

лаїнової кислоти (гель, крем) в залежності від форми захворювання, локалізації висипань.

У всіх обстежених 60 пацієнтів лабораторно був виявлений Demodex в кількості більше 5 особин в 1 см<sup>2</sup>. Захворювання частіше виявлялося у жінок (68%). Залежно від переважання в клінічній картині морфологічних елементів, у пацієнтів були виділені такі клінічні форми: еритематозно-сквамозна – 10 (16,6%) пацієнтів, розацеаподібна – 14 (23,3%), папулопустулезна – 15 (25%), акнеформна – 9 (15%), комбінована – 12 (20%) пацієнтів.

Застосування антидемодекозних препаратів (місцево і системно) дозволило зменшити свербіж і болючість шкіри вже на 4-5 день, на 12 день – зменшити кількість висипань, а у кожного другого пацієнта суб'єктивні симптоми проходили до 21-28 дня терапії

Клінічними особливостями демодекс-асоційованих дерматозів є папулопустулезні і розацеаподібні висипання, переважання осіб жіночої статі, вік старше 30 років. Клінічні результати застосування місцевих антипаразитарних препаратів в комбінованій терапії дерматозів особи з кліщовою інвазією Demodexfolliculorum показали високу ефективність і хорошу переносимість, що дозволяє рекомендувати їх для місцевого лікування demodex-асоційованих дерматозів

## **ДИСБІОТИЧНІ АСПЕКТИ ПІДТРИМУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З КАНДИДОЗНИМИ СТОМАТИТАМИ**

***Черненко К.О., Ковальський Л.Б., Беда В.В.***

**Науковий керівник: к.мед.н., доц. Ступак О.П.**

*Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів*

*Українська медична стоматологічна академія*

Актуальність дослідження обумовлена тим, що розповсюдженість захворювань, викликаних умовно-патогенною мікрофлорою, в тому числі і дріжджеподібними грибами роду Candida невпинно зростає з кожним роком.

Це зумовлено нераціональним та неконтрольованим використанням в медицині антибіотиків, антисептиків, гормональних препаратів, зниженням імунологічної реактивності організму у хворих, що призводить до посиленого розмноження грибів роду Candida, на тлі стрімкого зниження кількості пробіотичної мікрофлори, розвитку дисбіозу та кандидозу.

До теперішнього часу, незважаючи на широкий вибір медикаментозних препаратів, лікування кандидозних стоматитів у лікарів-стоматологів викликає значні труднощі. Це, на нашу думку, пов'язано з толерантністю грибів роду Candida до традиційних протигрибкових препаратів, зниженням імунологічної реактивності організму, відсутністю ефективних схем лікування та профілактики кандидозних стоматитів у хворих з використанням імунобіологічних (бактеріальних) препаратів, відсутністю схем

підтримуючої терапії для запобігання рецидивів захворювання та закріплення результатів лікування.

У зв'язку з цим метою нашої роботи було дослідження ефективності використання пребіотику "Квертулін" та лікувально-профілактичного зубного еліксиру "Лізомукоїд" в комплексному лікуванні кандидозного стоматиту у хворих.

Матеріали та методи дослідження. Крім загальноприйнятих основних методів дослідження хворих, під час дослідження враховували швидкість секреції нестимульованої ротової рідини, а також визначали ступінь дисбіозу в порожнині рота, яку визначали ферментативним методом згідно порівняння активностей уреазу та лізоциму.

Згідно результатів проведених нами досліджень хотілося б підкреслити, що зникнення лише клінічних ознак захворювання, не є об'єктивним критерієм ефективності проведеного лікування. Як показали наші дослідження, після проведеного лікування доцільно визначати швидкість секреції ротової рідини та обов'язково ступінь дисбіозу порожнини рота. Зокрема після основного курсу лікування ступінь дисбіозу в порожнині рота у хворих в основному не наближається до показників норми. Тобто, під впливом різних провокуючих факторів можливо повторне виникнення (рецидив) кандидозного стоматиту. Особливе значення у даному випадку має призначення лікарем імунобіологічних засобів, які допомагають відновити мікробіоценоз порожнини рота остаточно та попередити повторне виникнення кандидозу слизової оболонки порожнини рота.

## **ВПЛИВ ПОРУШЕНЬ БІЛКОВОСИНТЕЗУЮЧОЇ ФУНКЦІЇ ЕНДОМЕТРІЮ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ХРОНІЧНИМ ЕНДОМЕТРИТОМ В АНАМНЕЗІ**

*Чернова Т.Р., Костенко О.М., Тимчук Н.І., Кордиш С.П., Татар Л.Ф.*

**Науковий керівник: к.мед.н., доц. Тарановська О.О.**

*Кафедра акушерства і гінекології №2*

*Українська медична стоматологічна академія*

Багато дослідників вважають хронічний ендометрит (ХЕ) причиною жіночого непліддя та невиношування вагітності в ранні терміни і пов'язують це не стільки з морфологічними змінами ендометрію, скільки з пригніченням його здатності до синтезу  $\alpha$ -2 мікроглобуліну фертильності (АМГФ). Цей специфічний білок, рівень якого стрімко зростає у II фазі менструального циклу та на початку вагітності, сприяє інвазивним якостям трофобласту і чинить протективний вплив на гестаційний процес.

Мета. Дослідити сироватковий рівень АМГФ у жінок, які мали ХЕ в анамнезі, та з'ясувати його вплив на перебіг їх вагітності в I та II триместрі.

Матеріал і методи дослідження. В 6-8 та 16-18 тижнів гестації проведене визначення сироваткового рівня АМГФ за допомогою тест-системи