

УДК: 616.311 - 03 : 579.6 : 616.33 - 008.6 – 06

ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ДИСБАКТЕРІОЗУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА НА ФОНІ РЕФЛЮКС-ЕЗОФАГІТУ

Гелей В.М. *, Добровольська М.К. **, Гелей Н.І. ***

** кандидат медичних наук, доцент
кафедри хірургічної стоматології,
щелепно-лицевої хірургії та
онкостоматології, ДВНЗ «Ужгородський
національний університет», Ужгород,
Україна*

Summary: This paper describes the clinical dysbiosis of the oral mucosa IV severity against the background of reflux esophagitis. The results of approbation of the own method of treatment of adjacent pathologies in the nearest terms of observation and means of effective treatment are presented.

Key Words: dysbiosis, oral mucosa, reflux esophagitis, treatment method.

Організм людини слід розглядати як єдину цілісну систему, складовою частиною якої є комплекс систем та органів. Щелепно-лицева ділянка є початком травної системи зі взаємозалежним обміном речовин з притаманною для неї нервово-рефлекторною регуляцією, імунними механізмами захисту[1,2].

Враховуючи контингент хворих, що звертались за консультацією і лікуванням ми поставили перед собою мету розробити лікувальний комплекс при захворюванні на дисбактеріоз СОПР на фоні рефлюкс-езофагіту.

Матеріали та методи дослідження
. Проведено обстеження 18 хворих з патологією шлунково-кишкового тракту віком 40-65 років. Серед них 10 жінок і 8 чоловіків з різних геобіохімічних зон Закарпаття. Нами було використано метод суб'єктивного обстеження, що включало в себе паспортні дані, скарги, анамнез життя, анамнез захворювання та об'єктивного клінічного, мікробіологічного дослідження. Пацієнти були проліковані згідно розробленої методики комплексного лікування.

Стан слизової оболонки порожнини рота (СОПР), при якому під час мікробіологічного обстеження виділяється два і більше патогенних штамів мікроорганізмів в комплексі з представником грибової флори - *Candida albicans*, розцінюється, як дисбактеріоз IV ступеня важкості.

Таблиця. Мікробіологічний аналіз вмісту пародонтальних кишень у хворих на дисбактеріоз СОПР із супутнім рефлюкс-езофагітом.

Мікроорганізм	До лікування	5,6 день спостереження
	КУО/мл	КУО/мл
St. aureus	5,1 ± 0,02	4,1 ± 0,03*
St. epidermidis	2,8 ± 0,03	1,8 ± 0,03
St.epidermidis(рем.)	4,9 ± 0,01	2,0 ± 0,02*
St. pneumoniae	3,1 ± 0,04	1,9 ± 0,01
Str. viridans	5,2 ± 0,03	3,2 ± 0,03*
Str. agalacticae	5,0 ± 0,02	2,0 ± 0,04*
St. pyogen	4,6 ± 0,03	2,0 ± 0,02
Cor. xerosis	4,9 ± 0,01	2,0 ± 0,04*
E. coli	4,5 ± 0,04	1,5 ± 0,04
E. coli (рем)	5,1 ± 0,02	1,6 ± 0,04
Klebsiella	4,3 ± 0,04	0,8 ± 0,03
Гриби роду Candida	4,2 ± 0,02	0,6 ± 0,02
Lactobacillus	2,2 ± 0,02	3,7 ± 0,03
H. pylori	4,7 ± 0,03	1,2 ± 0,02

Примітка. * Різниця статистично вірогідна між показниками основної та контрольної груп ($P < 0,05$).

Його клінічні прояви не тільки вносять дискомфорт, але і порушують харчування хворого. Процес ще більше ускладнюється при наявності такої суміжної патології як рефлюкс-езофагіт.

При ньому в стравохід і роту порожнину закидується інфікований вміст шлунку, що ускладнює санацію ротової порожнини. Така ситуація найчастіше розвивається при травмі отворів, через які проходить стравохід у діафрагмі під час операції на шлунку з приводу його резекції; при виразці або при функціональній недостатності кардії. Стан рефлюксу унеможливує прийом їжі майже на годину і значно ускладнює якість життя пацієнта.

Клінічний випадок. Чоловік 64 роки з дисбактеріозом слизової оболонки порожнини рота (СОПР) на фоні рефлюкс-езофагіту.

Опитування виявили скарги на сухість, печію, свербіж слизової оболонки порожнини рота язика, щік, губ.

Зі слів пацієнта ці явища виникли після перенесеної два місяці тому з приводу операції на виразку шлунку, після

чого розвинувся рефлюкс-езофагіт. Потрапляння при цьому шлункового вмісту у стравохід і роту порожнину підсилювало неприємні відчуття. Такий зворотній рух шлункового вмісту тривав біля години, що викликало явища дискомфорту і погіршувало якість життя пацієнта. Він переживав психічну травму і втрачав вагу. На даний час при зрості у 181 см його вага дорівнює 64 кг.

