

9. Kérdő I. Daten der Blutzirkulation kalkulierter Index zur Beurteilung der vegetativen Tonuslage von I. Kérdő / I. Kérdő // Acta neurovegetativa. – 1966. – Vol. 29, № 2. – P. 250-268.
10. Malykh A.G. Piracetam and piracetam-like drugs: from basic science to novel clinical applications to CNS disorders / A.G. Malykh, M.R. Sadaie // Drugs. – 2010. – Vol. 70, № 3. – P. 287-312.
11. Shorvon S. Pyrrolidone derivatives / S. Shorvon // Lancet. – 2001. – Vol. 358, № 9296. – P. 1885-1892.
12. Trulsson U. Edentulousness and oral rehabilitation: experiences from the patients perspective / U. Trulsson. P. Engstrand, U. Berggren [et al.] // Eur. J. Oral. Sci. – 2002. – Vol. 110, № 6. – P. 417-424.
13. Tsakos G. Clinical correlates of oral health-related quality of life: evidence from a national sample of British older people / G. Tsakos, J. Steele, W. Marcenes [et al.] // Eur. J. Oral. Sci. – 2006. – Vol. 114, № 5. – P. 391-395.
14. Winblad B. Piracetam: a review of pharmacological properties and clinical uses / B. Winblad // CNS Drug Rev. – 2005. – Vol. 11, № 2. – P. 169-182.

## Реферати

### СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТОСОМАТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ, АДАПТИРУЮЩИХСЯ К ПОЛНЫМ СЪЕМНЫМ ЗУБНЫМ ПРОТЕЗАМ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПИРАЦЕТАМА

Луговая Л.А., Важничая Е.М., Десяткина Т.А., Колот Э.Г.

Проведены наблюдения за 35 пациентами пожилого и старческого возраста с полным отсутствием зубов до протезирования и во время адаптации к полному съемным зубным протезам. Показано, что после 30 суток адаптации происходит снижение диастолического артериального давления и уменьшение парасимпатикотонии. Показатели сердечно-сосудистой деятельности и дыхания больных, которые до и во время адаптации к зубным протезам принимали пираретам в дозе 0,6 г в сутки, характеризовались не только снижением диастолического давления, но и уменьшением частоты сердечных сокращений и дыхания, а также постоянством индекса Кердо, что может объясняться большей стабильностью вегетативной регуляции.

**Ключевые слова:** пираретам, вегетативный тонус, адаптация, полные съемные зубные протезы.

Стаття надійшла 5.02.2013 р.

### CONDITION OF AUTONOMIC-SOMATIC PARAMETERS IN PATIENTS WHICH ADAPT TO COMPLETE REMOVABLE DENTURES ON THE BACKGROUND OF PIRACETAM USE

Lugovaya L.A., Vazhnichaya Ye.M., Devyatkina T.A., Kolot E.G.

The observation of 35 edentulous patients of elderly and senile age before and during adaptation to complete removable dentures was fulfilled. It is shown that after 30 days of adaptation, lowering in diastolic blood pressure and a decrease of parasympatheticotony take place. Parameters of cardiovascular function and respiration of patients which use piracetam in a dose of 0.6 g per day before and during adaptation to dentures, were characterized not only by the decrease in diastolic blood pressure, but by diminishing of heart and respiratory rates as well as constant Kerdo's index that could be attributed to more stability of autonomic regulation.

**Key words:** piracetam, autonomic tone, adaptation, complete removable dentures.

УДК: 616.31-097-08

А.В. Марченко, Н.М. Іленко, Е.В. Ніколішина

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

## КОМБІНОВАНА ТЕРАПІЯ КАНДИДОЗУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

В статті узагальнені принципи лікування кандидозу в залежності від різноманітних факторів, пов'язаних з перебігом цього захворювання.

**Ключові слова:** кандидоз, антимікотики, лікування.

Аналіз стоматологічної захворюваності ВООЗ показує чітку тенденцію до росту числа мікотичних уражень протягом останнього десятиріччя. До 1995 року мікозами страждало 20% населення планети, на початку XXI сторіччя цей показник виріс вдвічі та продовжує зростати [1, 6]. Істинна захворюваність кандидозом СОПР в Україні невідома, оскільки він офіційно не реєструється і звертають увагу на проблему лише при його загостренні [3].

**Метою** роботи було вивчення виникнення кандидозу у пацієнтів сприяє тривалий прийом антибіотиків, цитостатиків, кортикостероїдів (іноді безконтрольний), супутні захворювання (ВІЛ, ендокринопатії, патологія ШКТ), підвищений рівень глюкози крові, незадовільний стан гігієни ротової порожнини, наявність гальванозу, пригнічення функціональної активності місцевих захисних (імунологічних) факторів, вік старше 40 років та інше [6].

