

Marchena-Gomez, M. Hemmersbach-Miller et al. // World. J. Surg. - 2006. - Vol. 30, N 8. - P. 1579-1585.

15. AG A Technical Review on Intestinal Ischemia // Gastroenterology. - 2000. - Vol. 118, N 5. - P. 954-968.

16. Akyildiz H. D-dimer as a predictor of the need for laparotomy in patients with unclear non-traumatic acute abdomen: A preliminary study / H. Akyildiz, A. Akcan, A. Ozturk et al. // Scand. J. Clin. Lab. Invest. - 2008. - Vol. 68, N 7. - P. 612-617.

17. Фомин А.В. Критерии диагностики нарушения мезентериального кровообращения / А.В. Фомин, М.О. Русецкая // Материалы Междунар. хирургического конгресса «Новые технологии в хирургии». — Ростов-на-Дону, 2005. — С. 383.

18. Чадаев А.П. Диагностика и лечение острой окклюзии верхней брыжеечной артерии / А.П. Чадаев, С.В. Лисицин, А.В. Сажин, А.Д. Прямыков // Материалы Междунар. хирургического конгресса «Новые технологии в хирургии». — Ростов-на-Дону, 2005. - С. 384.

19. Шаповалов И.Н. Современные методы диагностики и лечения острой мезентериальной ишемии / И.Н. Шаповалов, И.О. Миминошвили, А.А. Иваненко и др. // Хирургічна перспектива. — 2010. - № 1. - С. 197-200.

20. Aalten C.M. Diagnostic errors; the need to have autopsies / C.M. Aalten, M.M. Samson, P.A.F. Jansen // Neth. J. Med. — 2006. - Vol. 64, N 6. - P. 186-190.

21. Acosta S. L-lactate after embolization of the superior mesenteric artery / S. Acosta, T.K. Nilsson, J. Malina, M. Malina // JSR. — 2007. - Vol. 143, N 2. - P. 320-328.

22. Acosta-Merida M.A. Identification of risk factors for perioperative mortality in acute mesenteric ischemia / M.A. Acosta-Merida, J. Marchena-Gomez, M. Hemmersbach-Miller et al. // World. J. Surg. - 2006. - Vol. 30, N 8. - P. 1579-1585.

23. AG A Technical Review on Intestinal Ischemia // Gastroenterology. - 2000. - Vol. 118, N 5. - P. 954-968.

24. Akyildiz H. D-dimer as a predictor of the need for laparotomy in patients with unclear non-traumatic acute abdomen: A preliminary study / H. Akyildiz, A. Akcan, A. Ozturk et al. // Scand. J. Clin. Lab. Invest. - 2008. - Vol. 68, N 7. - P. 612-617.

25. Bradbury M.S. Mesenteric venous thrombosis: diagnosis and noninvasive imaging / M.S. Bradbury, P.V. Kavanagh, R.E. Bechtold et al. // Radiol. Graphics. — 2002. - Vol. 22, N 3. - P. 527-541.

26. Chaikof E.L. Developing a discriminant noninvasive test for early mesenteric ischemia: Measuring the basic rhythms of life / E.L. Chaikof // J. Vase. Surg. - 1999. - Vol. 30, N 2. - P. 367-369.

27. Char D.J. Surgical intervention for acute intestinal Ischemia:

experience in a community teaching hospital / D.J. Char, S.A. Cuadra, G.L. Nines, W. Purtil // Vase. Endovasc. Surg. - 2003. - Vol. 37, N 4. - P. 245-253.

28. Chiu Y.-H. D-Dimer in patients with suspected acute mesenteric ischemia / Y.-H. Chiu, M.-K. Huang, C.-K. How et al. // Am. J. Emerg. Med. - 2009. - Vol. 27, N 8. - P. 975-979.

29. Curimoto Y. A simple but useful method of screening for mesenteric ischemia secondary to acute aortic dissection / Y. Curimoto, K. Morishita, J. Fukada et al. // Surgery. - 2004. - Vol. 136, N 1. - P. 42-46.

30. Yasuhara H. Acute mesenteric ischemia: The challenge of gastroenterology / H. Yasuhara // Surg. Today. - 2005. - Vol. 35, N 3. - P. 185-195.

Иваночко Н.Я.

Аспекты клинического течения и оперативного лечения больных с тромбозом мезентериальных сосудов

Кафедра хирургии стоматологического факультета (зав. каф. - проф. А.В.Пиптюк)

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

Резюме. В обзоре отображены данные литературы относительно проблемы острых нарушений мезентериального кровообращения, изложены основные аспекты патогенеза, современная классификация, методы лабораторной и инструментальной диагностики и лечения острых нарушений мезентериального кровообращения.

Ключевые слова: мезентериальный тромбоз, диагностика, лечение.

