

Ордена Трудового Красного Знамени
Медицинский институт им. С.И. Георгиевского
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»

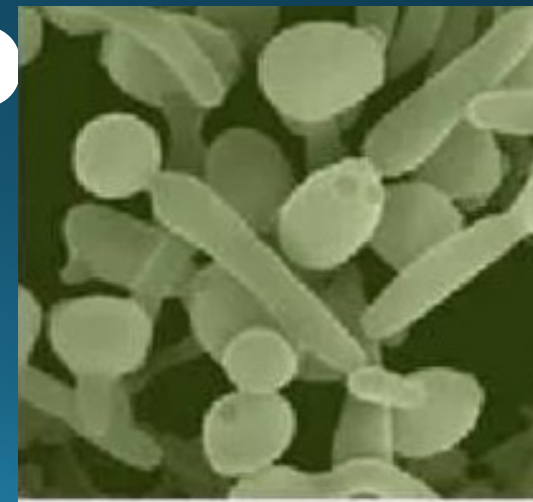
Кандидо- ассоциированная инфекция и ее роль в развитии острого ГНОЙНОГО

Доцент к.м.н. кафедры хирургической стоматологии и челюстно-
лицевой хирургии Филиппова Людмила Александровна

Ассистент к.м.н. кафедры стоматологии Т.Матвеева

Гавриленко Александра Андреевна

ОДОНТОГЕННОГО



Одной из основных современных научно-практических проблем хирургической стоматологии является повышение эффективности методов профилактики и лечения инфекционных воспалительных заболеваний, развивающихся в челюстно-лицевой области. Острый гнойный одонтогенный периостит продолжает оставаться одним из наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний. Периоститы нередко приводит к возникновению воспалительных осложнений, таких, как абсцессы и флегмоны тканей лица и шеи, одонтогенный остеомиелит, одонтогенный верхнечелюстной синусит, медиастинит, сепсис. При этом на них приходится около 80% от числа всех случаев временной утраты трудоспособности при стоматологических заболеваниях.

Выявлено, что в роли возбудителей одонтогенных воспалительных заболеваний, как правило, выступает микрофлора вегетирующая в полости рта (стафилококки, стрептококки, грам⁺ или грам⁻ палочки). Однако в связи с нарастающими вредными воздействиями факторов внешней среды, вредными привычками, стрессами, неправильным питанием, снижением иммунологической реактивности организма, в развитии этих процессов возросла роль условно-патогенных микроорганизмов, в частности, - грибов рода кандиды. При этом, прослеживается зависимость между свойствами возбудителя заболевания и характером течения инфекционно-воспалительного процесса

Исследования микрофлоры в одонтогенных очагах воспаления указывают на высокий уровень полиморфизма микроорганизмов. Установлено что в развитии и прогрессировании заболевания существенная роль принадлежит грибам рода *Candida*, которые присутствуют в очагах гнойного воспаления как в виде монокультуры, так и в ассоциациях с другими патогенными микроорганизмами.

Нами были проведены микробиологические исследования у 102 пациентов (по 51 представителю в контрольной и основной группах). Изучали посеvy мазков, взятых с раневой поверхности сразу после вскрытия и дренирования поднадкостничного гнойного очага, а также через 1, 3 и 7 суток после операции.

Посев материала, взятого в день хирургического лечения, как в контрольной, так и в основной группах, показал, что этиологически значимая микрофлора присутствовала в ране как в виде ассоциаций (у 82 пациентов 80,4% из 102 обследованных), так и в виде монокультуры (у 20 представителей (19,6%).

Далее, нами были произведены расчёты индекса Р. Дажо и индекса Р. Уиттекера для уточнения степени участия грибов рода *Candida* в инфекционно-воспалительном процессе.

Результаты расчетов индексов Р. Уиттекера (общий для микрофлоры) и Р. Дажо (для грибов рода *Candida*) у всех пациентов (n = 102) в день операции

Встречаемость грибов рода <i>Candida</i> всего					66 (64,7%)
Встречаемость возбудителей в виде ассоциаций у обследованных					82 (80,4%)
Встречаемость возбудителей в виде монокультуры у обследованных					20 (19,6%)
Индекс Р. Дажо для грибов рода <i>Candida</i>	менее 25%	26 (25,5%)	42 (41,2%)	высокий	индекс Р. Уиттекера
			20 (19,6%)	низкий	
	25-50%	30 (29,4%)	30 (29,4%)	высокий	индекс Р. Уиттекера
			0	низкий	
	более 50%	10 (9,8%)	10 (9,8%)	высокий	индекс Р. Уиттекера
			0	низкий	

Примечания: р - достоверность различий в сравнении с аналогичными показателями контрольной группы

Таким образом, полученные результаты дают нам основание заключить, что в настоящее время грибковая микрофлора достаточно часто встречается в микробных ассоциациях, являясь дополнительной или постоянной инфекцией, вносящей существенный вклад в интенсивность, тяжесть и течение гнойного воспалительного процесса вызванного бактериальной флорой. Данный факт уже не возможно игнорировать, что является основанием для внесения коррекций в тактику медикаментозного лечения с учётом современных данных об изменениях видов в составе микробных ассоциаций.

Общая обсеменённость послеоперационных ран бактериальной микрофлорой и грибами рода *Candida* по срокам наблюдений.

