

Клиническая эффективность применения препарата «Фурасол» в стоматологии

ЛУЦКАЯ И.К.,
д-р мед. наук, профессор,
зав. кафедрой
терапевтической
стоматологии,
ГУО «Белорусская
медицинская академия
последипломного
образования», г. Минск

ЗИНОВЕНКО О.Г.,
канд. мед. наук, ассистент
кафедры терапевтической
стоматологии,
ГУО «Белорусская
медицинская академия
последипломного
образования», г. Минск

КОВАЛЕНКО И.П.,
аспирант кафедры
терапевтической
стоматологии,
ГУО «Белорусская
медицинская академия
последипломного
образования», г. Минск

CLINICAL EFFICACY OF THE DRUG "FURASOL" IN DENTISTRY

I. Lutskaya, O. Zinovenko,
I. Kovalenko

A study of the
clinical efficacy of
the drug "Furasol"
outpatient therapeutic
administration.

Keywords: "Furasol" periodontal
disease, oral mucosa.

Проблема лечения заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта, несмотря на значительное количество существующих методов и применяемых средств, сохраняет свою актуальность [2, 6]. Болезни пародонта, встречающиеся уже у молодых людей, становятся основной причиной потери зубов у пациентов более старшего возраста [1]. Данная патология приводит к полной потере структур, удерживающих зуб, развитию хронических заболеваний полости рта, значительно ухудшающих здоровье и качество жизни пациента [6]. В Республике Беларусь, как и в большинстве развитых стран мира, наблюдается тенденция к росту числа пожилого населения, и, соответственно, увеличения частоты встречаемости воспалительных, дегенеративных, атрофических процессов в тканях пародонта [1, 2]. По данным некоторых авторов, в настоящее время увеличилась распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта в связи с ростом общих и местных неблагоприятных факторов, разноречивостью методов лечения и профилактики [4, 5].

На поликлиническом приеме большинство пациентов, имеющих заболевания пародонта и/или слизистой оболочки полости рта, обращаются сами или направляются другими специалистами к врачу-стоматологу-пародонтологу. Определенный процент пациентов предъявляют жалобы на неэффективность ранее проведенной терапии [3, 4]. Согласно клиническим протоколам лечения (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 1245 от

26.12.2011г.) при болезнях пародонта и/или слизистой оболочки полости рта рекомендовано применение в качестве медикаментозной обработки препаратов нитрофуранового ряда. Появление на нашем фармацевтическом рынке препарата «Фурасол», содержащего растворимый фурагин, обладающего антибактериальным действием вследствие подавления ферментных систем патогенных бактерий, представляется достаточно перспективным для применения в консервативной стоматологии.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения препарата «Фурасол» в комплексном лечении заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Материал и методы: исследования проведены на базе пародонтологического кабинета терапевтического отделения 8-й городской клинической стоматологической поликлиники г. Минска. Пациентам, обратившимся на прием, проводили подготовку полости рта к протезированию, а именно снятие искусственных коронок, терапевтическое лечение зубов, консервативное и хирургическое лечение десны и тканей пародонта, а также слизистой оболочки полости рта (рис. 1, 3). Отдельные пациенты проходили курс лечения по поводу механической травмы слизистой оболочки острыми краями зубов, травмы десневого края после обработки зубов под ортопедические конструкции (рис. 2).

Все пациенты были разделены на две группы — основную и контрольную. В основной группе под наблюдением находилось 29 пациентов в



Рис. 1. Острые края зубов после снятия искусственных коронок (фотография врача-ортопеда Каменкова Д.В.)



Рис. 2. Травма десневого края после одонтопрепарирования (фотография врача-ортопеда Каменкова Д.В.)



Рис. 3. Воспаление десневого края с гноетечением. Зубы ранее находились под МК коронками (фотография врача-ортопеда Шинкевича М.В.)

