

**Лесовая И.Г., Иващенко А.Л., Лысенко В.В., Михайленко Н.Н., Ткач Т.В.,  
Ярославская Ю.Ю., Бондаренко М.И., Волкова В.В., Малькова Н.Ю.**

В связи с функционально-анатомическими условиями челюстно-лицевой области, одним из главных моментов в развитии заболеваний указанной локализации, является условно-патогенная микробная флора, вирусы и простейшие. Наличие травмирующих факторов различной этиологии, а также острого и хронического воспаления в мягких и костных тканях лица, в слюнных железах, пародонте и собственно слизистой полости рта, сопровождаются нарушением местной и общей иммунорезистентности пациента. На фоне часто развивающегося вторичного иммунодефицита или аутоиммунного конфликта возникает потребность в коррекции бактериального фактора.

Широкорекламируемые методы антибактериальной терапии являются симптоматически направленными и не всегда позволяют достичь желаемой цели. Так, одним из главных факторов, снижающим эффективность антибиотиков, является их иммуносупрессивное действие. Как известно, в иммунной системе существует естественный синтез биологически-активных веществ выполняющих защитную, в том числе антибактериальную, функцию. Одним из производных

**MALT**

– лимфоидной ткани ассоциированной со слизистыми, является лизоцим. При острых и хронических патологиях челюстно-лицевой области потребность в лизоциме резко возрастает [1, 2, 3].

В связи с выше указанным, наше внимание привлек препарат Лисобакт, выпускаемый фирмой "Bosnalijek" (Босния и Герцеговина). Препарат Лисобакт – это оральный антисептик, который рекомендуется фирмой производителем для применения в стоматологии. В его состав входят два основных действующих вещества – лизоцим и пиридоксина гидрохлорид.

Лизоцим (мураминидаза) – фермент класса гидролаз с выраженным антибактериальным эффектом, по своей структуре являющийся мукополисахаридом. Антимикробный эффект обусловлен гидролизом N-гликозидных связей и повреждением цитоплазматической мембраны бактерии. Эффективен по отношению к грамположительным и грамотрицательным микроорганизмам и в меньшей степени вирусам и грибкам. Кроме того, лизоцим повышает неспецифическую резистентность

организма и оказывает местное противовоспалительное действие. Вторым действующим компонентом – пиридоксина гидрохлорид. Пиридоксин активно участвует в обмене триптофана, метионина, цистеина, глутамина, жирового обмена, необходим для нормального функционирования периферической нервной системы. Пиридоксин оказывает защитное действие на слизистую оболочку полости рта, предупреждая развитие молочницы [4, 6].

Целью настоящего исследования явилась оценка клинико-микробиологической эффективности препарата Лисобакт у больных с различной патологией челюстно-лицевой области.

## Материал и методы

Для выполнения поставленной цели препарат Лисобакт был назначен 41 больному в возрасте от 19 до 63 лет с различной патологией и состоянием после оперативного вмешательства. Все пациенты были разбиты на несколько групп по нозологиям. I группа – 15 больных с хроническими воспалительными заболеваниями слюнных желез в сочетании с кандидозным стоматитом, хейлитом; II группа – 12 человек с явлениями катарального и гипертрофического гингивита на фоне ношения назубных алюминиевых проволочных шин; III группа – 14 пациентов с состоянием после оперативного вмешательства в полости рта: гайморотомия, цистэктомия, удаление новообразования, экстракция зуба, иссечение капюшона при затрудненном прорезывании зубов. В контрольную группу вошли 10 пациентов с различными состояниями после оперативного вмешательства в полости рта, которые применяли для антисептической обработки полости рта раствор 0,02% фурацилина.

Среди клинических критериев используемых нами в оценке эффективности применения препарата Лисобакт были: жалобы пациентов; визуальное определение наличия клинических признаков воспаления: гиперемии, отека слизистой оболочки полости рта, экссудата или налета; наличия при пальпации болезненности в области патологического очага или послеоперационной раны. Для объективизации исследований определяли значения гигиенического индекса РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярный): после гигиенической обработки полости рта, слизистую оболочку десны окрашивали раствором Люголя или 2% раствором йода. Наиболее интенсивное окрашивание десны наблюдали в участках хронического воспаления за счет прижизненной окраски гликогена, содержание которого в десне увеличивается при воспалительных процессах. Воспаление сосочка (Р) оценивали 1 балл, воспаление края десны (М) – 2 балла, воспаление альвеолярной десны (А) – 3 балла.