За даними авторів [4,5,7], терапія грибового стоматиту не завжди ефективна, про що говорять рецидиви захворювання. Відомо, що гриби роду *Candida* часто знаходяться в асоціації з іншими мікроорганізмами і цей факт ускладнює лікування [2]. Серед факторів патогенності грибів виділяють такі властивості, як резистентність до антимікотиків. Також відомо, що полієнові антибіотики збільшують проникність цитоплазматичної мембрани чутливих мікроорганізмів і можуть надавати доступ до клітини іншим лікарським засобам [4]. Існують експериментальні дослідження комбінованої терапії кандидозів з використанням полієнів та азолів.

**Матеріал та методи дослідження.** Під нашим диспансерним наглядом перебуває 64 хворих на хронічний атрофічний кандидоз порожнини рота. При постановці первинного діагнозу та контролі результатів лікування керувалися загальноклінічними даними (типові скарги хворих, анамнез, клінічна картина захворювання), показниками лабораторних досліджень (загальний аналіз крові та кров на цукор, мазок або зішкріб для мікроскопії та культуральної діагностики) та даними консультацій інших лікарів. Лабораторні дослідження крові проводилися на базі ПОСП. Мікроскопія мазків в лабораторії кафедри терапевтичної стоматології УМСА, культуральні дослідження – в лабораторії 3-ї поліклініки м. Полтава.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Результати наших попередніх досліджень [5] показали, що в більшості випадків (79,7%) у хворих гриби роду *Candida* виділені в асоціаціях з іншими мікроорганізмами. Цей факт значно ускладнює лікування і потребує комплексного та диференційованого підходу до терапії захворювання. Тому всім хворим призначалось етіологічне лікування антимікотиками широкого спектру дії, спеціалізованими препаратами в залежності від асоціації з іншими мікроорганізмами, а також гіпосенсибілізуюча, імунокорегуюча терапія, біотерапія, вітамінно-білкова дієта, санація порожнини рота та необхідний гігієнічний

догляд. Спостереження за диспансерною групою показало, що у пацієнтів (63,4%), в яких збудником було виявлено *C. albicans*, через 2-3 роки після проведеного комплексного лікування діагностовано рецидив хвороби. На нашу думку, це обумовлено факторами патогенності дано виду гриба. *Candida albicans* — єдиний серед збудників мікозів вид, що існує у диплоїдному стані. В залежності від умов середовища *C. albicans* переходить від дріжджової форми до пліснявої і навпаки, тобто відбувається поліморфізм.

Здебільшого гриби роду *Candida* чутливі до антимікотиків, але мають високий ступінь пристосування. Враховуючи це, в випадках рецидивів хвороби нами використовувалася принцип комбінованої терапії. А саме, етіологічне лікування проводилось з використанням місцевих та системних антимікотиків. Призначали препарати антигрибкової та імуномодельючої дії від слабкої антисептичної і адаптогенної дії при легкому ступені кандидозу до вираженої фунгіцидної та імуностимулюючої – при важкому ступені.

Місцево використовували полієнові антибіотики (ністатин, леворин, амфотеріцин) які, за даними літератури, збільшують проникність цитоплазматичної мембрани чутливих мікроорганізмів, надають доступ до клітини іншим лікарським засобам та мають найширший спектр протигрибкової активності *in vitro* серед антимікотиків. Їх доцільно використовувати у вигляді суспензій, розчинів, мазей. Рекомендували переважно розжовування таблеток, так як ротові полоскання менш ефективні, в зв'язку з меншим терміном контакту. Схеми призначення узагальнені в таблиці 1.

Таблиця 1

Засоби для місцевого застосування при лікуванні кандидозу СОПР

Лікарські засоби	Схема призначення
<b>Полієнові антимікотики</b>	
Ністатин (водна суспензія 100 000 ЕД/мл, 4% мазь, пігулки)	Полоскання, іригація 10—15 мл протягом 1 хвилини або аплікація мазі або розжовування пігулок 4 рази на день
Леворин (водна суспензія 20 000 ЕД/мл, 5% мазь, пігулки)	Схему призначення дивись вище
Амфотеріцин або амфоглюкамін (водна суспензія 100 000 ЕД/мл, 3% мазь)	Полоскання, іригація 10—15 мл, аплікація мазі на шарі вати протягом 15 хвилин 4 рази на день
Нізорал (мазь або крем)	Аплікація мазі на шарі вати протягом 15 хвилин 2 рази на день
Клотримазол або канестен (1% розчин, мазь)	Аплікація мазі на шарі вати протягом 15 хвилин 4 рази на день
Натаміцин або пімафуцин (2,5% суспензія, 2% крем)	Аплікація на шарі вати протягом 15 хвилин 4 рази на день
<b>Антисептики</b>	
1-2 % р-ни анілінових барвників (бриліантовий зелений, метиленовий синій, фукокорин)	Змачування ділянок ураження
Люголь, 10-20% розчин бури в гліцерині	Змачування ділянок ураження
Настойка йоду (5-10 крапель на 1 стакан води)	Полоскання, іригація протягом 1 хвилини після прийому їжі
2-3% розчин йодиду калію	По 1 ст. ложці всередину 2-3 рази на день після їжі
2% р-н борної кислоти, 2% р-н натрію гідрокарбонату	Полоскання, іригація протягом 1 хвилини після прийому їжі
«Корсодил» (0,2 % р-н хлоргексидину), «Гексорал» (0,1 % р-н гесетидину), «Сангвіритрин» ( 1% р-н)	Полоскання, іригація протягом 1 хвилини після прийому їжі