ТАБЛИЦА 1. ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУПП ОБСЛЕДОВАНИЯ

Наличие (отсутствие) применения фурасола	Пол		Возраст		Общие заболевания	
	М	Ж	До 45 лет	45 лет и старше	Нет	Есть
Основная группа	44,8%	55,2%	31%	69%	51,7%	48,3%
Контрольная группа	45,2%	54,8%	45,2%	54,8%	54,8%	45,2%

ТАБЛИЦА 2. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ

Жалобы	Основная группа	Контрольная группа
Кровоточивость десны	13,8%	12,9%
Болезненность при приеме пищи	6,9%	12,9%
Неприятный запах изо рта	20,7%	19,4%
Подвижность зубов	37,9%	35,5%
Неэффективность ранее проведенного лечения	17,2%	16,1%
Повреждение слизистой оболочки полости рта	3,4%	3,2%

возрасте от 21 до 69 лет. Основное количество составили пациенты старше 45 лет — 20 человек (69%). Мужчин было 13 (44,8%), женщин — 16 (55,2%). Контрольная группа пациентов включала 31 человек и незначительно отличалась от основной по возрастному составу (таблица 1). Практически половина обследованных пациентов имели общесоматические заболевания.

Все пациенты обратились на прием с определенными жалобами (таб-

лица 2). Более чем каждый третий обследованный пациент отмечал наличие подвижности зубов (37,9% и 35,5% соответственно). Практически каждый пятый человек, обратившийся за медицинской помощью, указывал на неприятный запах изо рта (20,7% и 19,4%), каждый седьмой — на кровоточивость десны (13,8% и 12,9%). Неэффективность ранее проведенного лечения отмечали 16,7% обратившихся на прием пациентов.

Оценка стоматологического статуса проводилась с использованием:

- упрощенного индекса Грина-Вермиллиона (ОHI-S, Green, Vermillion, 1964);
- десневого индекса (GI, Loe, Silness, 1963);
- папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА, в модификации Parma, 1960);
- периодонтального индекса (СРITN, ВОЗ, 1960);
- индекса КПУ (Klein, Palmer, 1937).

Стоматологический статус пациентов представлен в таблице 3.

Как видно из представленной таблицы, гигиена полости рта в основной группе была неудовлетворительной (ОHI-S=2,5), в контрольной — плохой

ТАБЛИЦА 3. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ В ОСНОВНОЙ И КОНТРОЛЬНОЙ ГРУППАХ

Индексная оценка	Основная группа			Контрольная группа		
	25% процентиль (UQ)	Медиана (Me)	75% процентиль (LQ)	25% процентиль (UQ)	Медиана (Me)	75% процентиль (LQ)
ОHI-S0	1,95	2,50	2,71	2,57	2,69	2,80
СРITN(«1»)	1,32	1,77	2,03	1,37	1,61	1,78
GI0	2,14	2,44	2,69	2,22	2,57	2,83
РМА0	40,25%	61,33%	65,10%	58,25%	66,0%	67,85%
КПУ	11,58	14,80	18,50	10,75	15,50	20,67

(ОИ-S=2,69). Интенсивность воспаления десны, согласно интерпретации показателей индекса GI, в обеих группах соответствовала тяжелому гингивиту. Статистически значимых различий по уровню интенсивности воспаления десны выявлено не было (по критерию Манна–Уитни $p=0,214$). Показатели папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА) позволяют судить о значительной протяженности и тяжести гингивита как в основной (61,33%), так и в контрольной (66%) группах. Среднее количество секстантов с кровоточивостью десны (СРITN «1») варьировало от 1,61 в контрольной группе до 1,77 в основной. Статистически значимых различий по уровню оценки состояния тканей периодонта выявлено не было (по критерию Манна–Уитни $p=0,513$). Интенсивность кариеса в обеих группах была высокой (14,8 и 15,5 соответственно). Статистически значимых различий по уровню оценки интенсивности кариеса не было (по критерию Манна–Уитни $p=0,865$).

Терапевтическое лечение пациентам проводили по поводу хронического пародонтита генерализованного (K05.31) — 35 человек (58,3%), хронического гингивита (K05.1) — 8 (13,3%), кандидоза (B37.0) — 7 (11,7%), лейкоплакии (K13.2) — 4 (6,7%), хронического пародонтита локализованного (K05.30) — 2 (3,3%), гингивита Венссана (A69.1) — 2 (3,3%), острой и хронической травм слизистой оболочки полости рта — 2 (3,3%) (рис. 3). Статистически значимых различий между основной и контрольной группами по выставляемым пациентам диагнозам выявлено не было (по критерию χ^2 Пирсона $\chi^2=2,107^a$; $df=7$ при $p=0,954$) (рис. 4).

