Реферат

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИЛЕРОВ ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

Попович И.Ю., Гасюк Н.В.

Ключевые слова: силер, эндодонт, лечение, адгезия, шлиф зуба.

Для постоянной обтурации корневых каналов на окончательном этапе лечения осложненного кариеса врачистоматологи используют силеры разных химических групп. Вопрос выбора силера на сегодня есть довольно дискуссионным. Выходя из проведенных нами исследований, можно сделать следующие выводы. В результате сравнивания силеров разных химических групп следует заметить, что согласно выше приведенных критериев максимально приближенным к данным показателям есть силеры на основе эпоксидных смол. Эта группа силеров удобна для внесения, имеет гомогенную консистенцию и обеспечивают максимальную адгезию к поверхности дентина корневого канала, при этом снижая риск возникновения вторичного инфицирования корневого канала.

Summary

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF SEALERS FOR ROOT CANAL OBTURATION.

Popovitch I.Yu., Hasiuk N.V.

Key worlds: sealer, endodontic treatment, adhesion, tooth slice.

For permanent obturation of root canals at the final stage of treatment of complicated caries dentists use sealers of various chemical groups. The choice of proper sealer seems still to be discussable. Our own studies allow to draw the following conclusion. Having compared sealers of various chemical groups it should be noted that according to the abovementioned criteria the most appropriate are epoxide resin-based sealers. This type of sealers is easy-to-use, homogenous, and provides the maximal adhesion to the dentin of root canal, preventing the risk of root canal secondary infection.

УДК [616,31: 616.934] – 071 – 08

Ступак О.П., Ніколішин А.К.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ БАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ РІЗНИХ ГРУП В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ КАНДИДОЗУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 1

Вищий державний навчальний заклад України “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

За допомогою клінічних, мікробіологічних та біохімічних методів дослідження вивчені клінічні та патогенетичні особливості кандидозу слизової оболонки порожнин рота у хворих на цукровий діабет типу 1, досліджений ступінь дисбіозу порожнин рота ферментативним методом. На підставі проведених клініко-лабораторних досліджень показано, що запропонований лікувально-профілактичний комплекс у хворих з кандидозним стоматитом на фоні цукрового діабету типу 1 через 12 днів покращує клінічний стан в порожнині рота, а через 6 місяців поновлює мікробіоценоз порожнин рота.

Ключові слова: цукровий діабет, кандидоз слизової оболонки порожнин рота, ротова рідина, синбіотики.

Стаття є фрагментом комплексної науково-дослідної теми кафедри терапевтичної стоматології Вищого державного навчального закладу України “Українська медична стоматологічна академія”: “Патогенетичні підходи до методів лікування основних стоматологічних захворювань на основі вивчення механізмів пошкодження твердих тканин зубів, тканин ендодонту, пародонту та слизової оболонки порожнин рота” (№ Державної реєстрації 0104U004411).

Кандидоз слизової оболонки порожнин рота (СОПР) – це захворювання, яке викликають дріжджеподібні гриби роду Candida, що відносяться до умовно-патогенної мікрофлори порожнини рота і, за даними різних авторів, в неактивній формі в невеликій кількості присутні у 50% населення. Патогенність грибів роду Candida може проявлятися лише при наявності сприятливих умов для їх росту, а саме: зниженні імунного захисту макроорганізму, розвитку у хворих загальної соматичної патології, наприклад, цукрового діабету (ЦД), неконтрольованому використанні в медицині антибіотиків, імунодепресантів, гормональних препаратів, які призводять до пригнічення сапрофітної мікрофлори та розвитку дисбактеріозу (дисбіозу) [2, 8, 18].

На сьогоднішній день лікування кандидозних стоматитів у хворих, як правило, викликає у практичних лікарів-стоматологів значні труднощі. Це пов’язано зі схильністю даної стоматологічної патології до виникнення частих рецидивів внаслідок неефективної корекції дисбактеріозу (дисбіозу) порожнини рота та шлунково-кишкового тракту, толерантністю мікозів у даного контингенту хворих до традиційної протигрибкової терапії, відсутністю ефективних схем лікування кандидозних стоматитів у хворих в реабілітаційний період [15].

Особливе місце серед провокуючих факторів, які призводять до виникнення кандидозних стоматитів у хворих займає ЦД. Метаболічні та імунологічні порушення, властиві цьому захворюванню, спричиняють зниження фагоцитозу грибів, а збільшення вмісту глюкози (гіперглікемія) в тканинах та секретах створює сприятливий фон для їх активного росту [13, 14].