N.Ya. Ivanochko

Aspects of Clinical Course and Surgical Treatment of Patients with Acute Mesenteric Thrombosis

Surgery Department of Dentistry Faculty (Head of the Department – Prof. O.V. Pyptiuk)

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Abstract. On the basis of the literature review the problems of acute mesenteric circulation disorders are generalized. The basic aspects of pathogenesis, modern classification, methods of laboratory and instrumental diagnostics and treatment of acute mesenteric circulation disorders are observed.

Keywords: mesenteric thrombosis, diagnostics, treatment.

Надійшла 15.09.2014 року.

УДК 613.314-085+616.314.18. 002.4+615.282+615.281

Кашівська Р.С., Мельничук Г.М., Мельничук А.С., Кирилюк А.М.

Медикаментозне лікування хвороб пародонта. Групи препаратів, механізм їх дії, показання та протипоказання до використання. Частина VI. Протигрибкові і сульфаніламідні препарати. Огляд літератури*

Кафедра стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти (зав. каф. – проф. М.М. Рожко)

Кафедра дитячої стоматології (зав. каф. – проф. Г.М. Мельничук)

ДВНЗ „Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна

e-mail: kashivska@inbox.ru

* перші три частини, присвячені антисептикам рослинного походження (I), синтетичним антисептикам (II) та нестероїдним прогизапальним препаратам (III), – див. у журналі „Новини стоматології” № 1-3 за 2013 рік, IV частину – див. у журналі „Галицький лікарський вісник” №1 за 2014 рік, а V частина – див. у журналі „Галицький лікарський вісник” №2 за 2014 рік.

Резюме. Проведено огляд літератури за 1991-2013 роки, наведено класифікації антимікотиків і сульфаніламідів, подано їх позитивні та негативні властивості. Описано різновиди протигрибкових препаратів, які використовуються у випадку кандидозно-асоційованого пародонтиту, та сульфаніламідних препаратів для місцевого і загального лікування. Встановлено, що за наявності у пародонтальних кишнях грибів роду *Candida* необхідно застосовувати препарати з протикандидозною дією, які призначають у випадку кандидозного ураження слизової оболонки порожнини

рота. У хворих на генералізований пародонтит для антимікробної терапії традиційно використовують сульфаніламідні препарати, які діють на деяких представників пародонтопатогенної мікрофлори. Описано механізм дії антимікотиків і сульфаніламідних препаратів. Зроблено висновки, що у разі одночасного ураження порожнини рота кандидозом і пародонтитом, у комплексному лікуванні пародонтиту необхідно використовувати антисептики з протикандидозною дією, антипротозойні препарати, антимікотики, зокрема похідні імідазолу і триазолу. Для бактеріостатичної

дії на грам „+” і грам „-” пародонтопатогенні бактерії призначають сульфаніламідні препарати різної тривалості місцевої і загальної дії.

Ключові слова: хвороби пародонта, кандидоз асоційований пародонтит, антимікотики, сульфаніламід, показання до застосування.

Вибір методів і засобів для лікування генералізованого пародонтиту зумовлений ступенем важкості та особливостями клінічного перебігу захворювання. Медикаментозне лікування – невід’ємна частина комплексної терапії цієї хвороби. Значна частина запропонованих на сьогодні ліків, які використовуються для лікування пародонтиту, ввійшла у розроблену нами класифікацію груп лікарських препаратів [11; 16].

Консервативна терапія пародонтиту починається так само, як і лікування гінгівітів, з ініціальної пародонтальної терапії. Усі засоби, які використовують для терапії запальних захворювань, придатні і для лікування пародонтиту. Але якщо для лікування гінгівітів можна обмежитися першими сімома названими нами групами препаратів [11; 12; 13; 14; 15], арсенал медикаментів для терапії генералізованого пародонтиту значно ширший.

Лікування як запальних, так і дистрофічно-запальних хвороб пародонта спрямоване у першу чергу проти інфекції, тому кількість і різновиди протимікробних медикаментів такі значні. Це – різні антисептики (препарати I і II груп), антипротозойні препарати (ліки VII групи) [11; 12; 15; 16], а також **IX група препаратів** із нашої класифікації – **протигрибкові** [11; 16].

Якщо в пародонтальних кишнях переважає грибкова флора, тоді діагностують пародонтит, ускладнений грибами роду *Candida* [29], чи інша назва – кандидоз асоційований пародонтит або кандидоз пародонта [25], який відноситься до поверхнево-інвазивних кандидозів. Поширеність такого пародонтиту складає від 10% до 25% [25]. За даними Ю.Г. Чу-макової (2011), у разі агресивних форм пародонтиту у 68,8% обстежених виявляють аеробно-анаеробно-грибкові асоціації мікроорганізмів, у 11,1% – анаеробно-грибкові, у 4,2 – аеробно-грибкові [30]. Отже, при ліванні кандидоз асоційованого пародонтиту необхідно застосовувати проти-кандидозні препарати – рослинні і хімічні антисептики із протигрибковою дією, антипротозойні та протигрибкові (антимікотики) засоби [16].