В контрольной группе лечение заболеваний пародонта проводилось согласно клиническим протоколам (приказ МЗ Республики Беларусь № 1245 от 26.12.2011г.). В основной группе к данной схеме лечения присоединяли применение препарата «Фурасол», обладающего местным антибактериальным действием.

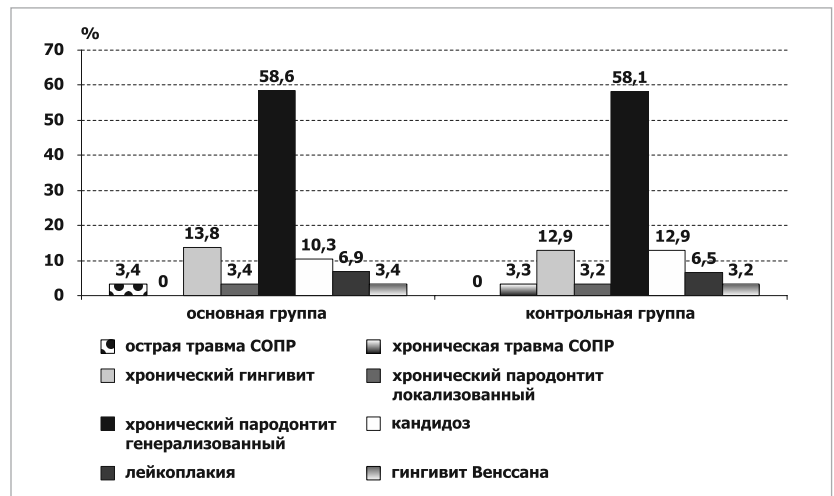


Рис. 4. Диагноз при обращении

«Фурасол» активен в отношении грамположительных кокков, грамотрицательных палочек, простейших и других микроорганизмов, резистентных к антибиотикам. В отношении *Staphylococcus spp.*, *Escherichia coli*, *Aerobacter aerogenes*, *Bacterium Citrovorum*, *Proteus mirabilis*, *Proteus morgani*, по сравнению с другими нитрофуранами, фурагин более активен. «Фурасол» обладает широким спектром антибактериального действия, отсутствием токсического эффекта и низкой скоростью абсорбции с поверхности слизистых оболочек, отсутствием раздражающего действия на слизистую оболочку, противовоспалительным действием.

Препарат «Фурасол» выпускается в виде дозированного порошка, что позволяло пациентам самостоятельно его использовать, четко контролируя применение (1 порошок — 1 процедура). Содержимое пакетика растворяли в 200 мл горячей воды, и теплый раствор использовали для полоскания полости рта 2–3 раза в день. В условиях пародонтологического кабинета раствор препарата применяли также для аппликаций. Лечение фурасолом проводили по следующей схеме: посещение врача — пародонтолога с целью проведение 4–5 аппликаций через день, на протяжении всего курса лечения (2 недели) самостоятельное полоскание раствором 2–3 раза в день.

ТАБЛИЦА 4. БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПРИЕМЕ ПИЩИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ

Болезненность десны и СОПР	Основная группа			Контрольная группа		
	При обращении	Через 7 дней лечения	Через 14 дней лечения	При обращении	Через 7 дней лечения	Через 14 дней лечения
Резкая болезненность	55,2%	0%	0%	54,8%	22,6%	16,1%
Незначительная болезненность	27,6%	31,0%	0%	29,0%	41,9%	32,3%
Чувство дискомфорта	17,2%	31,0%	17,2%	12,9%	22,6%	25,8%
Болезненность отсутствует	0%	37,9%	82,8%	3,2%	12,9%	25,8%

ТАБЛИЦА 5. КРОВОТОЧИВОСТЬ ДЕСНЫ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ

