

ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДА-АССОЦИИРОВАННОГО ПАРОДОНТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Условно-патогенные дрожжеподобные грибы рода *Candida* на слизистой оболочке рта встречаются достаточно часто [5, 6]. Также доказано, что они выделяются из содержимого десневой борозды и пародонтального кармана, что приводит к изменению клинической картины пародонтита, устойчивости к традиционной терапии и увеличению частоты рецидивов [3, 7]. *Candida* имеют различную чувствительность к применяемым антимикотическим и антисептическим препаратам, что снижает эффективность терапии воспалительных заболеваний пародонта [4].

Этиотропная терапия пародонтита предусматривает разрушение бактериальной биопленки, для чего применяются механические и антибактериальные методы воздействия. Так как структура биопленки не позволяет пенетрировать в бляшку лекарственными средствами, антибиотики используются при лечении как поддержка, а не как замена профессиональной гигиены. Ультразвуковые аппараты обладают свойствами, идеально отвечающими требованиям пародонтальной терапии. Благодаря эффекту кавитации ультразвуковые волны во влажной среде оказывают антимицробный эффект, а промывающий раствор удаляет из пародонтальных карманов массу бактерий. В повседневной стоматологической практике уже давно доступно проведение эффективной и вместе с тем щадящей терапии заболеваний пародонта ультразвуковой системой Vector (Durg Dental) [1, 2].

Клинический случай демонстрирует лечение кандидо-ассоциированного пародонтита с применением современных ультразвуковых технологий. Пациент Г. 49 лет обратился для консультации на кафедру терапевтической стоматологии АГМУ. Он предъявлял жалобы на неприятные ощущения в деснах, их кровоточивость, подвижность зубов и выделения из пародонтальных карманов при надавливании на десну.

Из анамнеза выяснено, что пародонтитом страдает более 5 лет, постоянно проходит лечение у врача-пародонтолога. Обострение заболевания отмечает каждые полгода, по поводу чего получает курс консервативного лечения, включая антибиотики. После проводимой терапии отмечает незначительное улучшение.

Внешний осмотр был без особенностей, регионарные лимфатические узлы увеличены, безболез-



Токмакова С.И.

д.м.н., профессор,
зав. кафедрой
терапевтической
стоматологии ГБОУ ВПО
АГМУ, г. Барнаул



Бондаренко О.В.

к.м.н., доцент кафедры
терапевтической
стоматологии ГБОУ
ВПО АГМУ, г. Барнаул,
bonda76@mail.ru



Чудова Л.В.

к.м.н., ассистент
кафедры
терапевтической
стоматологии ГБОУ ВПО
АГМУ, г. Барнаул

Резюме

Наличие условно-патогенных грибов рода *Candida* в пародонтальном кармане снижает эффективность терапии воспалительных заболеваний пародонта. Современные ультразвуковые технологии позволяют удалить биопленку, повышая эффективность комплексной терапии кандидо-ассоциированного пародонтита.

Ключевые слова: кандидо-ассоциированный пародонтит, ультразвук, противогрибковая терапия.

TREATMENT FOR CANDIDA-ASSOCIATED PERIODONTAL DISEASE USING OF MODERN ULTRASONIC TECHNOLOGIES

Tokmakova S.I., Bondarenko O.V., Chudova L.V.

The summary

The presence of conditionally pathogenic fungi of *Candida* in the periodontal pocket reduces the efficiency of therapy of inflammatory periodontal diseases. Modern ultrasound technology allows to remove biofilm, increasing the effectiveness of complex therapy *Candida*-associated periodontal disease.

Keywords: candida-associated periodontitis, ultrasonic, antifungal therapy.

ненны при пальпации, слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, без видимых патологических изменений, умеренно увлажнена. Слизистая оболочка десны застойно-гиперемирована (РМА 58%), наблюдали отложения мягкого налета и зубного камня, ОНІ-S по Грину-Вермильону составлял 1,6 балла (рис. 1а). Также отмечали выраженную кровоточивость (SBI 70%) при зондировании зубодесневой борозды, которая соответствует III степени индекса РВІ (Mulemann и Son). При надавливании на десну определяли скудное беловато-мутное отделяемое из пародонтальных карманов негнойного характера (рис. 1б). Глубина пародонтальных карманов составляла от 4 до 6 мм, фуркационные дефекты I класса, подвижность зубов II степени. Пациенту был поставлен клинический диагноз: пародонтит генерализованный средней степени тяжести, хроническое течение. Предварительный диагноз был подтвержден рентгенологически: на ортопантограмме неравномерная резорбция межзубных перегородок и снижение их высоты на 1/3 длины корней, кортикальная пластинка на вершинах не определяется.