Рослинні антисептики використовують у вигляді відварів і настоїв таких фітопрепаратів [16; 19]: *пелюстки троянди, шавлія лікарська* (на її основі – *сальвін*), *евкаліпт, м’ята перцева, чебрець звичайний, бузина, звіробій* (на його основі – *новоіманін*), *макля дрібноплідна* (на її основі – *сангвіритрин*), *устінат натрію* (на його основі – *Фітосепт* і *Сто-матофит Діет*), *0,1%-р-н лютеинуру* (із *гличиків жовтих*), *юглон* (із *грецького горіха*), *1% спиртовий розчин хлоро-філіпту* (має мікостатичну і мікоцидну дію), *настойка багна* (рос.: *багульника*), *мох ісландський, софора японська, чебрець звичайний, вероніка лікарська, відкаспник безсте-бельний, ломиніс льодяний, материнка звичайна, чистотіл звичайний*. Протигрибкову дію мають і звичні для нас *ожина, часник, цибуля, насіння чорної редьки, супліддя шовковиці звичайної, ефірна олія мандарину і лимону*.

Традиційно для лікування кандидозу використовують препарати, які нормалізують рН середовища ротової порожнини і сприяють ерадикації збудника в ротовій порожнині. Це [9; 10; 22]:

- 2-4% лужні розчини – *гідрокарбонат і тетраборат натрію, 20% тетраборат натрію в гліцерині;*
- *2% борна кислота;*
- *препарати йоду – йодинол і 1% розчин йоду і йодиду калію, розчин Люголя, йоддицерин* (див. II групу препаратів) [12];
- *детергенти* (див. далі);
- *солі жирних кислот – 1-2% розчин натрію або амонію каприлату, 1-2% розчин карбалкілату;*
- *1% спиртовий розчин цитралю* (див. VIII групу препаратів) [15];

- *анілінові барвники – 1-2% метиленовий синій і діаман-товий зелений, фукорцин, 1-2% розчин фуксину, метиленовий фіолетовий, гіацинтовий фіолетовий та ін.* (див. II групу препаратів) [12].

Протикандидозну дію мають також продукт бджільництва – *4% спиртовий розчин прополісу* і сучасні синтетичні антисептики-детергенти: *етоній, хлоргексидину біглоконат, гівалекс* (Гедеон Ріхтер, Угорщина) *цетилперидинхлорид, гексетидин, гексорал* (Mc Neil Manufacturing, Франція), *сангвіритрин-хлорид, мірамістин* (ООО Інфамед, Росія), *триклозан* (див. II групу препаратів) [12]. Вони рідше викликають алергічні реакції і до них повільніше виробляється стійкість, ніж до антимікотичних препаратів [8; 22; 29]. За даними Чепуркової О.А. і співавт. (2009), найчутливішими гриби роду *Candida albicans* in vitro виявилися до хлоргексидину в концентрації 0,2% (*„Клорсодил”* – GlaxoSmithKline, Великобританія) і 0,05%, а також до 0,1% гексетидину (*„Гексорал”* – Pfizer, Франція) – див. II групу препаратів [28; 29].

Препарати-антисептики з протикандидозною дією (природні і синтетичні) застосовують у вигляді частих полоскань (4-5 разів на день), ротових ванночок, аплікацій і змазування. Їх необхідно чергувати між собою, часто замінювати (бо гриби роду *Candida* дуже швидко до них „звикають”) [9].

Антимікотичну дію мають і більшість ліків, описаних нами у попередній статті, які склали VII групу – антипротозойні препарати (похідні 5-нітроімідазолу, нітрофурану, 8-оксихіноліну) [15; 16], а також сульфаніламідні препарати (див. далі).

Крім того, застосовують **протикандидозні препарати (IX група)**, які мають фунгіцидну та фунгістатичну дію. Вони інгібують ключові ферменти синтезу ергостеролу (основного структурного компонента клітинної стінки грибків) [2; 7]. Це:

- **полієнові антибіотики** місцевої дії [10; 24]:
- *ністатин, леворин;*
- *амфотерицин В (амфоцил, фунгізон* – Зенека, Великобританія);
- *натаміцин (німафуцин* – Lamanouchi, Нідерланди) – дієвий лише місцево. Ці препарати мають багато побічних дій (наприклад, нефротоксичність в амфотерицину В), а грибки не завжди чутливі до них [4].

На жаль, лікарі-стоматологи до цього часу широко застосовують ністатин і леворин усередину. У зв’язку зі зниженням чутливості грибів роду *Candida* до цих препаратів ефект від лікування з’являється тільки на 21-29-й день, а у 39-47% випадків взагалі відсутній [9].