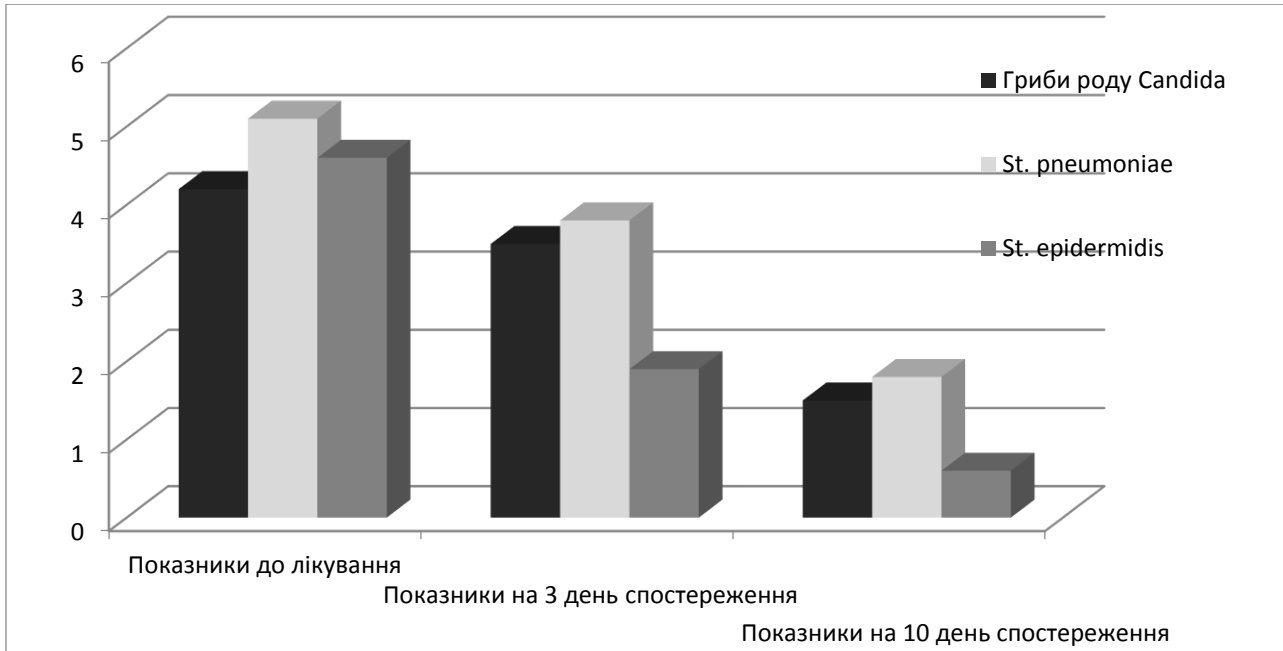
Об'єктивно: на фоні гіперемованої, набряклої слизової оболонки порожнини рота, язика ниткоподібні та грибовидні сосочки потовщені, покриті товстим шаром нальоту, болючі при пальпації. Наліт переважно розташований у ромбовидній ямці, в меншій мірі – по краю язика з чіткими відбитками зубів. Слизова щік потовщена, набрякла, червона облямівка губ покрита прозорими лусочками з білим нальотом і заїдами в кутах рота. Піднижньощелепні лімфатичні вузли пальпуються і болючі.

Був поставлений попередній діагноз: хронічний гіперпластичний кандидоз слизової оболонки порожнини рота. Для уточнення діагнозу проведено

мікробіологічне дослідження:
бактеріоскопія мазка зі слизової оболонки

рота, з'ясовано антибіотикочутливість
мікрофлори.

Графік. Характеристика мікробіологічного аналізу вмісту пародонтальних кишень у хворих з рефлюкс-езофагітом до та в найближчі терміни після лікування.



Лабораторне обстеження підтвердило наявність грибової флори *Candida albicans* 5×10^7 , та додаткового *Streptococcus pneumoniae* і *Staphylococcus epidermidis*.

Candida albicans виявилась чутливою до флюконазолу і ністатину. *Streptococcus pneumoniae* і *Staphylococcus epidermidis* – до антибіотика полімік.

Враховуючи результати лабораторного обстеження, ми встановили клінічний діагноз: дисбактеріоз слизової оболонки ротової порожнини IV ступеня тяжкості на фоні рефлюкс-езофагіту. Стало зрозумілим, що пацієнт потребує комплексного лікування рефлюкс-езофагіту і дисбактеріозу у вигляді загальних і місцевих призначень.