У пациента был взят мазок из пародонтальных карманов и со слизистой оболочки рта на микрофлору с определением чувствительности к антибактериальным препаратам. Анализ показал, что на слизистой роста патогенной микрофлоры не обнаружено, а условно-патогенная была в пределах допустимых границ. Из пародонтальных карманов высеяны грибы *Candida albicans* в этиологически значимой концентрации $>10^4$. Пациенту проведена профессиональная гигиена полости рта и назначена общая и местная противогрибковая терапия в соответствии с чувствительностью: флюконазол 100 мг в сутки внутрь и крем Клотримазол на десну в течение 14 дней. Выявленного клинического улучшения после лечения не наблюдали. Жалобы на неприятные ощущения в деснах, их кровоточивость и подвижность зубов сохранялись. Повторное микробиологическое исследование показало высокое содержание *Candida albicans* в мазке из пародонтальных карманов.

В план дальнейшего лечения на фоне повторного курса противогрибковых препаратов была включена Вектор-терапия, основанная на воздействии ультразвука через оболочку суспензии гидроксилата на бактериальную пленку пародонтального кармана. С помощью тонких насадок, приспособленных для работы в глубоких карманах, были удалены отложения и хорошо отполирована поверхность корня. Процедура кюретажа практически не вызывала неприятных ощущений. Уже на следующий день пациент отмечал улучшение: значительно уменьшилась кровоточивость, появилось ощущение «чистого рта». Через 2 недели при осмотре были обнаружены признаки стабилизации процесса: десна розового цвета, в отдельных участках слабо кровоточит (SBI



Рис. 1 (а, б). Пациент Г., пародонтит генерализованный средней степени тяжести, хроническое течение. Состояние до лечения



Рис. 2. Пациент Г., пародонтит генерализованный средней степени тяжести, хроническое течение. Состояние после лечения

9%), при зондировании зубодесневой борозды – I степень индекса РВІ, подвижность 0–I степени (рис. 3). Повторный анализ микрофлоры на дрожжеподобные грибы из пародонтальных карманов через 3 месяца был отрицательный. Ремиссию наблюдали в течение года.

Достижение стабильного клинического состояния пародонта у данного пациента свидетельствует об эффективности использования ультразвуковой терапии в комплексном лечении кандидо-ассоциированного пародонта. Приведенный клинический случай подтверждает необходимость дополнительного микробиологического лечения при безуспешности стандартных схем терапии и включение в план современных технологий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Городко М., Бюрклин Т., Раецке П., Ратка Крюгер П. Клинические исследования эффективности нового ультразвукового прибора для пародонтотерапии // *Parodontologie*, 2003, 14/2; 143-159.
2. Жиновский Ф. Безболезненная терапия пародонта // *Клиническая стоматология*, 2003. – №1. – С. 48-50.
3. Мелехов С.В. Роль дрожжеподобных грибов рода *Candida* в развитии патологии пародонта / С.В.Мелехов // *Маэстро*. 2007. – №2. – С. 72-75.
4. Сергеев А.Ю. Кандидоз / А.Ю.Сергеев, Ю.В.Сергеев. М.: Триада-Х, 2001. – 472 с.
5. Шумский А.В. Кандидоз полости рта / А.В.Шумский, В.А.Железняк. – Самара, 2008. – 199 с.
6. Шумский А.В. Противогрибковая и иммуномодулирующая лимфотропная терапия кандидоза слизистой оболочки полости рта / А.В.Шумский, М.М.Пожарицкая, Е.В.Юрченко // *Стоматология*. 1996. – Т. 75, №4. – С. 17-20.
7. Jarvensivu A. *Candida* yeasts in chronic periodontitis tissues and subgingival microbial biofilms in vivo / A. Jarvensivu et al. // *Oral Dis*. 2004. – Vol. 10, №2. – P. 106-12.