В сучасній стоматології в комплексному лікуванні мікотичних уражень слизової оболонки порожнин рота (СОПР) з успіхом використовують бактеріальні препарати різних груп, проте, практично не вивченими ли

шаються питання корекції мікробіоценозу порожнин рота у хворих з кандидозом СОПР на фоні ЦД [4].

В зв'язку з цим, метою нашого дослідження було підвищення ефективності лікування та профілактики кандидозу СОПР у хворих на ЦД типу 1 шляхом розробки патогенетично обґрунтованого способу терапії з використанням комплексу медикаментозних засобів.

Матеріали та методи дослідження

Для вирішення поставлених завдань нами були проведені клінічні, мікробіологічні та біохімічні дослідження.

У клінічних дослідженнях взяли участь 101 хворий на ЦД типу 1 віком від 18 до 40 років, що знаходились на диспансерному обліку та стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні 2-ї міської клінічної лікарні м. Полтави, та 37 практично здорових людей аналогічного віку, які склали контрольну групу.

Бактеріологічні дослідження використовували для виділення та кількісного підрахунку грибів роду Candida з використанням щільного поживного середовища Сабуро. Режим культивування проводили протягом 48 годин при температурі 280С [1]. Визначення чутливості грибів роду Candida проводили за методом дисків [5].

Культуральні дані оцінювали згідно кількості колоніє утворюючих одиниць (КУО) грибів роду Candida у хворих на 1 стерильний тампон а саме: негативний результат вважали з висівом до 100 КУО, від 100 до 1000 КУО – кандидоносійство або латентний кандидоз, більше 1000 КУО – кандидоз або істинний кандидоз [1].

Забір ротової рідини у хворих проводили вранці, натщесерце, до ін'єкції інсуліну для проведення подальших біохімічних досліджень [10]. Біохімічні дослідження ротової рідини включали визначення активності лізоциму [7], уреази [3] та ступеня дисбіозу (СД) порожнин рота ферментативним методом [9].

Останнім часом дисбактеріоз або дисбіоз розглядають як клініко-лабораторний синдром, який провокує та ускладнює цілий ряд захворювань, в тому числі і стоматологічних, в результаті чого порушуються функції екосистеми макроорганізму, зменшується кількість пробіотичної та збільшується кількість умовно-патогенної мікрофлори [8, 17].

Незважаючи на великий вибір методів діагностики дисбактеріозів порожнини рота, всі вони в тій або іншій мірі викликають труднощі. Так, наприклад мікробіологічні (культуральні) методи, які передбачають вирощування бактерій на поживних середовищах (рідких або щільних) з наступним підрахунком колоній, дуже громіздкі і не завжди точні, молекулярнобіологічні, засновані на полімеразній ланцюговій реакції (ПЛР), не дозволяють кількісно визначити рівень мікроорганізмів, імунологічні, засновані на імуноферментних тестах, дуже дорогі і не дозволяють ідентифікувати широке коло бактерій.

Сьогодні альтернативу цим методам може скласти ферментативний метод визначення дисбіозу порожнини рота, запропонований А.П. Левицьким. Його методика заснована на визначенні співвідношення відносної активності уреази та лізоциму ротової рідини. В нормі у здорових осіб цей коефіцієнт СД повинен дорівнювати 1,0. При порушенні мікробіоценозу порожнини рота у хворих цей показник зростає паралельно збільшенню СД. А саме: показник від 1,5 до 3,0 відповідає субклінічній компенсованій формі дисбіозу порожнини рота, від 3,0 до 8,0 – клінічній субкомпенсованій формі та від 8,0 до 20,0 – клінічній декомпенсованій формі СД порожнини рота.

Залежно від складу лікувально-профілактичного комплексу хворі з кандидозом СОПР на тлі ЦД типу 1 були розподілені на дві групи: 25 хворих основної групи отримували лікування кандидозного стоматиту за запропонованою нами схемою, на яку одержано патент на корисну модель [11], 23 хворим групи порівняння проводили лікування за загальноприйнятою методикою [16].