- **похідні N-метилнафталіну** [10]:
- *тербинафін* (Novartis Pharma, Швейцарія), *ламізіл* – місцево і всередину; *нафтифін (екзодерил* – Мерк КГаА і Ко, Австрія) – місцево;
- **похідні імідазолу** [2; 10; 23]:
- *клотримазол* (Glaxo Smith Kline, Польща), *кандид, канестен, кандибене* (Меркле Гмбх, Німеччина) і подібний до нього *міконазол* (препарат II покоління) застосовують лише місцево;
- *кетоконазол (мікозорал, нізорал* – Нью Фарм Инк, Канада) – препарат II покоління, застосовують всередину і місцево;
- *еконазол* (Італфармако, Італія), *неварил* – місцево;
- *міконазол (дактарин)* (Угорщина, Словачія, Росія) – місцево і всередину;
- *ізоконазол* – місцево.

Вважають, що препарати цієї групи є найефективнішими [10; 23; 25].

- **похідні триазолу:**
- *флуконазол* (Здоров’я, Україна), *дифлюкан* (Pfizer, Франція), *фуцис ДТ* (Лива Хелтхкер ЛТД, Індія) – препарат III покоління, призначають всередину і місцево, він ефективніший, ніж кетокконазол [10; 18];
- *ітраконазол, орунгал* (Росія, Італія, Бельгія) – всередину [23];

Найчастіше при кандидозноасоційованому пародонтиті використовують місцеву терапію антимікотиками [22], але коли кандидозом уражається одночасно стравохід та інші відділи шлунково-кишкового тракту, чи статеві органи, необхідно призначати їх і всередину. Протикандидозні мазі та креми наносять тонким шаром на уражені ділянки порожнини рота від 2-4 до 6 разів на день протягом 10 днів [9], а, на нашу думку, необхідно 14 днів, оскільки цикл розвитку грибків складає 14 днів. Сергеев А.Ю. і Сергеев Ю.А. (2001) вважають: якщо є виражений кандидозний стоматит, тривалість лікування місцевими антимікотиками повинна складати 2-3 тижні, тобто до зникнення скарг і клінічних проявів, а потім ще 1 тиждень (у будь-якому випадку – не менше 2 діб) [22].

Нові дослідження антимікотичних препаратів різних хімічних груп, які найчастіше використовують при лікуванні кандидозів, а саме: з полієнових антибіотиків – ністатину, амфотерицину В, з імідазонів – кетоконазолу і клотримазолу, із триазолів – флюконазолу та ітраконазолу показало, що грибки роду *Candida* мають найбільшу чутливість *in vitro* до флюконазолу, ітраконазолу і клотримазолу. Тому в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту, в мікробіоценозі пародонтальних кишень яких виявлені грибки роду *Candida*, необхідно рекомендувати використовувати препарати групи триазолів: флюконазол (всередину) та ітраконазол (лише місцево), а для місцевої терапії препаратом вибору може бути клотримазол, який всередину призначати не варто, оскільки він погано абсорбується при прийомі *per os* [29].

Для лікування неклостридіальної анаеробної мікрофлори ротової порожнини використовують стоматологічні плівки „Трикален”, які містять метронідазол та міконазол (основні інгредієнти) [16].

Побічна дія антимікотичних препаратів [2; 7; 23]:

1) нудота, блювання, діарея, підвищення температури тіла, дискомфорт в епігастральній ділянці, запаморочення, слабкість;

2) токсичні ураження печінки, порушення функції нирок;

3) токсична дія на центральну нервову систему, полінейропатії, парестезія, головний біль, порушення роботи серця;

4) фотофобія, анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, екзема, інколи – дисменорея, гінекомастія, олігоспермія, імпотенція, артралгія;

5) при місцевому застосуванні – реакція підвищеної чутливості, подразнення, печія (клотримазол).

При лікуванні кандидозноасоційованого пародонтиту обов'язково призначається загальноозміцнююча терапія, імуномодулятори, еубіотики або пробіотики, полівітамінні комплекси, препарати кальцію [9; 16]. Так, Т.Д. Павлюк (2000) рекомендує такий пародонтит лікувати з місцевим використанням *дактарину* (антимікотик), *імуналу* (імуномодулятор), „*Силларду ІІ*” (сорбент) і ендогенним призначенням *імуналу*, *тавегілу* (десенсибілізуючий препарат) й *дуовіту* (вітамінно-мікроелементний препарат) [17].

Традиційно у лікуванні генералізованого пародонтиту використовують **антибіотики і сульфаніламідні**, віднесені нами до **X групи медикаментів**, які застосовуються у пародонтології [11; 16]. Сульфаніламідні препарати з'явилися в медичній практиці ще на початку ХХ століття, проте залишаються на фармацевтичному ринку і зараз та користуються попитом у населення [21].

Сульфаніламідні – це протимікробні засоби, **похідні сульфанілової кислоти**, які мають бактеріостатичну дію на грам „+” і грам „-” бактерії (особливо на гемолітичний стрептокок), на деякі найпростіші та хламідії, збудники сибірки, дифтерії, чуми, деякі патогенні гриби, великі віруси [2; 20; 26].