З урахуванням чутливості грибів всім дослідним хворим призначали полоскання (5—10 мл протягом 1 хвилини 4 рази на день), або аплікації (1 мл 4—6 рази на добу) водної суспензії (розчину) одного з полієнових антимікотиків (ністатину 100 000 ОД/мл, леворину 20 000 ОД/мл, 2,5% пімафуцину, 1% клотримазолу) або пігулки для розжовування (по 250 000 – 500 000 ОД 4 рази на день). Всім хворим пояснювали, що засоби для місцевого лікування повинні залишатися в порожнині рота якнайдовше. З цією ж метою використовували протигрибкові мазі, з переважно 2% вмістом активної речовини, які наносились на шар вати або марлі і розміщувались на ділянках ураження. Паралельно застосовували антисептики з протигрибковою дією до яких відносяться: 1-2 % розчини анілінових барвників, розчин Люголю, 10-20% розчин бури в гліцерині для змачування СОПР. А також полоскання лужними засобами, що змінюють середу порожнини рота та глибоко діють на грибову флору (2% р-н борної кислоти, 2% р-н натрію гідрокарбонату). Місцеві антисептики рекомендували використовувати по чергово.

Для зменшення сухості в порожнині рота та додаткового впливу на грибову флору призначали 2-3 % р-н йодиду калію по 1 ст. ложці всередину 2-3 рази на день після їжі. Таким чином, ми використовували фунгістатичні властивості йоду, що проявляються в період виділення через шкіру, слизову оболонку рота та слизисті залози, а також стимулювали саливацію. З метою системної терапії (яка показана при хронічних формах кандидозу, комбінованих ураженнях та рецидивах хвороби) призначали флуконазол (по 50-100 мг на добу), ітраконазол (по 100-200 мг на добу), воріконазол (по 200-400 мг на добу) протягом 10 днів. Найбільший спектр дії мають воріконазол та ітраконазол. Обидва відрізняються від інших азолів наявністю активності по відношенню до пліснявих грибів. В випадках тяжкого перебігу захворювання хворим рекомендували застосовувати кандидозні вакцини (полівалентну, моновалентну або аутовакцину).

Всім пацієнтам проведена роз'яснювальна робота про взаємозв'язок характеру харчування зі станом імунної системи. Рекомендовано виключити чи звести до мінімуму продукти, які стимулюють ріст грибів. Для гігієнічного догляду за порожниною рота всім пацієнтам призначена зубна паста, що містить триклозан «Colgate Total», рекомендовано використовувати зубні щітки зі шкребокком для язика.

### Підсумок

Комбінована терапія значно оптимізує схему комплексного лікування хворих на кандидоз при хронічних формах захворювання, комбінованих ураженнях та рецидивах хвороби. При призначенні антимікотиків необхідно враховувати чутливість бактеріальної флори та надавати перевагу препаратам, які діють в синергізмі.

**Література**

1. Елинов Н.П. Медицинская микология к XXI веку — в начале третьего тысячелетия / Н.П. Елинов // – 2000. – Т. 2, № 4. – С. 6–12.
2. Іленко Н.М. Особливості клініки і лікування кандидозу СОПР / Н.М. Іленко, Е.В. Ніколишина, М.Є. Приходько// Український стоматологічний альманах. – 2005. - №5. – С.12-13.
3. Заградська О.Л. Диференційований підхід до профілактики загострення хронічного кандидозу слизової оболонки порожнини рота / О.Л. Заградська // – Одеса. – 2011. – 20 с.
4. Левончук Е.А. Кандидозы слизистых оболочек полости рта / Е.А. Левончук // Современная стоматология. – 2006. - №3. – С. 27-32.
5. Сидельникова Л.Ф. Грибковые поражения слизистой оболочки полости рта: Критерии диагностики, современные отечественные и зарубежные средства в комплексном лечении / Л.Ф. Сидельникова, М.Б. Лукашевич // Современная стоматология. – 2001. - №2. – С.46-50.
6. Хмельницький О.К. О кандидозе слизистых оболочек / О.К. Хмельницький // Архив патологии. – 2000. - №6. – С.3-10.
7. Munoz P. Criteria used when initiating antifungal therapy against Candida spp. in the Intensive Care Unit / P. Munoz, A. Burillo, E. Bouza // International journal of Antimicrobial Agents. – 2002. – Vol. 15. – P. 83–90.