Лікування хворих основної групи з кандидозним стоматитом на тлі ЦД типу 1 проводилось за наступною схемою: внутрішньо призначали "Флюконазол" по 1 капсулі в дозі 100 мг 1 раз на добу впродовж 7-14 днів; "Кларитин" по 1 таблетці 1 раз на добу протягом 10 днів; "Іммунал" по 20 крапель 3 рази на добу впродовж 14 днів; синбіотик "Бактулін" по 3 таблетки на добу протягом 20 днів, утримуючи в порожнині рота до повного розсмоктування; вітаміно-мінеральний комплекс "Алфавіт-Діабет" по 1 таблетці 3 рази на добу впродовж місяця. Місцеве лікування включало в себе аплікації "Мірамістинової мазі" 1-3 рази на добу протягом тижня та полоскання порожнини рота після прийому їжі 4-5 разів на добу розведеним в 5 разів лікувально-профілактичним зубним еліксиром "Лізомукоїдом", який містить лізоцим, цетавлон та овомукоїд [11]. Для корекції дисбіозу у наших хворих ми вибрали синбіотик "Бактулін" виробництва НПО "Одеська біотехнологія", у яких оптимально підібрані концентрації важливих для організму культур пробіотичних мікроорганізмів (біфідумбактерії, лактобацили, стрептококи) та субстрат для їх росту (інулін).

Лікування хворих групи порівняння проводили традиційно: внутрішньо призначали "Ністатин" по 500 тис. ОД через 6-8 год. впродовж 7-14 днів; "Лактобактерин" по 1 таблетці 3 рази на добу протягом 20 днів; полівітамінний препарат „Дуовіт" по 2 таблетки на добу впродовж місяця. Місцево призначали „Лісобакт" по 2 таблетки 4 рази на добу протягом тижня, утримуючи в порожнині рота до повного розсмоктування, та полоскання порожнини рота розчином хлоргексидину біглюконату [16].

З метою профілактики рецидивів захворювання та закріплення результатів лікування через 2 та 5 місяців хворим основної групи повторювали курси прийому "Бактуліну" та "Лізомукоїду" [12], а хворим групи порівняння призначали традиційні імунобіологічні препарати "Лактобактерін" та "Лісобакт" [16].

Ефективність запропонованого нами лікувальнопрофілактичного комплексу у хворих з кандидозом СОПР на фоні ЦД типу 1 оцінювали через 2 тижні за клінічним станом СОПР та ступенем обсіменіння СОПР грибами роду Candida, через 1 и 3 місяці згідно даних клінічних та біохімічних показників, через 6 місяців – згідно результатів повного комплексу клініколабораторних досліджень.

Результати та їх обговорення

Як показали результати наших досліджень, кандидозний стоматит діагностовано у 48 (47,5±3,7%) хво-

рих на ЦД типу 1. Після ретельного обстеження гострий перебіг кандидозу СОПР зустрічався у 14 (29,1±12,1%) хворих, хронічний – у 34 (70,9±7,7%). При гострому перебігу кандидозного стоматиту у хворих частіше спостерігалась атрофічна форма (18,7±12,1%), при хронічному – гіперпластична форма (41,6±10,1%). Найбільш часто у хворих на ЦД типу 1 кандидоз СОПР зустрічався у вигляді глоситу (64,5±8,5%) та стоматиту (12,5±12,2%), рідше у вигляді палатиніту (6,3±13,1%) та хейліту (2,1±12,9%).

У посівах патологічного матеріалу кількість КУО грибів роду Candida до лікування коливалась в межах 2169,2±143,7 КУО на 1 тампон, а у здорових осіб без фонової патології ці показники не перевищували 40,2±6,6 КУО на 1 тампон (p<0,001) (табл. 1).

Таблиця 1
Ступінь обсіменіння ротової порожнини грибами роду Candida у хворих з кандидозним стоматитом на тлі ЦД типу 1 та практично здорових осіб

Група пацієнтів	КУО
Контрольна група (n=12)	40,2±6,6
Дослідна група (n=48)	2169,2±143,7 p<0,001

Примітки: 1. p – вірогідність відмінностей до показників осіб контрольної групи; 2. n – кількість спостережень.

Визначення чутливості грибів роду Candida до антимікотиків показало що найбільш активними препаратами з вираженою антифунгіцидною дією були: “Флюконазол” – 94,1±5,8% та “Мірамістинова мазь” – 82,3±10,2%, менш активними “Орунгал – 76,4±11,7%”, “Клотримазол” – 70,5±13,1% та “Хлоргексидину біглюконат” – 64,7±14,4%; практично неефективними або слабо ефективним є полієновий антибіотик – “Ністатин” – 29,4±20,3% (рис. 1).