Механізм дії: шляхом конкуренції з пара-амінобензойною кислотою – ПАБК (мікробна клітина поглинає сульфаніламід замість ПАБК), сульфаніламідні перешкоджають

утворенню мікроорганізмами необхідного для їх росту і розвитку росткових факторів – фолієвої і дигідрофолієвої кислот, у молекулу яких входить ПАБК, пригнічують утворення з неї тетрагідрофолієвої кислоти, а отже, синтез пуринових та пірамідинових основ і, в кінцевому підсумку, – нуклеїнових кислот [2; 7; 20; 26].

Мікроорганізми, які не потребують ПАБК, не чутливі до дії сульфаніламідів [7]. Природно стійкими до сульфаніламідів є різні палички (коклюшна, туберкульозна, синегнійна, дифтерійна), лептоспіри, спірохети, анаероби.

У пародонтології сульфаніламідні застосовують всередину в таблетках (їх треба запивати лужними розчинами – до 5-10 г соди на добу, щоб не відбувалася кристалізація ацетильованих метаболітів у нирках і сечовивідних шляхах) [2], і місцево у вигляді суспензій, мазей, у складі пародонтальних пов'язок. Ці препарати використовують самостійно і поєднано з іншими медикаментами [24; 26].

Хоча сульфаніламідні залишаються надійною зброєю боротьби з інфекцією, застосовувати їх треба строго за показаннями, усвідомлено і обережно [1].

Показання до застосування сульфаніламідів [26]:

- 1) виразковий гінгівіт;
- 2) загострення хронічного пародонтиту;
- 3) до і після оперативних втручань на пародонті.

Найчастіше використовують такі сульфаніламідні препарати [2; 7; 20]:

- короткочасної дії: *стрептоцид* (сульфаніламід), *норсульфазол* (сульфатіазол), *етазол*, *сульфадимезин*, *сульфацил натрію* (альбуцид), *уросульфан* (Росія) – період напіввиведення – 10 год, не підлягають зворотному всмоктуванню;

- середньої тривалості дії – *сульфазин* (Польфа, Польща), *метилсульфазин* (Росія), *бісеттол* (Польфа, Польща) – період напіввиведення – 12-24 год, зворотно всмоктується приблизно на 50%;

- тривалої дії: *сульфамонотоксин* (Пурин, Росія), *сульфакпіридазин*, *сульфадиметоксин* (Фармастандарт, Росія) – період напіввиведення з крові – 24-48 години; реадсорбуються на 90% і більше;

- надтривалої дії: *сульфален* (ООО НТФФ ПОЛИСАН, Росія) – період напіввиведення з крові становить 65-120 годин, діє протягом 7 діб; добре реадсорбуються.

Сульфаніламідні призначають всередину в перший прийом у дозі 2 г, а надалі – залежно від тривалості дії препарату [2; 7]:

- короткочасної дії – по 1 г 4-6 разів на добу;
- середньої тривалості дії – по 1 г 3 рази на добу;
- тривалої дії – по 1 г 2 рази у першу добу, далі – по 0,5-1 г 1 раз на добу;
- надтривалої – у перший прийом – 1 г, а надалі – по 0,2 г 1 раз на добу або 1 раз на тиждень.

До сульфаніламідних препаратів місцевої дії відносяться *стрептоцид* і препарат на його основі *інгаліпт*, а також *бактрим* (Хоффман ля Рош, Швейцарія), *етазол*, 30% розчин *сульфацил-натрію* (альбуцид) [16].

За останні роки ефективність сульфаніламідних препаратів при багатьох інфекціях знизилася. Це зумовлено тим, що в присутності гною, крові, продуктів розпаду тканин, у результаті біотрансформації яких утворюється ПАБК, активність сульфаніламідів значно зменшується. Крім того, у зв'язку з багаторічним використанням сульфаніламідів, до них стали вторинно стійкими багато мікроорганізмів [2]. Тому вони почали витіснятися високоактивними антибіотиками і похідними фторхінолону. Хоча у дитячій практиці сульфаніламідам віддається перевага перед антибіотиками [7].

Для підвищення антимікробної активності, розширення спектру дії і зниження частоти виникнення резистентних штамів мікроорганізмів створюються комбіновані засоби сульфаніламідів із діамінопіримідинами, зокрема бісеттол [2; 20].

Бактрим (бісеттол, ко-тримоксазол (Фармастандарт,

Росія), *септрин* (WELLCOM, Великобританія), *гросептол* (Польфа, Польща), *сінерсул* (Плива, Хорватія), *берлоцид*, *суметролім*) – комбінований препарат містить сульфаметоксазол і триметоприм, діє бактерицидно на грам „+” і на грам „-” мікроорганізми, навіть стійкі до інших сульфаніламідів. Його доцільно використовувати для заміни антибіотиків у випадку недостатнього клінічного ефекту після 5-7-денного курсу лікування. Призначають по 2 таблетки 2 рази на день після вживання їжі. Бактрим застосовують також для інстиляцій у пародонтальні кишені. Вітчизняний препарат *сульфатон* (сульфадимезин + триметоприм) схожий на нього за дією [7; 16; 20; 23].