Кровоточивость десны	Основная группа			Контрольная группа		
	При обращении	Через 7 дней лечения	Через 14 дней лечения	При обращении	Через 7 дней лечения	Через 14 дней лечения
Самопроизвольная кровоточивость	82,8%	6,9%	0%	77,4%	29,0%	19,4%
Кровоточивость при приеме пищи	13,8%	51,7%	3,4%	16,1%	58,1%	41,9%
Кровоточивость при чистке зубов	3,4%	31,0%	44,8%	6,5%	9,7%	19,4%
Кровоточивость отсутствует	0%	10,3%	51,7%	0%	3,2%	19,4%

ТАБЛИЦА 6. ЖЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Жжение СОПР	Основная группа			Контрольная группа		
	1 посещение	2 посещение	3 посещение	1 посещение	2 посещение	3 посещение
Сильное жжение	20,7%	0%	0%	22,6%	9,7%	6,5%
Умеренное жжение	10,3%	10,3%	0%	12,9%	9,7%	12,9%
Слабое жжение	20,7%	17,2%	13,8%	16,1%	22,6%	12,9%
Жжение отсутствует	48,3%	72,4%	86,2%	48,4%	58,1%	67,7%

ТАБЛИЦА 7. ПОКАЛЫВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Покалывание СОПР	Основная группа			Контрольная группа		
	1 посещение	2 посещение	3 посещение	1 посещение	2 посещение	3 посещение
Сильное покалывание	13,8%	0%	0%	16,1%	3,2%	3,2%
Умеренное покалывание	10,3%	13,8%	0%	9,7%	19,4%	6,5%
Слабое покалывание	31,0%	6,9%	13,8%	25,8%	19,4%	29,0%
Покалывание отсутствует	44,8%	79,3%	86,2%	48,4%	58,1%	61,3%

ТАБЛИЦА 8. НЕПРИЯТНЫЙ ЗАПАХ ИЗО РТА

Неприятный запах изо рта	Основная группа			Контрольная группа		
	1 посещение	2 посещение	3 посещение	1 посещение	2 посещение	3 посещение
присутствует	96,6%	75,9%	44,8%	96,8%	87,1%	67,7%
отсутствует	3,4%	24,1%	55,2%	3,2%	12,9%	32,3%

ТАБЛИЦА 9. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ (МЕДИАНА МЕ)

Индексная оценка	Основная группа			Контрольная группа		
	1 посещение	2 посещение	3 посещение	1 посещение	2 посещение	3 посещение
ОHI-S	2,5	0,6	0,1	2,7	0,7	0,6
СРITN («1»)	1,8	0,5	0,1	1,6	0,5	0,4
GI	2,5	0,3	0,1	2,6	0,6	0,6
PMA	62%	11%	2%	66%	22%	13%

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

В результате проведенного лечения у всех пациентов основной группы отмечался выраженный положительный эффект, а именно:

- исчезновение боли при приеме пищи и разговоре,
- значительное уменьшение кровоточивости десны,
- снятие симптомов воспаления десневого края,

- полное исчезновение экссудации из пародонтальных карманов,
- исчезновение или уменьшение неприятного запаха изо рта.

Эффективность проведенного лечения оценивали спустя 7 и 14 дней после первичного применения препарата (таблицы 4–8).

При обращении половина пациентов предъяв-

ляли жалобы на болезненность десны и слизистой оболочки полости рта при приеме пищи (55,2% в основной группе, 54,8% — в контрольной). Статистически значимых различий между группами по наличию боли при приеме пищи выявлено не было (по критерию Манна–Уитни $p=0,980$). При повторном посещении (длительность лечения 7 дней) в основной группе более чем каждый третий человек отмечал исчезновение болезненности (37,9%), в контрольной — только каждый восьмой (12,9%). Были получены статистически значимые различия между группами (по критерию Манна–Уитни $p=0,002$). При третьем посещении (курс лечения 14 дней) в основной группе 24 пациента не испытывали боли при приеме пищи, 5 пациентов отмечали чувство дискомфорта. В контрольной группе только 8 человек не ощущали болевой реакции, 10 — незначительную, 5 — резкую болезненность. Статистически значимые различия между группами (по критерию Манна–Уитни $p=0$).