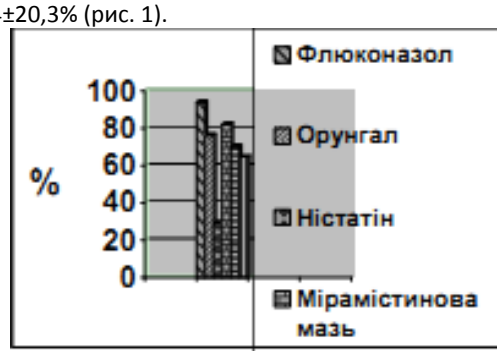

Рис. 1. Чутливість грибів роду Candida до протигрибкових препаратів.

Суть зміни чутливості патогенних грибів роду Candida до полієнових антибіотиків в більшості випадків лишається невизначеною, але можна припустити, що відсутність протигрибкового ефекту обумовлена зв’язуванням полієнів з білками, незначною розчинністю цих медикаментозних протигрибкових препаратів та так званим “звиканням” грибів роду Candida до традиційних полієнових антибіотиків.

Результати проведених досліджень показали, що активність лізоциму в ротовій рідині у хворих на кандидозний стоматит на тлі ЦД типу 1 до лікування знижувалась у 2,6 рази (23±3 од./л проти 61±6 од./л в контрольній групі; p<0,001).

Причому, ослаблення стану неспецифічного захисту порожнини рота у хворих з кандидозом СОПР на тлі ЦД типу 1 корелювала зі збільшенням активності уреази – ферменту, що відображає рівень загального мікробного обсіменіння порожнини рота. Так, активність уреази в ротовій рідині у хворих на кандидозний стоматит та ЦД типу 1 до лікування збільшилась в 2,5 рази (7,23±0,4 мкмоль/хв.·л проти 2,83±0,1 мкмоль/хв.·л в контрольній групі; p<0,001).

Враховуючи виникаючі в організмі у хворих на ЦД метаболічні та імунологічні порушення, ми дослідили у них рівень СД в порожнині рота ферментативним методом, що заснований на розрахунку співвідношення відносних показників активності уреази та лізоциму. Так, згідно наших досліджень, у хворих з кандидозним стоматитом на тлі ЦД типу 1 до лікування СД порожнини був у 6 разів вищий, ніж у практично здорових осіб без фонової патології (6,71±0,8 проти 1,0 в контрольній групі; p<0,001), що відноситься до клінічної субкомпенсованної форми дисбіозу.

Безпосередній, позитивний результат лікування у хворих основної групи отриманий у 92±2,9% випадків, а у хворих груп порівняння – у 69,6±11,4% випадків. Крім того, комплексне лікування за запропонованою нами схемою дозволило скоротити терміни лікування у хворих в 1,27 разів. Так, якщо в основній групі хворих лікування здійснювалось протягом 12,56±0,2 днів, то в групі порівняння – 15,95±0,2 днів. Комплексне лікування позитивно впливало на клінічний стан хворих. Так, у хворих зникали неприємні суб’єктивні відчуття сухості, печії в порожнині рота. Під час об’єктивного огляду хворих в порожнині рота зменшувалась гіперемія, наліт, нормалізувався загальний стан організму.

Бактеріологічне дослідження порожнини рота у хворих обох груп через 2 тижні після лікування свідчило про суттєве зменшення ступеня обсіменіння порожнини рота грибами роду Candida. Проте, кількість КУО грибів роду Candida на 1 стерильний тампон у хворих залишалась вищою 100 КУО, що могло, на нашу думку, в майбутньому викликати рецидив кандидозного стоматиту. Через 6 місяців у хворих основної групи кількість КУО грибів роду Candida на 1 тампон в порожнині рота зменшилась до 74,1±3,6 КУО проти 2140,8±133,9 КУО до лікування (p1<0,001), а у хворих групи порівняння – до 206,1±14,9 КУО проти 2196,6±156,9 КУО до лікування (p1<0,001), тобто була вищою, ніж у хворих основної групи і перевищувала 100 КУО.