Группы сравнений	Показатели обсеменённости (КОЕ/тампон)	Сроки наблюдений		
		День операции n (%)	3 сутки n (%)	7 сутки n (%)
Контрольная (n = 51)	<10 ³ КОЕ/тампон	-	7 (13,72%)	39 (76,5%)
	> 10 ³ КОЕ/тампон	18 (35,3%)	30 (58,83%)	12 (23,5%)
	> 10 ⁵ КОЕ/тампон	33 (64,7%)	14 (27,45%)	-
Основная (n = 51)	<10 ³ КОЕ/тампон	-	25 (49,02%) p<0,01	51 (100%) p<0,01
	>10 ³ КОЕ/тампон	19 (37,3%) p>0,05	21 (41,18%) p<0,05	- p<0,01
	> 10 ⁵ КОЕ/тампон	32 (62,7%) p>0,05	5 (9,8%) p<0,05	-

Примечание: p - достоверность различий в сравнении с аналогичными показателями контрольной группы

В дальнейшем в анализе данных мы учитывали только 3-и и 7-е сутки, так как в 1-е сутки статистически отличимых результатов мы не получили, в связи с усилением местных воспалительных реакций после выполнения операции, а также ввиду того, что медикаментозная терапия только начинала своё действие.

На 3-и сутки в контрольной группе у 14 (27,45%) больных обсеменённость раны продолжала оставаться высокой ($>10^5$ КОЕ/тампон) и, соответственно, у них продолжал сохраняться выраженный воспалительный процесс, что подтверждается результатами клинических наблюдений. У 30 (58,83%) пациентов количественные характеристики общей обсеменённости были на уровне $>10^3$ КОЕ/тампон. Этим пациентам было больше чем в день выполнения хирургического вмешательства, и, в целом, показатель продолжал оставаться высоким. У 7 (13,72%) человек было отмечено резкое снижение количественного показателя общей обсеменённости до уровня $<10^3$ КОЕ/тампон, что также подтверждено результатами клинических наблюдений в виде активного стихания местной и общей воспалительной симптоматики. Грибы рода *Candida* выявлялись у 20 (39,2%) пациентов.

На 3-и сутки наблюдений в основной группе у 25 (49,02%) пациентов достоверно резко снизилась общая обсеменённость ран ($<10^3$ КОЕ/тампон) при $p<0,01$, в отличие от представителей контрольной группы, где этот относительный показатель находился на уровне 13,72%. Также наблюдалось снижение показателей высокой ($>10^5$ КОЕ/тампон) общей обсеменённости (9,8%) в основной группе, против 27,45%- в контроле, при $p<0,05$. Это укладывается в динамику изменений клинических проявлений заболевания к 3-м суткам у представителей основной группы, где наблюдалось более быстрое стихание как общих, так и местных симптомов инфекционно-воспалительного процесса.

На 7-е сутки наблюдений, в основной группе, у всех пациентов (51, 100%) общая обсеменённость раневых поверхностей уже находилась на уровне $<10^3$ КОЕ/тампон, что говорит о нормализации количественных показателей в пользу реконвалесценции у всех наблюдаемых. Нами не было выявлено ни одного случая обсеменённости раны на уровне $>10^3$ КОЕ/тампон. Эти данные подтверждались отсутствием клинически выраженных симптомов воспаления у всех пациентов в основной группе. В контрольной группе, в данные сроки наблюдений минимальную обсеменённость послеоперационных ран имели 39 (76,5%) пациентов, что, при сопоставлении данных демонстрировало межгрупповую статистическую достоверность (при $p < 0,01$) к тому же, как указывалось ранее 12 (23,5%) пациентов в контрольной группе имели обсеменённость $>10^3$ КОЕ/тампон на фоне сохраняющихся остаточных признаков воспалительного процесса.

Следует также отметить, что по показателю встречаемости грибы рода *Candida* не выявлялись в сколько-нибудь статистически значимом количестве у всех 51 (100%) пациентов в основной группе (на 7 сутки после хирургического лечения). В контрольной группе у 7 (13,7%) пациентов они продолжали присутствовать в мазках из раны, хотя количественные характеристики находились на уровне менее 10^3 КОЕ/тампон и, соответственно, не являлись значимым фактором в поддержании воспалительного процесса.

ВЫВОДЫ

Таким образом, данные микробиологического обследования представителей контрольной и основной групп сравнения позволяют сформулировать следующие итоги. Грибковая микрофлора становится неотъемлемой частью микробных ассоциаций при одонтогенных инфекционно-воспалительных процессах. Во многих случаях она является не только дополнительной флорой микробной ассоциации (по нашим наблюдениям в 29,4% случаев), но и постоянной (в 9,8% случаев), а её количество в цифровом выражении (более 10^2 - 10^3 КОЕ/тампон) указывает на прямое участие в развитии воспалительного процесса. Имея большое число грибковых клеток, являющихся в норме условно-патогенной флорой, именно грибы рода *Candida* приобретают весомую долю в факторе патогенности на равне с бактериальной флорой.

При этом грибы не доминируют над остальными патогенными и условно-патогенными бактериями, на что указывает индекс Р.Уиттекера, но и не являются случайной инфекцией, причём в достаточно большом количестве случаев. Нами пока не было обнаружено грибов рода *Candida* в монокультуре, мы не диагностировали классические признаки грибковых поражений глубоких околочелюстных тканей, но интенсивность, длительность течения и медленная динамика развития и прогрессирования местного воспалительного процесса, на наш взгляд, находятся в прямой зависимости от присутствия и количества грибковых клеток в микробных ассоциациях в гнойных ранах.

БЛАГОДАРИМ

ЗА

ВНИМАНИЕ