Вивчаючи літературу по лікуванню рефлюкс-езофагіту, ми зупинились на препараті золопент. Діючою речовиною золопенту є пантопразол 40 мг - заміщений бензілімідазол, який інгібує секрецію соляної кислоти у шлунку, викликаючи специфічну блокаду клітин протонної помпи.[3,4] Враховуючи ймовірність побічних ефектів при довготривалому вживанні препарату з боку обмінних

процесів мінеральних речовин (калію, кальцію, магнію) вітамінів B₆, B₁₂, D₃, ми рекомендували хворому прийом золопенту терміном до 3 місяців вранці 1 раз на день 40 мг.[9,10] Фуцис по 50 мг щоденно приймати після їжі два раз на день. Антибактеріальні препарати застосовувати у вигляді таблеток згідно чутливості мікрофлори до них. Препаратом, до якого були чутливі і *Staphylococcus epidermidis* та *Streptococcus pneumoniae*, виявився «Полімік». Це комбінований препарат що містить 200 мг офлаксамину з групи фторхінолонів та 500 мг протизойного та антибактеріального препарату з групи 5-нітромідазолу-орнідазолу. З пробіотиків призначали Лактіале по 250 мг.[4,5,6]

Для попередження небажаних ефектів золопенту, рекомендували приймати Магне-В₆ чотири рази на день та Кальцій-Д₃ Нікомед по 1 таб. після вживання їжі. Місцево призначали полоскати ротову порожнину ангілексом у розведенні 1:5 на протязі 5 днів. Розсмоктування таблеток «Лісобакт» проводили після обробки губ та заїд в кутах рота ністатиновою маззю. Через 5 днів

було внесено деякі корективи у антимікробне лікування: ангілекс був замінений на тантум-верде, антибіотики замінили антигомотоксичними препаратами (АГТП).[7,8,9] Для зняття емоційної напруги підвищення, життєвого тону і працездатності, нормалізації сну, соціальної адаптації ми призначали гліцин по 250 мг два рази на день. У найближчі терміни через два тижні від початку лікування хворий вже відмітив покращення загального і місцевого стану. Практично ліквідувались прояви депресії, покращився настрій із-за зникнення свербіжу, печії та болючості слизової оболонки порожнини рота, язика, губ. Об'єктивні обстеження дозволили констатувати: язик і слизова оболонка порожнини рота, губ, щік набули рожевого кольору, зникли на язичку ділянки гіпертрофії та нальоту, відбувся регрес проявів ангулярного хейліту та епітелізація

слизової та шкіри в ділянці кута рота. Об'єктивні дані були підтверджені лабораторним дослідженням *Candida albicans* була виявлена у невеликих кількостях: 10, *Streptococcus pneumoniae* та *Streptococcus epidermidis* не були виділені. Імунологічне дослідження слини констатувало появу слинного імуноглобуліну А. Кількість приступів рефлюкс-езофагіту скоротилась, їх тривалість не перевищувала 15 хвилин.

Висновки: Лікування патології слизової оболонки порожнини рота необхідно проводити з урахуванням психосоматичного стану організму хворого в цілому. Тому успішне лікування дисбактеріозу СОПР можливе лише в разі одночасної терапії фонового захворювання – рефлюкс-езофагіту і нормалізації психологічного стану пацієнта.

ЛІТЕРАТУРА

1. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М. Диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ. (учебное пособие) М: Медицинская книга. – 2008. – 194с.
2. Бабак О. Я. Антигомотоксическая терапия в клинике внутренних болезней – 000 Книга плюс, 2006. – 255.
3. Черноусов Ф.А. Результаты фундопликаций при лечении рефлюкс-эзофагита /Ф.А. Черноусов, А.Л. Шестаков, Л.К. Егорова // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2009. – Т. 4. – С. 64-67.
4. Стоматологічні прояви гастро-езофагеальної рефлюксної хвороби у дітей і дорослих. Огляд літератури. Профілактика та дитяча стоматологія. – 2013. – №2(9). – с.11-16.
5. Назарян Р. С. Стоматологічні прояви гастроезофагеальної рефлюксної хвороби у дітей та дорослих. Огляд літератури // Профілактична та дитяча стоматологія. – 2013. – №. 2. – С. 34-39.
6. Шабалов А. М. Микробиоценоз полости рта и особенности стоматологических проявлений рефлюкс-эзофагита у детей // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. ИИ Мечникова. – 2008. – №. 3. – С. 127-130.
7. Кравченко Л.С., Бас Н. О. Зміни біохімічних та імунологічних показників факторів захисту ротової рідини при захворюваннях слизової оболонки порожнини рота /Л.С. Кравченко, Н.О. Бас// Український стоматологічний альманах. – 2011. – №. 6. – С. 26-28.
8. Заградская Е.Л. Показатели состояния слизистой оболочки полости рта у больных хроническим кандидозом в зависимости от степени обсемененности *Candida albicans* //Вісник стоматології. – 2012. – №. 4. – С. 26-28.
9. Valipour A. Symptomatic gastroesophageal reflux in subjects with a breathing sleep disorder //Chest. – 2002. – Т. 121. – №. 6. – С. 1748-1753.
10. Klauser A.G. Schindlbeck N. E., Müller-Lissner S. A. Symptoms in gastro-oesophageal reflux disease / A.G. Klauser, N.E. Schindlbeck, S.A. Müller-Lissner //The Lancet. – 1990. – Т. 335. – №. 8683. – С. 205-208.