Динаміка змін біохімічних показників ротової рідини основної групи та групи порівняння наведені в таблиці 2. Активність уреази в ротовій рідині після лікування через 1 місяць у хворих основної групи знизилась у 1,5 рази, а у хворих групи порівняння мала лише позитивну тенденцію до зниження.

Через 3 та 6 місяців у хворих основної групи після протирецидивного профілактичного призначення “Бактуліну” та “Лізомукоїду” активність уреази в ротовій рідині знизилась і наблизилась до рівня активності уреази в ротовій рідині практично здорових осіб, а у хворих групи порівняння активність уреази через 3 та 6 місяців була вищою, ніж у хворих основної групи.

Паралельно зі зменшенням активності уреази в обох групах у хворих з кандидозним стоматитом на тлі ЦД типу 1 після застосування лікувальнопрофілактичного комплексу через 1 та 3 місяці

відмічалось збільшення активності лізоциму в ротовій рідині. Через 6 місяців після лікування у хворих основної групи активність лізоциму в ротовій рідині збільшилася в 3 рази і наблизилася до відповідних показників практично здорових осіб без фонової патології (61±6 од./л).

аблиця 2

Вплив лікувально-профілактичного комплексу на активність уреази та лізоциму в ротовій рідині хворих з кандидозним стоматитом на тлі ЦД типу 1

Група пацієнтів	Кількість пацієнтів	Активність уреази		Активність лізоциму	
		мкмоль/ хв.·л	відносна актив-ність	од./л	відносна актив-ність
Контрольна група	22	2,83±0,15	1	61±6	1
Кандидозний стоматит, група порівняння					
До лікування	13	7,25±0,82 p<0,001	2,56±0,24 p<0,001	23±3 p<0,001	0,38±0,03 p<0,001
Через 1 місяць	13	6,90±0,27 p<0,001 p1>0,05	2,44±0,20 p<0,001 p1>0,05	31±5 p<0,001 p1>0,05	0,51±0,04 p<0,001 p1<0,05
Через 3 місяці	11	6,00±0,30 p<0,001 p1>0,05	2,12±0,21 p<0,001 p1>0,1	35±5 p<0,001 p1>0,05	0,57±0,05 p<0,001 p1<0,05
Через 6 місяців	10	5,32±0,12 p<0,001 p1<0,05	1,88±0,15 p<0,001 p1<0,05	51±6 p>0,1 p1<0,05	0,84±0,06 p>0,05 p1<0,001
Кандидозний стоматит, основна група					
До лікування	12	7,21±0,84 p<0,001	2,55±0,25 p<0,001	24±3 p<0,001	0,39±0,03 p<0,001
Через 1 місяць	12	4,87±0,06 p<0,001 p1<0,05 p2<0,01	1,72±0,15 p<0,01 p1<0,05 p2<0,01	32±6 p<0,05 p1>0,05 p2>0,05	0,52±0,04 p<0,001 p1>0,05 p2>0,05
Через 3 місяці	10	4,69±0,04 p<0,001 p1<0,05 p2<0,01	1,66±0,11 p<0,01 1<0,01 p2<0,05	36±5 p<0,05 p1>0,05 p2>0,05	0,59±0,04 p<0,001 p1<0,05 p2>0,05
Через 6 місяців	10	3,15±0,04 p>0,05 p1<0,001 p2<0,01	1,11±0,09 p>0,1 p1<0,001 p2<0,01	65±4 p>0,3 p1<0,001 p2<0,05	1,04±0,08 p>0,5 p1<0,001 p2<0,05

Примітки: 1. p – вірогідність відмінностей до показників осіб контрольної групи;
2. p1 – вірогідність відмінностей до показників до лікування;
3. p2 – вірогідність відмінностей до показників осіб групи порівняння.

Відновлення нормального мікробіоценозу порожнини рота є обов'язковою умовою позитивного результату лікування кандидозного стоматиту. Використання у хворих основної групи запропонованого нами способу лікування кандидозу СОПР у хворих на тлі ЦД типу 1 дозволило через 1 місяць знизити рівень СД порожнини рота в 2, а у хворих групи порівняння – лише в 1,5 (рис. 2).