Индекс РМА =  $(\sum \text{РМА} / 3 \times n \text{ зубов в полости рта}) \times 100\%$

Качественно индекс оценивали как:

низкий уровень индекса – до 30% с незначительным воспалением тканей десны и  
высокий уровень – более 30%, свидетельствующий о генерализованном гингивите [5].

Для оценки влияния препарата на бактериальную микробную флору полости рта у  
обследованных различных групп было проведено микробиологическое исследование  
ротовой жидкости до и после курса терапии с применением Лисобакта.

Больным всех групп Лисобакт назначался по 2 таблетки для рассасывания 3-4 раза в  
день в течение 7-8 дней согласно рекомендациям фирмы-производителя. Прием  
препарата производился на фоне медикаментозной терапии, назначаемой  
соответственно характеру патологического процесса.

## Результаты и их обсуждение

В результате проведенных исследований наблюдали изменения клинических  
показателей в различных группах. Жалобы больных I группы с хроническими  
воспалительными заболеваниями слюнных желез были на сухость полости рта,  
покраснение, чувство стянутости слизистой оболочки полости рта. Объективно у всех  
пациентов данной группы пациентов отмечалась гиперемия, сухость слизистой оболочки  
полости рта. У больных из данной группы на 2-3 сутки приема препарата снижалась  
частота жалоб на сухость, гиперемию слизистой полости рта. Объективно отмечалась  
незначительная гиперемия слизистой оболочки, увеличение ее увлажненности. На  
седьмые сутки слизистая оболочка приобретала естественный цвет и становилась

умеренно увлажненной. При этом субъективные ощущения дискомфорта исчезали. Учитывая наличие у этих больных иммунопатологического фактора, был рекомендован периодический прием Лисобакта в дальнейшем, при субъективном ухудшении самочувствия.

Во вторую группу вошли пациенты с гингивитами на фоне ношения назубных проволочных шин при переломах челюстей. Больные этой группы предъявляли жалобы на болезненность, отечность десен, кровоточивость при приеме пищи и чистке зубов. Объективно десна была гиперемирована, отечна; отмечалась кровоточивость, болезненность при пальпации. С целью купирования вышеуказанных патологических явлений больным был назначен препарат Лисобакт по стандартной схеме. Уже на вторые сутки приема препарата отмечалось уменьшение количества жалоб. Объективно отмечалось улучшение местного статуса, глубина зубодесневых карманов уменьшилась. На 7-8 сутки приема препарата у 8 пациентов отмечалось купирование воспалительных явлений. У 4 пациентов явления гингивита сохранились, что, по-видимому, связано с низким уровнем гигиены полости рта.

В третью группу обследованных вошли 14 пациентов с состояниями после различных оперативных вмешательств в полости рта: гайморотомия, экстракция зуба, иссечение капюшона, цистэктомия. Основной жалобой у пациентов данной группы были болезненность в области послеоперационной раны. У 6 больных применялся эндотрахеальный наркоз и в послеоперационном периоде кроме вышеуказанных жалоб, пациенты отмечали першение, болезненность в горле. Объективно – слизистая оболочка в области послеоперационной раны, в небных дужек в первые сутки после операции гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. На 2-3 сутки приема препарата отмечалось уменьшение выше указанных симптомов. Признаки воспаления в области небных дужек полностью купировались на 3 сутки. Симптомы воспаления в области послеоперационной раны отсутствовали у всех больных на 6 сутки приема препарата.

У пациентов контрольной группы при использовании для обработки слизистой полости рта 0,02% раствор фурацилина, эффект наблюдался лишь на 4 сутки. На 7-8 сутки у 3 пациентов контрольной группы сохранялись признаки воспаления в области послеоперационной раны, определялся фибриновый налет, сохранялась незначительная болезненность.

У всех больных был определен индекс РМА, показатели которого представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Показатели индекса РМА у больных с различной челюстно-лицевой патологией до и после лечения Лисобактом.

Индекс РМА.

I группа ( N= 15 )

II группа ( N= 12 )

III группа ( N= 14 )

Контрольная группа ( N= 10 )

До лечения

После лечения

До лечения

После лечения

До лечения

После лечения

До лечения

После лечения

Низкий, до 30%

3

13

2

9

4

12

3

5

Высокий, более 30%.