Сульфаніламідів часто входять до складу різних комбінованих препаратів, в яких кожний складник діє на різні ланки патогенезу. Так, *інгаліпт* – комбінований препарат в аерозольній упаковці, до складу якого входить стрептоцид, тимол, олії евкаліпту і м'яти перцевої. Використовують при виразковому гінгівіті, пародонтиті. Зрошення здійснюють 3-4 рази на добу, утримуючи препарат у порожнині рота 5-7 хв [23; 26].

Мазь *Левосин* – містить антисептик хлорамфенікол (діє на енаероби), сульфадиметоксин (діє на коки, протей), три-мекаїн (анестетик), метилурацил (стимулятор регенерації), поліетиленоксиди (дегідратуюча дія); її наносять на уражені ділянки ясен у тих же випадках, що й інгаліпт [6].

Препарат *Periocur* (Voco, Німеччина) містить сульфаніламід, екстракти календули, шавлії, ромашки, арніки, перуанський бальзам і анестетики, використовується для інстиляцій у пародонтальні кишені на турундах (5-7 процедур через день) і в пов'язках при хірургічному лікуванні пародонтиту [16].

Застосування всередину сульфаніламідів у поєднанні з метронідазолом у більшості випадків дозволяє відмовитися від антибіотиків і цим уберегти від їхньої побічної дії [16].

Порушення принципів дозування сульфаніламідів (відсутність ударних доз і скорочення курсу прийому) призводить до розвитку стійких штамів збудників, на які в подальшому вони не діють [7; 26].

Побічна дія сульфаніламідних препаратів

[3; 7; 20; 21; 26]:

- 1) дисбактеріоз кишечника, гіповітаміноз, авітаміноз вітаміни В і К;
- 2) алергічні реакції (насамперед від комбінованих препаратів), дерматити;
- 3) гемолітична анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, агранулоцитоз;
- 4) реакції перекресної підвищеної чутливості (між сульфаніламидами з ПАСК, місцевими анестетиками);
- 5) головний біль, сонливість, зниження працездатності, зміни психіки;
- 6) диспептичні явища, псевдомембранозний коліт;
- 7) пошкодження печінки, сечовивідної системи;
- 8) тератогенна дія;
- 9) стоматит, глосит.

Загальна частота побічних ефектів, спричинюваних сульфаніламідними препаратами, становить 5% [3].

Протипоказання до використання сульфаніламідних препаратів [20; 26]:

- 1) при токсико-алергічних реакціях на будь-який із сульфаніламідних препаратів, інші теж не застосовують;
- 2) при захворюваннях кровотворної системи;
- 3) при захворюваннях нирок, печінки;
- 4) при декомпенсації серцевої діяльності;
- 5) при вагітності, годуванні груддю, в ранньому дитячому віці (особливо бактрим);
- 6) при захворюваннях щитоподібної залози.

Висновки

З метою впливу на мікроорганізми, які беруть участь у розвитку і прогресуванні генералізованого пародонтиту,

використовують антибактеріальні препарати. У випадку одночасного ураження слизової оболонки ротової порожнини кандидозом і пародонтитом, із пародонтальних кишень висівають грибки роду *Candida*. Це вимагає використання протикандидозних препаратів у комплексі з іншими медикаментами. За наявності у пародонтальних кишнях мікроорганізмів, чутливих до сульфаніламідів, доцільно застосовувати їх. Призначаючи антимікотики і сульфаніламідів, лікар повинен чітко орієнтуватися в показаннях до їх використання, можливих побічних діях, вибираючи із наведеної великої кількості медикаментів ті, які потрібні для комплексного лікування конкретного хворого.