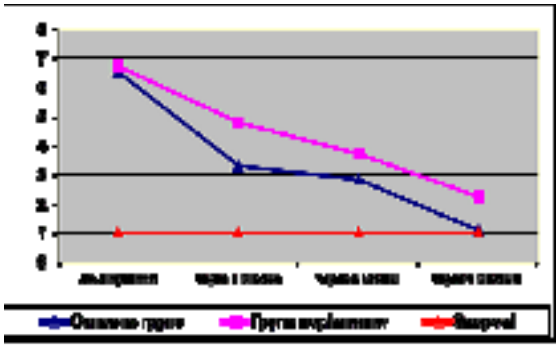

Рис 2. Динаміка змін ступеня дисбіозу порожнини рота у хворих на кандидозний стоматит на тлі ЦД типу 1 в основній групі та групі порівняння.

Через 3 місяці після додаткового антирецидивного призначення "Бактуліну" та "Лізомукоїду" рівень СД порожнини рота знизився до 2,81±0,31 проти 6,53±0,62 до лікування (p1<0,01), що відноситься до субклінічної компенсованої форми дисбіозу порожнини рота, а у хворих групи порівняння – до 3,71±0,38 проти 6,73±0,65 до лікування (p1<0,01), що відноситься до клінічної субкомпенсованої форми дисбіозу порожнини рота.

Остаточно мікробіоценоз порожнини рота у хворих основної групи нормалізувався лише через 6 місяців. Зокрема, рівень СД у хворих на кандидоз СОПР на тлі ЦД типу 1 знизився в 6 разів (1,08±0,10 проти 6,53±0,62 до лікування; p1<0,01) і повернувся до рівня СД порожнини рота здорових осіб (1,0).

Через 6 місяців у хворих групи порівняння рівень СД порожнини рота знизився у 3 рази (2,23±0,20 проти 6,73±0,65 до лікування; p<0,01) і залишався збільшеним майже в 2 рази у порівнянні з рівнем СД порожнини рота здорових осіб.

Тобто після лікування кандидозу СОПР у хворих необхідно досягти не лише зникнення клінічних ознак грибкового стоматиту, але й нормалізувати мікробіоценоз порожнини рота.

Висновки

1. З метою покращення якості діагностики кандидозу слизової оболонки порожнин рота у хворих на цукровий діабет типу 1 рекомендується включати в комплекс методів обстеження визначення ступеня дисбіозу порожнини рота ферментативним методом шляхом визначення співвідношення відносних показників активності уреази та лізоциму в ротовій рідині.

2. Ступінь дисбіозу порожнин рота у хворих на кандидозний стоматит на тлі цукрового діабету типу 1 збільшується в 6 разів завдяки збільшенню активності уреази в 2,5 рази та зменшення активності лізоциму в 2,6 рази в ротовій рідині.

3. Розроблений лікувально-профілактичний комплекс для хворих на кандидозний стоматит на тлі цукрового діабету типу 1 включає: “Флюконазол”, “Кларитин”, “Іммунал”, “Бактулін”, “Алфавіт Діабет”, “Мірамістинова мазь”, “Лізомукоїд”.

4. На основі проведених клініко-лабораторних досліджень доведено, що запропонований лікувально-профілактичний комплекс для хворих на кандидоз слизової оболонки порожнин рота на тлі цукрового діабету типу 1 через 12,56±0,2 днів покращує клінічний стан в порожнині рота, а через 6 місяців відновлює мікробіоценоз порожнин рота.

5. Для профілактики рецидивів захворювання та закріплення результатів лікування в реабілітаційний період у хворих на кандидозний стоматит на тлі цукрового діабету типу 1 рекомендовано через 2 и 5 місяців повторювати курси прийому імунобіологічних засобів “Бактуліну” та “Лізомукоїду”.