12

2

10

3

10

2

7

5

Соответственно данным предоставленным в табл. 1 показатели РМА до лечения у 78% обследованных были высокими, что указывало на малую защищенность слизистой оболочки полости рта при различных патологических состояниях. После лечения показатели РМА более 30% наблюдались только у 17% больных основной группы, что указывало на значительный положительный эффект от применения Лисобакта.

Данные проведенных качественно-количественных микробиологических исследований ротовой жидкости больных до лечения и на 7-е сутки применения Лисобакта представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Результаты микробиологических исследований ротовой жидкости больных с различной челюстно-лицевой патологией до и после лечения Лисобактом.

Микрофлора ротовой жидкости

До лечения

После лечения

Стафилококки



# Клинико-микробиологическая эффективность применения препарата Лисобакт при заболеваниях

Written by Administrator

Sunday, 25 January 2009 20:42 - Last Updated Monday, 08 November 2010 16:07

---

10 7 -10 8

10 2 -10 3

Стрептококки

10 7 -10 8

10 2 -10 3

Нейсерии

10 6 -10 7

10 3

Кандида

10 7

-

Стоматокочки

10 6 -10 7

10 2

Энтерококки

10 7 -10 8

10 2 -10 3

Соответственно данным, предоставленным в табл. 2, в ротовой жидкости больных из различных групп определялся широкий спектр микроорганизмов: стафилококки, стрептококки, нейсерии, энтерококки, грибки рода кандиды. При этом, концентрация указанных выше микроорганизмов в 1гр исследуемого материала была выше критической. На 7е сутки лечения количество микробных тел в 1гр исследуемой жидкости значительно уменьшилось, что указывало на уменьшение патологических свойств определяемой микрофлоры. Полученные результаты лабораторных исследований в динамике сопровождалась положительной клинической картиной.

Фирма-производитель среди побочных действиях препарата отмечает аллергические реакции на составляющие компоненты. В проведенных исследованиях ни у одного пациента не было отмечено аллергических реакций, а также прочих побочных

эффектов.

## Выводы

Проведенные клинико-микробиологические исследования указывают на то, что препарат Лисобакт обладает выраженным антибактериальным и противовоспалительным действием. Указанный препарат может применяться у больных с различной патологией челюстно-лицевой области. Применение Лисобакта является патогенетически обоснованным у больных с переломами челюстей, хроническими сиалоаденитами, травматическими повреждениями слизистой оболочки полости рта, в том числе состояниях после оперативных вмешательств.

## Список литературы

1. Бирюкова С.В. Взаимодействие нормальной микрофлоры с макроорганизмом. // Клиническая антимикробная терапия. – 2000. – №2. – С.8-11.
2. Быкова В.П. Лимфоэпителиальные органы в системе местного иммунитета слизистых оболочек. // Арх. Патологии. - 1995.- №1.- С.11-16.
3. Головизин М.В. Инфекция как пусковой фактор аутоиммунных процессов, обуславливаемых патологией Т-клеточной селекции. // Иммунология. – 1996. – № 1. – С.12-17.
4. Машковский М.Д. Лекарственные средства. – Харьков. – "Торсинг". – 1998. – Т. 1. – 560 с., Т. 2. – 592 с.
5. **Samaranayake Y. H., Samaranayake L. P., Pow E. H. N., Beena V. T., Yeung K. W. S.** // Antifungal Effects of Lysozyme and Lactoferrin against Genetically Similar, Sequential *Candida albicans* Isolates from a Human Immunodeficiency Virus-Infected // Southern Chinese Cohort Journal of Clinical Microbiology. – 2001. – Vol. 39. – №9. – p. 3296-3302.
6. Стоматология детского возраста.: под ред. Виноградовой Т.Ф. – М. – Медицина. – 1987. – 528с.

Written by Administrator

Sunday, 25 January 2009 20:42 - Last Updated Monday, 08 November 2010 16:07

---

Лесовая И.Г., Иващенко А.Л., Лысенко В.В., Михайленко Н.Н., Ткач Т.В., Ярославская Ю.Ю., Бондаренко М.И., Волкова В.В., Малькова Н.Ю. Клинико-микробиологическая эффективность применения препарата Лисобакт при заболеваниях челюстно-лицевой области.//Экспериментальна  
клінічна медицина. ХДМУ. 2004. №4.-с.7275

i