Література

1. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение / А.С. Григорьян, А.И. Грудянов, И.А. Рабухина, О.А. Фролова. – М.: Мед. информ. агентство, 2004. – 320 с.
2. Вебер В.Р. Клиническая фармакология для стоматологов: учебное пособие / В.Р. Вебер, Б.Т. Мороз // С.-Пб.: Человек, 2003. – 352 с.
3. Вікторів Олексій. Сульфаніламідні препарати: безпечність їх медичного застосування / Олексій Вікторов, Олена Матвєєва, Антон Войтенко // Ваше здоров'я. – 2007. – №20. – С. 12-13.
4. Данилевський М.Ф. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонту / М.Ф. Данилевський, М.А. Мохорт, В.В. Мохорт. – К.: Здоров'я. – 1991. – 264 с.
5. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний / В.И. Яковлева, Е.К. Трофимова, Т.П. Давидович, Г.П. Просверьяк. – Минск: Вышэйшая школа. – 1995. – 494 с.
6. Дікова І.Г. Сучасна методологія викладання фармакотерапії захворювань пародонту і слизової оболонки порожнини рота / І.Г. Дікова, Т.М. Волосовець // Новини стоматології. – 2003. – №4(37). – С. 50-52.
7. Дрогвоз С.М. Фармакологія на допомогу лікарю, провізору та студенту: Підручник-довідник / С.М. Дрогвоз, В.В. Страшний. – 2002. – 480 с.
8. Застосування препарату „Гівалекс” в комплексному лікуванні хворих на кандидоз слизової оболонки порожнини рота: Методичні рекомендації. К. – 2007. – 25 с.
9. Калюжна Л.Д. Хвороби шкіри обличчя, слизової оболонки ротової порожнини та червоної облямівки губ: Навч. посіб. / Л.Д. Калюжна, Г.Ф. Білоклицька. – К.: Грамота, 2007. – 280 с.
10. Малий В.П. Кандидоз / В.П. Малий // Сучасні інфекції. – 2002. – №2. – С. 92-104.
11. Медикаментозне лікування хвороб пародонта. Групи препаратів, механізм їх дії, показання та протипоказання до використання. Частина I. Антисептики рослинного походження. Огляд літератури / Г.М. Мельничук, Л.В. Завербна, А.С. Мельничук, Р.С. Кашівська // Новини стоматології. – 2013. – №1. – С. 92-97.
12. Медикаментозне лікування хвороб пародонта. Групи препаратів, механізм їх дії, показання та протипоказання до використання. Частина II. Синтетичні антисептики. Огляд літератури / Г.М. Мельничук, Л.В. Завербна, А.С. Мельничук, Р.С. Кашівська // Новини стоматології. – 2013. – №2. – С. 79-84.
13. Медикаментозне лікування хвороб пародонта. Групи препаратів, механізм їх дії, показання та протипоказання до використання. Частина III. Нестероїдні протизапальні препарати. Огляд літератури / Г.М. Мельничук, Л.В. Завербна, А.С. Мельничук, Р.С. Кашівська // Новини стоматології. – 2013. – №3. – С. 82-87.
14. Медикаментозне лікування хвороб пародонта. Групи препаратів, механізм їх дії, показання та протипоказання до використання. Частина IV. Препарати з протинабряковою і склерозуючою дією. Огляд літератури / Р.С. Кашівська, Г.М. Мельничук, А.С. Мельничук, О.В. Базалицька // Галицький лікарський вісник. – 2013. – №4. – С. 103-109.
15. Медикаментозне лікування хвороб пародонта. Групи препаратів, механізм їх дії, показання та протипоказання до використання. Частина V. Ферменти-каротолітики, антипротозойні препарати і кератопластики. Огляд літератури / Кашівська, Г.М. Мельничук, А.С. Мельничук, А.М. Кирилюк // Галицький лікарський вісник. – 2014. – №1. – С. 127-132.
16. Мельничук Г.М. Гінгівіт, пародонтит, пародонтоз: особливості лікування: навчальний посібник. Вид. 5-е, виправлене і доповнене / Г.М. Мельничук, М.М. Рожко, Л.В. Завербна. – Івано-Франківськ, 2011. – 328 с.
17. Павлюк Т.Д. Особливості клінічного перебігу та лікування генералізованого пародонтиту, ускладненого кандидозом: автореф. дис.

... канд. мед. наук: спец. 14.01.22 „стоматологія” / Т.Д. Павлюк. – К., 2000. – 20 с.

18. Петрушанко Т.О. Використання препарату „Фуцис ДТ” у комплексному лікуванні хворих на кандидоз слизової оболонки порожнини рота / Т.О. Петрушанко, Н.М. Іленко, М.С. Приходько // Современная стоматология. – 2010. – №3. – С. 80-83.

19. Полігун А.М. Лікарські рослини із протигрибковою дією в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту, ускладненого кандидозом (огляд літератури) / А.М. Полігун, Т.Д. Павлюк // Лікарська справа. – 2005. – №3. – С. 16-19.

20. Рациональная фармакотерапия в стоматологии: Рук. для практикующих врачей / Г.М. Барер, Е.В. Зорян, В.С. Агапов [и др.] . – М.: Литтерра, 2006. – 568 с.

21. Савченкова Л.В. Сульфаниламідні препарати: побічні реакції та ускладнення фармакотерапії / Л.В. Савченкова, О.П. Вікторов, В.Д. Лук'ячук // Фармацевтичний журнал. – 2003. – №6. – С. 89-96.

22. Сергеев А.Ю. Кандидоз. Природа инфекции, механизмы агрессии и защиты, лабораторная диагностика, клиника и лечение / А.Ю. Сергеев, В.Ю. Сергеев. – М.: „Грида - X”, 2001. – 472 с.

23. Справочник врача-стоматолога по лекарственным препаратам / В.Н. Трезубов, Л.М. Мишнев, И.В. Марусов, А.М. Соловьева. – С.-Пт.: ИКФ „Фолиант”, 1999. – 368 с.

24. Терапевтическая стоматология: Підручник: У 4 т. – Т. 3. Захворювання пародонта / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Полігун [та ін.] – К.: Медицина, 2008. – 616 с.