Література

1. Биргер М.О. Справочник по микробиологии и вирусологическим методам исследования / Биргер М.О. – М. : Медицина, 1998. – 736 с.
2. Борисенко А.В. Профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта / А.В. Борисенко, А.В. Видерская // Стоматолог. – 2000. – № 3. –С. 57-60.
3. Гаврилова Л.М. Уреазная активность ротовой жидкости у больных с острой одонтотропной инфекцией челюстнолицевой области / Л.М. Гаврилова, И.М. Сегень // Стоматология. – 1996. – Спец. выпуск. – С.49-50.
4. Грудянов А.И. Применение пробиотиков в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, Н.А. Дмитриева, Е.В. Фоменко. − М. : Медицинское информационное агентство, 2006. − 111 с.
5. Кривошеин Ю.С. Руководство к практическим занятиям по медицинской микробиологии и лабораторной диагностике инфекционных болезней / Ю.С. Кривошеин. – К. : Вища школа, 1986. – С.251-259.
6. Кулыгина В.Н. Показатели иммунного статуса больных хроническим кандидозом слизистой оболочки полости рта / В.Н. Кулыгина, Л.А. Дымнич // Современная стоматология. – 2004. – № 4. – С. 64-67.
7. Левицкий А.П. Лизоцим вместо антибиотиков / Левицкий А.П. – Одесса, 2005. – 53 с.
8. Левицкий А.П. Пребиотики и проблема дисбактериоза / А.П. Левицкий, Ю.Л. Волянский, К.В. Скидан. – Харьков, 2008. – 100 с.
9. Левицкий А.П. Ферментативный метод определения дисбиоза полости рта для скрининга про- и пребиотиков / А.П. Левицкий, О.А. Макаренко, И.А. Селиванская. – К., 2007. – 26 с.
10. Леонтьев В.К. Биохимические методы исследования в клинической и экспериментальной стоматологии / В.К. Леонтьев, Ю.А. Петрович. – Омск, 1976. – 93 с.
11. Патент на корисну модель № 35558 Україна МПК (2006) А61С 5/02. Спосіб лікування кандидозу слизової оболонки порожнини рота у хворих на цукровий діабет / Ступак О.П., Ніколішин А.К., Левицький А.П.; заявник та патентовласник Вищий державний навчальний заклад України „Українська медична стоматологічна академія та Інститут стоматології АМН України – № u 2008 05081; заявл. 21.04.2008; опубл. 25.09.2008, Бюл. №18.
12. Патент на корисну модель № 37472 Україна МПК (2006) А61К 31/00. Спосіб профілактики кандидозу слизової оболонки порожнини рота у хворих на цукровий діабет / Ступак О.П., Ніколішин А.К., Левицький А.П.; заявник та патентовласник Вищий державний навчальний заклад України „Українська медична стоматологічна академія та Інститут стоматології АМН України – № u 2008 08890; заявл. 07.07.2008; опубл. 25.11.2008, Бюл. №22.
13. Рабинович И.М. Изучение микробиоценоза при хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта / И.М. Рабинович, В.В. Хазанова, Н.А. Дмитриева // Стоматология. − 1996. − №2. − С. 26-27
14. Рединова Т.Л. Частота кандидоза слизистой оболочки полости рта и эффективность его лечения у больных сахарным диабетом / Т.Л. Рединова, О.А. Злобина // Стоматология. – 2001. – №3. – С. 20-22.
15. Скиба В.Я. Комплексное лечение кандидозного стоматита с включением зубного эликсира „Биодент-3” / В.Я. Скиба, В.Н. Почтарь, Л.Н. Россаханова // Вісник стоматології. – 2006. – №1. – С.56-58.
16. Терапевтическая стоматология: учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. редакцией Е.В. Боровского – М. : Медицинское информационное агентство, 2004. – 840 с.
17. Циммерман Я.С. Дисбиоз (дисбактериоз) кишечника и\или „синдром избыточного бактериального роста” / Я.С. Циммерман // Клиническая медицина. − 2005. − №4. − С. 14-22.
18. Willis A. M. Factors affecting the adhesion of Candida albicans to epithelial of insulin diabetes mellitus patients / A.M. Willis, W.A. Coulter, J.R. Hayes // J. of Medical microbiology. – 2000. – V. 49, №3. – P. 291-293.

Реферат

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ РАЗНЫХ ГРУПП В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ КАНИДИЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 1

Ступак Е.П., Николишин А.К.

Ключевые слова: сахарный диабет, кандидоз слизистой оболочки полости рта, ротовая жидкость, синбиотики.

С помощью клинических, микробиологических и биохимических методов обследования изучены клинические и патогенетические особенности кандидоза слизистой оболочки полости рта у больных с сахарным диабетом типа 1, исследована степень дисбиоза полости рта ферментативным методом. На основании проведенных клиниколабораторных исследований показано, что предложенный лечебно-профилактический комплекс у больных с кандидозным стоматитом на фоне сахарного диабета тип 1 через 12 дней улучшает клиническое состояние в полости рта, а через 6 месяцев восстанавливает микробиоценоз полости рта.

Summary

EFFECTIVENESS OF BACTERIAL MEDICINES OF DIFFERENT GROUPS USED FOR COMPLEX TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF ORAL CANDIDOSIS IN PATIENS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 1

Stupak O.P., Nikolishin A.K.

