группе 3 – 1563,2±226,7 КОЕ/мл и 2800±247,8 КОЕ/мл, в контрольной группе 4 – 1500±200 КОЕ/мл и 2771,4±243,3 КОЕ/мл (табл. 2).

Сравнительный анализ результатов микробиологического исследования в отдаленные сроки показал, что наилучшие результаты снижения количественной обсемененности грибами рода *Candida* у пациентов с диагнозом хронический атрофический кандидозный стоматит отмечены в основной группе 1 (16,8±3,2 и 1333,3±85,7), у пациентов с диагнозом хронический гиперпластический кандидозный стоматит через максимальное снижение количества КОЕ выявлено в основной группе 2 (19,5±4,7 и 1360,0±141,2).

Выводы. При проведении клинического исследования выявлен значительный терапевтический эффект комплексного фитопрепарата при лечении кандидозного стоматита. На основании микробиологического метода исследования установлено достоверное снижение количественной обсемененности слизистой оболочки рта у пациентов с диагнозом хронический атрофический и хронический гиперпластический кандидозный стоматит.

Литература

1. Боровский, Е.В. Кандидоз / Е.В. Боровский, Л.М. Лукиных // Маэстро стоматологии.– 2011.– №4(44).– С. 15–18.
2. Железняк, В.А. Антиоксидантная терапия в комплексном лечении кандидоза полости рта: дис... канд. мед. наук / В.А. Железняк.– Самара, 2009.– 154 с.
3. Ивериели, М.В. Оральный кандидоз / М.В. Ивериели, Н.О. Абашидзе // Клиническая стоматология.– 1999.– №2.– С. 52–56.

Динамика результатов микробиологического исследования в основных и контрольных группах (КОЕ/мл, М±m)*

	До лечения		После лечения		Через 3 месяца		Через 6 месяцев		Через 12 месяцев	
Основная 1	1626,3±162,9	2766,7±329,6	16,8±6,2	453,3±648,4	8,9±4,5	705,0±513,7	7,9±4,4	1066,7±301,7	16,8±3,2	1333,3±85,7
Контрольная 1	1600,0±185,3	2750,0±217,6	21,7±7,9	511,7±617	20,0±5,9	810,0±519,8	28,3±6,0	1133,3±379,3	33,3±5,4	1383,3±168,1
Контрольная 2	1314,3±158,3	2366,7±389,0	17,1±7,7	587,8±468,7	8,6±5,9	771,1±412,9	14,3±5,4	973,3±385,9	26,4±8,0	1355,6±149,0
Основная 2	1750,0±217,9	2920,0±238,3	23,0±8,3	378,0±719,0	11,5±6,1	574,0±777,4	14,0±5,3	800,0±643,7	19,5±4,7	1360,0±141,2
Контрольная 3	1563,2±226,7	2800,0±247,8	23,2±8,9	394,0±777,0	18,4±7,9	640,0±920,3	22,1±7,6	1060,0±941,8	25,3±6,7	1560,0±334,7
Контрольная 4	1500,0±200,0	2771,4±243,3	26,5±10,4	467,1±536,3	21,2±8,1	698,6±523,4	22,4±7,6	1042,9±392,4	27,6±6,7	1471,4±148,5

Примечание: * – p<0,05

4. Лукиных, Л.М. Кандидоз / Л.М. Лукиных // ОБОЗрение.– 2011.–№1(72).– С. 10–13.

5. Реброва, Р.Н. Грибы рода *Candida* при заболеваниях негрибковой этиологии / Р.Н. Реброва.– М.: Медицина, 1989.– 128 с.

6. Шумский, А.В. Кандидоз полости рта: монография / А.В. Шумский, В.А. Железняк.– Самара, 2008.– 199 с.

7. Effects of fluconazole in the prophylaxis of oropharyngeal candidiasis in patients undergoing radiotherapy for head and neck tumour: results from a double-blind placebo-controlled trial / R. Corvo [et al.] // Eur. J. Cancer Care (Engl.).– 2008.– Vol. 17, №3.– P. 270–277.

УДК 616.216.1-002-07-08-084

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ОДОНТОГЕННОГО ПЕРФОРАТИВНОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА

Ю.М.ХАРИТОНОВ, И.С.ФРОЛОВ, Д.Ю.ХАРИТОНОВ

Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н.Бурденко, ул. Студенческая, 10, г. Воронеж, 394036

Аннотация: анализ полученных клинические данные, результаты рентгенологических исследований, а также данные при проведении диагностической пункции, позволили выявить у больных два варианта осложнений в течении одонтогенного перфоративного верхнечелюстного синусита: внутрисинуальный, когда воспалительный процесс разыгрывается в пределах синуса и экстрасинуальный с формированием гнойных очагов в виде абсцессов и флегмон. Одонтогенный перфоративный верхнечелюстной синусит характеризуются отчетливо выраженными местными проявлениями заболевания на фоне общего инфекционного синдрома. Особенности местных проявлений заболевания в основном определяется характером, локализацией и распространенностью воспалительного процесса, а общие симптомы находятся в зависимости от формы гнойной инфекции (местной или общей).

Ключевые слова: одонтогенный перфоративный верхнечелюстной синусит, осложнения интрасинуальные и экстрасинуальные.

CLINIC PICTURE AND DIAGNOSIS OF ODONTOGENIC PERFORATED MAXILLARY SINUSITIS

J.M. HARITONOV, I.S. FROLOV, D.J. HARITONOV

Voronezh State N.N. Burdenko Medical Academy

Abstract: the analysis of the clinical data, the results of X-rays for diagnostic puncture allows to reveal in the patients two options of complications during perforated odontogenic maxillary sinusitis: the 1st – intrasinual – when the inflammatory process is observed within the sinus; the 2nd - extrasinual - the formation of purulent lesions in the form of abscesses and phlegmon. Odontogenic maxillary sinusitis is characterized by ruptured well-defined local manifestations of the disease on the background of an infectious syndrome. Features of local manifestations of the disease are mainly determined by the nature, location and extent of the inflammatory process, and general symptoms are dependent on the form of purulent infection (local or general).

Key words: odontogeny perforativny maxillary sinusitis, intrasinual and extrasinual complications.

Вопросы диагностики и лечения воспалительных заболеваний верхнечелюстного синуса остаются актуальными в современной стоматологии и оториноларингологии [1,2,4].

Статистические исследования показывают, что заболеваемость одонтогенным перфоративным синуситом ежегодно увеличивается на 1,5-2% и не имеет тенденции к снижению. Это относится и к одонтогенным формам заболевания [5,8].

Вопросам диагностики и лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов, особенно перфоративных форм, посвящено множество работ отечественных и зарубежных авторов [3,4,9-12].

Актуальность изучения проблемы клиники и диагностики одонтогенного перфоративного верхнечелюстного синусита обусловлена тем обстоятельством, что заболевание нередко протекает в осложненной форме, характеризующейся определенными вариантами течения. Осложнения встречаются с формированием околочелюстных абсцессов и флегмон, генерализации инфекции в виде сепсиса и вторичных внутричерепных процессов, одновременным поражением нескольких придаточных пазух носа, развитием хронического остеомиелита стенок пазухи и альвеолярного отростка верхней челюсти [6,7].

Недостаточно изученными продолжают оста-