

представляется **актуальным** поиск средств профессиональной гигиены с учетом микробных факторов, обуславливающих негигиеническое состояние полости рта.

Целью настоящего исследования явилось изучение состава микрофлоры содержимого зубодесневой борозды для подбора адекватных антимикробных средств, используемых в комплексе с профессиональными и индивидуальными гигиеническими мероприятиями.

Нами были обследованы 154 пациента с хроническим катаральным гингивитом в возрасте от 18 до 22 лет, из них 96 женщин и 58 мужчин.

Бактериологическое исследование микроорганизмов, выделенных из естественной среды их обитания - зубодесневой борозды, осуществляли путем посева на искусственные питательные среды.

При анализе результатов микробиологического исследования мы посчитали возможным выделить 3 группы исследуемых.

У больных I группы в зубодесневых бороздах выявили наличие облигатных микроорганизмов (в большинстве случаев - *str. intermedius*, *st. epidermalis*, *str. epidermalis*, *str. hemolyticus*, бактериоидов, неферментирующих бактерий). Наряду с этими бактериями у больных II группы определялись пародонтопатогены - *Actinomycetum comitans*, *Prevotella intermedia*, *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroidis forsythus*. У пациентов III группы помимо вышеназванных микроорганизмов были выявлены и грибы рода *Candida*.

На основании полученных данных наряду с механическими средствами гигиены в каждой основной группе (по 32 чел.) мы применяли различные антимикробные ополаскиватели. В I группе - «Аква Паргель», во II - «Стоматидин», в III группе антимикробный комплекс II группы был дополнен гелем «Ломексин», который использовали в виде аппликаций в зубодесневую борозду экспозицией 10-15 мин. и курсом 10-15 дней. В каждой из вышеперечисленных групп были выделены группы сопоставления (по 16 чел.). В I группе проводилась только традиционная (механическая) профессиональная гигиена, во II группе дополнительно использовали ополаскиватель I основной группы; в III группе применяли ополаскиватель «Стоматидин».

Повторное микробиологическое исследование после курса гигиенических мероприятий показало, что у больных I основной группы уменьшилось количество случаев обнаружения *str. intermedius* в 5, 8 раза, *str. epidermalis* - в 4, 7 раза, *str. hemolyticus* - в 3, 8 раза; отсутствовали в содержимом зубодесневой борозды неферментирующие бактерии, бактериоиды и другие грамположительные кокки. При этом следует отметить, что в I группе сопоставления снижение частоты выявления перечисленных микроорганизмов практически отсутствовало. Частота выделения индигентных и пародонтальных видов бактерий у пациентов II основной группы резко снижалась к 15 дню лечения у

всех пациентов и к 30 дню у 84, 8% пациентов в зубодесневой борозде они отсутствовали. В то же время, у больных II группы сопоставления отмечалось только снижение высеваемости вышеперечисленных микроорганизмов. При бактериологическом исследовании, проведенном у больных III основной группы на 15-30 сутки после осуществления профессиональных гигиенических мероприятий, выявлено следующее. У 28 из 32 больных (87, 5%) из исследуемого материала исчезали пародонтальные виды микроорганизмов, а у остальных их частота была примерно в 3-4 раза ниже, чем исходная. Причем *Candida albicans* обнаруживались лишь в сроки, не превышающие 15 дней. У больных III группы сопоставления на 15-30 сутки гигиенических и лечебных мероприятий установлено, что частота выделения бактерий из десневой щели также несколько снизилась (менее чем в 2 раза). Однако показатели частоты *Candida albicans* оставались высокими на всех этапах исследования: через 15 дней - 80, 3%; через 30 дней - 76, 6%.

Таким образом, для повышения эффективности гигиенических мероприятий при хроническом генерализованном катаральном гингивите необходимо использовать антимикробные средства гигиены, подбирать которые следует соответственно микроорганизмам, высеваемым из зубодесневой борозды.

Павленко Л. Г. , Бабаніна С. М. , Поліщук Т. В. , Сенчакович Ю. В.

ВИКОРИСТАННЯ ПРОБІОТИКІВ У ПРОТОКОЛІ ЛІКУВАННЯ ГЕРПЕТИЧНИХ СТОМАТИТІВ У ДІТЕЙ
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Гострий герпетичний стоматит, збудником якого є вірус простого герпесу, - одна з найчастіших вірусних хвороб дитячого віку з вираженими змінами на слизовій оболонці ротової порожнини. Формування імунної відповіді при герпетичній інфекції - складний і багатокомпонентний процес. Відомо, що резистентність організму до вірусу герпесу визначається активністю натуральних кілерів, макрофагів, а також здатністю клітин переробляти і представляти вірус-специфічний антиген Т-лімфоцитам.

Мета нашого дослідження - вивчення клінічної ефективності препарату «Біфі-форм дитячий» для корекції мікробіоцинозу порожнини рота в комплексній терапії в дітей, хворих на гострий герпетичний стоматит.

Нами обстежено та проліковано 40 дітей із гострим герпетичним стоматитом (ОГС) віком від 1 року до 8 років. Дослідження проводили на базі Полтавської дитячої міської стоматологічної поліклініки.

Усі хворі діти при первинному зверненні були обстежені, додатково проведено лабораторне обстеження на стан мікрофлори порожнини рота. У всіх дітей був виявлений дисбактеріоз I-II ст., при цьому спостерігалось зниження кількості лактобактерій і

збільшення кількості патогенної мікрофлори – піогенний стрептокок (*Str. Pyogens*), золотистий стафілокок (*St. aureus*), гриби роду *Candida albicans*, *Candida non albicans*.