**Реферати**

**КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ  
ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

**Марченко А.В., Іленко Н.Н., Ніколишина Э.В.**

В статье обобщены принципы лечения кандидоза в зависимости от различных факторов, связанных с течением этого заболевания.

**Ключевые слова:** кандидоз, антимикотики, лечение.

Стаття надійшла 18.02.2013 р.

**COMBINATION THERAPY OF CANDIDIASIS OF ORAL  
MUCOSA**

**Marchenko A., Ilenko N., Nikolishyna E.**

In the article the general principles treatment of candidiasis, depending on various factors related to the occurrence of the disease.

**Key words:** candidiasis, antimikoticks, treatment.

УДК 615.835.3:616.379-008.64

**О.Б. Матвеев, Г.А. Мороз, Ю.В. Бобрик**

**Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И.  
Георгиевского», г. Симферополь**

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИДРОПЛАНШЕТНОЙ ТЕРАПИИ И  
НАРУЖНОЙ ОЗОНОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

На основании анализа данных клинического исследования 61 больного сахарным диабетом типа 2 с ангиопатиями нижних конечностей до и после лечения установлено, что комплексное использование гидропланшетной терапии и наружной озонотерапии у таких больных приводит к достоверному улучшению показателей углеводного и липидного обмена, сокращению жалоб, составляющих симптомокомплекс сосудистых осложнений при сахарном диабете. Комплекс гидропланшетной терапии и наружной озонотерапии следует рассматривать как перспективный и эффективный метод физической реабилитации и профилактики микроциркуляторных расстройств у больных сахарным диабетом.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, физическая реабилитация.

*Работа является фрагментом научно-исследовательской работы на тему "Использование физиотерапевтических факторов и ЛФК с учетом конституционального и генетического полиморфизма для повышения эффективности адаптации и реабилитации", № госрегистрации 0110U003984.*

Одной из основных задач целевой программы борьбы с сахарным диабетом является совершенствование методов реабилитации больных, страдающих этим заболеванием, в том числе разработка и внедрение новых высокотехнологичных методов лечения и профилактики его осложнений [1]. Прогноз заболевания во многом определяется характером сосудистых осложнений, представляющими собой генерализованное поражение сосудов как мелкого (микроангиопатия), так и среднего и крупного калибра (макроангиопатия) [4]. В последние годы наметилась тенденция к комплексному использованию методов физиотерапевтического и бальнеотерапевтического лечения на поликлиническом и санаторно-курортном этапах [2]. Вместе с тем, эти работы немногочисленны и не предоставляют достаточных научно-обоснованных данных, свидетельствующих об эффективности такого подхода [6].

**Целью** работы было дать научное обоснование эффективности комплексного использования гидропланшетной терапии и наружной озонотерапии в восстановительном лечении больных с ангиопатиями нижних конечностей при сахарном диабете 2-го типа.

**Материал и методы исследования.** Было обследовано 61 больных сахарным диабетом типа 2 (СДТ2) в возрасте от 42 до 65 лет мужского и женского пола, средний возраст которых составил 54,3±2,76 года. Различные осложнения диабета были выявлены у всех обследованных пациентов (100%) при этом макроангиопатии клинически преобладали у 69% больных, микроангиопатии – у 31%. Клиническое исследование включало в себя анализ анамнестических данных и жалоб, а также комплекс лабораторно-биохимических методов: определение уровня гликемии, глюкозурии, гликозилированного гемоглобина; инсулинорезистентности (уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ), индекс НОМА) и состояния липидного обмена (уровень суммарных триглицеридов (ТГ), холестерина). Все указанные исследования проводились до и после курса лечения. Уровень гликозилированного гемоглобина определяли спустя 3 месяца от начала лечения. Количественные показатели обрабатывали с использованием методов вариационной статистики, достоверными считали данные с погрешностью меньше 5% (p<0,05). В соответствии с поставленными задачами больные были разделены на две группы, отличавшиеся по виду терапии. Контрольную группу (28 человек) составили больные, получавшие традиционное лечение. Вторую группу – основную (33 человека) вошли больные, получавшие гидропланшетную терапию и наружную озонотерапию на фоне сахароснижающих препаратов и соответствующей диеты и физических упражнений.

*Методика традиционного лечения* сахарного диабета типа 2 заключалась в том, что всем пациентам,