25. Царев В.Н. Антимикробная терапия в стоматологии / В.Н. Царев, Р.В. Ушаков: Руководство, 2-е изд. – М.: ООО Мед. информ. агентство. – 2006. – 144 с.

26. Цепов Л.М., Николаев А.И. Диагностика и лечение заболеваний пародонта. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 192 с.

27. Чепуркова О.А. Выбор антимикотических препаратов в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита, осложненного дрожжеподобными грибами рода *Candida* spp. / О.А. Чепуркова, М.Г. Чеснокова, В.Б. Недосеко // Клиническая стоматология. – 2008. – №1. – С. 32-35.

28. Чепуркова О.А. Обоснование использования антисептических препаратов в комплексном лечении пациентов с ХГП и обсемененностью биогеопа пародонтального кармана грибами *Candida* / О.А. Чепуркова, М.Г. Чеснокова, В.Б. Недосеко // Пародонтология. – 2009. – №2(51). – С. 34-38.

29. Чепуркова О.А. Чувствительность грибов рода *Candida* к антисептическим препаратам пародонтального кармана / О.А. Чепуркова, М.Г. Чеснокова, В.Б. Недосеко // Клиническая стоматология. – 2007. – №3. – С. 12-14.

30. Чумакова Ю.Г. Аугментин – предмет выбора для системной антибиотикотерапии у больных пародонтитом / Ю.Г. Чумакова // Современная стоматология. – 2013. – №3. – С. 55-59.

Кашивская Р.С., Мельничук Г.М., Мельничук А.С., Кирилюк А.Н.

Медикаментозное лечение заболеваний пародонта. Группы препаратов, механизм их действия, показания и противопоказания к использованию. Часть VI. Противогрибковые и сульфаниламидные препараты. Обзор литературы

Кафедра стоматологии учебно-научного института последипломного образования (зав. каф. – проф. Н.М. Рожко)

Кафедра детской стоматологии (зав. каф. – проф. Г.М. Мельничук) ГВУЗ „Ивано-Франковский национальный медицинский университет”, Украина, e-mail: kashivska@inbox.ru

Резюме. Проведен обзор литературы за 1991-2013 годы, при-

ведены классификации антимикотиков и сульфаниламидов, указано их положительные и отрицательные свойства. Описано разновидности противогрибковых препаратов, использующиеся в случае кандидоза пародонтита, и сульфаниламидных препаратов для местного и общего лечения. Установлено, что при наличии в пародонтальных карманах грибов рода *Candida* необходимо использовать препараты противокандидозного действия, назначаемые в случае кандидозного поражения слизистой оболочки полости рта. У больных генерализованным пародонтитом для антимикробной терапии традиционно используют сульфаниламидные препараты, действующие на некоторых представителей пародонтопатогенной микрофлоры. Описан механизм действия антимикотиков и сульфаниламидных препаратов. Сделано выводы, что при одномоментном поражении полости рта кандидозом и пародонтитом в комплексном лечении пародонтита необходимо использовать антисептики с противокандидозным действием, антипротозойные препараты, антимикотики, в частности, производные имидазола и триазола. С целью бактериостатического влияния на грамм „+” и грамм „-” пародонтопатогенные бактерии применяют сульфаниламидные препараты разной длительности местного и общего действия.

Ключевые слова: болезни пародонта, кандидоз-associated пародонтит, антимикотики, сульфаниламиды, показания к применению.

R.S. Kashivska, H.M. Melnychuk, A.S. Melnychuk, A.M. Kyryliuk
Pharmacological Treatment of Periodontal Diseases. Groups of the Drugs, their Principles of Action, Indications and Contraindications. Part VI. Antifungal and Sulfanilamide Drugs. Literature Review

Department of Dentistry of the Educational-and-Scientific Institute of Postgraduate Education (the Head of the department – Professor M.M. Rozhko)

Department of Pediatric Dentistry (Head of the Department – Professor H.M. Melnychuk)

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

kashivska@inbox.ru

Abstract. The references over the period of 1991-2013 years have been reviewed, antimycotics and sulfonamides have been classified along with description of their positive and negative effects. We have described the types of antifungal drugs used in case of candida-associated periodontitis, and sulfonamide preparations for local and general treatment. It has been established that presence of *Candida* fungi in periodontal pockets requires use of anticandidiatic drugs as in case of candidiasis of oral mucosa. Patients with generalized periodontitis usually are treated with sulfonamides that are effective against periodontogenic microflora. The type of action of antimycotics and sulfonamides has been described. We have established that in case of both oral candidiasis and periodontitis a comprehensive treatment should include antiseptics with anticandidiatic effect, antiprotozoals, antimycotics, derivatives of Imidazole and Triazole. For bacteriostatic management of gram „+” and gram „-” periodontopathogenic bacteria sulfonamides of different length of action, as a part of local or general therapy should be prescribed.

Keywords: periodontal diseases, candida-associated periodontitis, antimycotics, sulfonamides, indications for administration.

Надійшла 22.09.2014 року.