Усі пацієнти розділені на 2 групи: по 20 дітей з ОГС у кожній групі. Усім дітям проводили загальноприйняте комплексне етіотропне, патогенетичне і симптоматичне загальне і місцеве лікування. Хворим дітям I групи в комплексну терапію був включений препарат "Біфі-форм дитячий": до 3-х років призначали "Біфі-форм дитячий" у вигляді порошку – по 1 порошку 3 рази за день; дітям старше 3-х років – по 1 табл. 3 рази за день. Курс лікування тривав 2 тижні. II група хворих дітей отримували лише традиційну терапію. Контрольну групу склали 20 «практично» здорових дітей.

Після проведеного лікування в I групі хворих дітей нормалізувався мікробіоциноз порожнини рота. Позитивним результатом ми вважали перехід тяжкого ступеня дисбактеріозу в менш тяжкий або повну нормалізацію стану мікрофлори. Кількість лактобактерій нормалізувалася у всіх дітей, які вживали "Біфі-форм дитячий". Число патогенної мікрофлори різко зменшилося, а саме: зменшилася кількість піогенного стрептокока, золотистого стафілокока, грибів роду *Candida albicans*. У II групі хворих дітей ці зміни не спостерігалися.

Застосування препарату "Біфі-форм дитячий" у комплексній терапії дітей, хворих на ОГС, є патогенетично обґрунтованим і ефективним для корекції мікробіоцинозу порожнини рота, місцевого і системного імунного статусу.

Використання "Біфі-форму дитячого" сприятливо вплинуло на перебіг хвороби, що проявилось в скороченні термінів лікування на 60%, значному зменшенні клінічних проявів захворювання, потреби в інтенсивності, доз і термінів застосування етіопатогенетичних засобів. Включення в комплексне лікування дітей з ОГС "Біфі-форму дитячого" привело до нормалізації клітинного і гуморального імунітету за даними показників кількості Т-лімфоцитів, підвищення вмісту Ig A, що є субстратом для утворення секреторного Ig A. Виявлені добра переносимість "Біфі-форму дитячого" і відсутність побічних ефектів.

Отже, розроблена схема лікування і профілактики дозволяє знижувати рівень і частоту проявів гострої герпетичної інфекції I типу в порожнині рота дітей.

Павлюк Т. Д. , Герелюк В. І. , Задорожна І. В. , Чайківський Р. В.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ КАНДИДА-АСОЦІЙОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Івано-Франківський національний медичний університет

Актуальність проблеми. Останніми роками спостерігається почастищення ускладненого пародонтиту, зокрема форм, асоційованих із кандидозом. У зна-

чної частини хворих на генералізований пародонтит (ГП) виявляється високий ступінь обсіювання пародонтальних кишень грибами роду *Candida*, що обумовлює певні особливості діагностики хвороби.

Наукова новизна роботи полягає у визначенні діагностичних критеріїв генералізованого пародонтиту, асоційованого з кандидозом.

Мета: вивчити особливості діагностики кандидозного генералізованого пародонтиту.

Методи та результати дослідження. З метою вивчення особливостей діагностики кандидозного генералізованого пародонтиту (КГП) проведено клініко-лабораторне обстеження 364 хворих на ГПК; 216 хворих на ГП, не обтяжених кандидозом, склали контрольну групу.

Діагноз ГП установлювали за класифікацією М. Ф. Данилевського. Для підтвердження кандидозного ускладнення проводили мікроскопічне дослідження вмісту пародонтальних кишень (ПК). Ступінь обсіювання визначали, використовуючи діагностичні набори фірми "Sanofi Diagnostics Pasteur". Ідентифікацію виділених культур кандид здійснювали за допомогою селективного диференційно-діагностичного середовища *Candiselect* і біохімічних мікротестів *Auxacolor* тієї ж фірми. З метою вивчення сенсibiliзуючого впливу грибів *Candida* на організм людини у разі КГП визначали полісахаридний антиген кандид у сироватці крові методом латекс-аглютинації за допомогою тестового набору «*Pastorex Candida*» ("Sanofi Diagnostics Pasteur"). Про стан місцевого імунітету судили за показниками активності лізоциму (О. В. Бухарін, Н. В. Васильєв) і концентрації імуноглобулінів у змішаній слині (Mancini).

За результатами проведених досліджень КГП виявлено в 62, 76+3, 31% обстежених, розповсюдженість його зростає з віком хворих, максимальне значення виявлено в осіб працездатного віку (41-50 років). КГП на 17, 58% частіше зустрічається в жінок, на 32, 99% частіше виявляється серед сільського населення в порівнянні з міським.

КГП у 47, 20+1, 19% хворих поєднувався з ураженням різних ділянок СОПР, серед яких переважав кандидозний глосит. У разі загостреного перебігу КГП грибкове ураження СОПР виявляється майже вдвічі частіше в порівнянні з хронічним.

Ступінь обсіювання ПК грибами роду *Candida* в разі КГП залежить від характеру перебігу і глибини розвитку патологічного процесу в тканинах пародонта. Середнє значення ступеня обсіювання в разі хронічного перебігу КГП становить 3, 94+0, 11 Ig КУО/мл, загостреного – 5, 07+0, 27 Ig КУО/мл. У міру прогресування захворювання рівень обсіювання грибами зростає від 3, 47+0, 18 Ig КУО/мл при початковому - I ст. до 5, 51+0, 12 Ig КУО/мл при III ст.

За результатами ідентифікації культур кандидміцетів, виділених із ПК хворих на КГП, виявлено переважання *C. albicans* (72, 1+5, 43%), аналіз фер-