Key words: diabetes mellitus, oral candidosis, oral fluid, synbiotics.

By the clinical, microbiological and biochemical methods clinical and pathogenic features of candidosis of oral mucosa in patients with diabetes mellitus of type I we studied oral dysbiosis. Some enzyme methods were applied as well. On the base of performed clinical and laboratory investigations it has been proven that suggested prophylactic complex for patients with oral candidosis with diabetes mellitus of type I improves clinical stage of oral cavity in 12 days and in 6 months renews oral microbiocenosis.

УДК [616.716.1/.4+617.52]-056.7-071

Фетісова Г.Л.

ОСБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ТА ПРАКТИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СПАДКОВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Розроблена карта стоматологічного обстеження пацієнтів із спадковою патологією з урахуванням генетично обумовлених особливостей формування щелепно-лицевої ділянки. Пацієнти цієї групи потребують особливої уваги на етапах діагностики та лікування. Тому алгоритм обстеження повинен бути доповненим даними медичного обстеження близьких родичів, анамнезу життя, загальносоматичного статусу, естетичного аналізу обличчя, додаткових методів дослідження.

Ключові слова: клінічне обстеження, параклінічні дослідження, естетичний аналіз обличчя, зубощелепні аномалії, спадковість.

Відповідність встановленого діагнозу та обраного плану лікування у першу чергу залежить від якісного та уважного клінічного обстеження пацієнта із зубощелепними аномаліями. Не менш вагомий сенс, доповнюючий та корегуючий, мають параклінічні методи дослідження, особливо коли мова йде про пацієнтів із патологією щелепно-лицевої ділянки, яка обтяжена спадковим анамнезом [1, 2, 3, 4]. Сучасна наукова література не дає вичерпної відповіді на питання щодо систематизації обстеження пацієнтів із генетичною патологією щелепно-лицевої ділянки. Тому, метою нашого дослідження стало розробка карти стоматологічного обстеження пацієнтів із спадковою патологією з урахуванням генетично обумовлених особливостей формування щелепно-лицевої ділянки.

Матеріали та методи

Проведений аналіз карт клінічного обстеження 26 стоматологічних пацієнтів, а також літературних джерел щодо обстеження пацієнтів із спадковою патологією.

Результати

Нами визначені найбільш вагомі компоненти клінічного та параклінічного обстеження пацієнтів із спадковими ЗЩА. Так, при проведенні статичного обстеження таких пацієнтів необхідно до карти обстеження стоматологічного хворого внести визначення:

– даних медичного обстеження близьких родичів;
– особливостей анамнезу життя;
– загальносоматичного статусу;
– стоматологічного статусу;
– естетики голови та обличчя;
– результатів додаткових методів дослідження .

При з'ясуванні анамнезу до типових питань необхідно додати деякі спеціальні:

– наявність вроджених вад розвитку у дитини, яка обстежується, та її кровних родичів (матері, батька, сестер, братів, бабусь та дідусів); – професійні шкідливості та шкідливі звички батьків;
– відхилення протікання вагітності;
– місце проживання родини.

При загальносоматичному обстеженні слід обов'язково враховувати:

– оцінку конституціональних особливостей тіла дитини, яка обстежується, та її родичів (ріст, вагу, пропорційність тіла, порушення постави);
– стан органів ектодермального походження (шкіри, волосся, нігтів);
– форму черепу;
– розміри черепу.

Естетичний аналіз голови та обличчя повинен проводитись повною мірою тому, що спадкові та вроджені стани найчастіше проявляються лицевими ознаками. Він повинен включати оцінку макро-, міні- та мікроестетичних ознак.

Макроестетичний аналіз обличчя включає визначення:

– розмірів обличчя за Izard;
– форми обличчя за Schwarz;
– пропорційності обличчя;
– типу профілю;
– співпадіння середніх ліній зубних дуг з естетичним центром обличчя;
– особливості розвитку, форми та розташування окремих частин обличчя: вух, очей, носа, губ.

Мініестетичний аналіз включає визначення наступних параметрів:

– висота верхньої губи (filtrum);
– висота комісур;
– ступінь оголення коронки центральних різців верхньої щелепи під час посмішки;
– дуга посмішки;
– коефіцієнт та симетрія посмішки;