Самопроизвольную кровоточивость десны выявили у большинства обратившихся на прием пациентов (статистически значимых различий между группами по критерию Манна–Уитни нет, $p=0,588$). В основной группе спустя неделю лечения только у 2 из 29 человек отмечали данный симптом. По окончании курса лечения (через 14 дней) 15 пациентов указывала на отсутствие кровоточивости десны, 13 — на кровоточивость только при чистке зубов. В контрольной группе через 2 недели терапии только 6 из 31 человека отмечали исчезновение кровоточивости, 6 — самопроизвольную кровоточивость, 13 — кровоточивость при чистке зубов. Статистически значимые различия между группами по критерию Манна–Уитни, $p=0$.

Более половины пациентов при обращении как в основной, так и в контрольной группах, жаловались на наличие жжения и/или покалывания слизистой оболочки полости рта. В основной группе по окончании курса терапии 25 человек отмечали исчезновение данных неприятных ощущений, 4 — значительное их уменьшение. В группе контроля через 14 дней лечения 21 пациент указывал на исчезновение жжения, 19 — покалывания слизистой оболочки полости рта. Статистически значимые различия между группами по критерию Манна–Уитни, $p=0,024$.

Практически все пациенты отмечали наличие неприятного запаха изо рта. После курса лечения в основной группе 16 человек из 29 указывали на

исчезновение данного явления, в контрольной — 10 человек из 31 (статистически значимых различий между группами по критерию Манна–Уитни не выявлено, $p=0,076$).

Эффективность проведенного лечения в основной группе была подтверждена индексной оценкой стоматологического статуса в динамике (таблица 9). После курса терапии, включающего кроме медикаментозного воздействия, профессиональную и контролируруемую индивидуальную гигиену полости рта, улучшились показатели всех стоматологических индексов как в основной группе, так и в контрольной. Однако в основной группе показатели ОНI-S (по критерию χ^2 Пирсона $\chi^2=53,192^a$; $df=7$ при $p=0$), CPITN («1») ($\chi^2=42,582^a$; $df=12$ при $p=0$), GI ($\chi^2=41,544^a$; $df=14$ при $p=0$), РМА ($\chi^2=54,994^a$; $df=24$ при $p=0$) значительно лучше.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Препарат «Фурасол» является достаточно эффективным медикаментозным средством при лечении заболеваний пародонта и/или слизистой оболочки полости рта. При применении лекарственных средств нитрофуранового ряда можно рекомендовать использование именно препарата «Фурасол» в связи с достаточно высокой его клинической эффективностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисенко Л.Г. Распространенность стоматологических заболеваний и наблюдаемые тенденции среди старших возрастных групп населения / Л.Г. Борисенко // Стоматологический журнал — 2008. — № 2. — С. 108–112.
2. Дедова Л.Н. Теоретические основы заболеваний пародонта / Л.Н. Дедова // Организация, профилактика и новые технологии в стоматологии: сб. материалов V съезда стоматологов Беларуси. — Брест, 2004. — С. 204–206.
3. Марченко Е.И. Основные показатели стоматологического здоровья пациентов с заболеваниями пародонта (пародонта) // Е.И. Марченко, И.Г. Чухрай, Н.А. Байтус, С.Р. Крыжевич // Комплексный подход к профилактике, лечению и реабилитации пациентов стоматологического профиля: сб. материалов 10-й Международ. науч.-практ. конф. по стоматологии, Минск, 9–11 нояб. 2011 г. / под ред. Н.А. Юдиной [и др.]; редкол. А.С. Артюшкевич [и др.]. — Минск, 2011. — С. 213–217.
4. Луцкая И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта / И.К. Луцкая. — М.: Мед. лит., 2006. — 288 с., ил.
5. Урбанович В.И. Клиника, диагностика проявления повреждений и отравлений на слизистой оболочке рта. Неотложная помощь (часть I) // В.И. Урбанович, Л.В. Шебеко, Л.В. Белясова // Стоматолог. — 2012. — №4. — С. 46–55.
6. Юдина Н.А. Эпидемиологическое обследование взрослого населения Беларуси (часть 2 — пародонтологический статус) / Н.А. Юдина, О.В. Юрис, А.С. Русак [и др.] // Стоматологический журнал. — 2011. — № 3. — С. 198–201.

Поступила 00.00.2013.