

УДК 616.314.17-008.1+616.314-008.8:577.11/12

Е. Н. Казинина, д. мед. н., И. Г. Романенко, д. мед. н.

Крымский государственный медицинский университет

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ФИТО-ФИЗИОТЕРАПИИ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА**

Увлечение фармакотерапией во второй половине прошлого века привело к повышению аллергии населения и появлению различных осложнений. Из немедикаментозных, эффективных, не обладающих побочными явлениями и комфортных для пациентов методов лечения пародонтита нами предложена комбинация фитоадаптогена бальзама «Здоровье» с действием полупроводникового импульсного низкоинтенсивного лазерного света в постоянном магнитном поле.

Больные хроническим генерализованным пародонтитом I-II степени тяжести были разделены на группы, с целью изучения уровня влияния каждого из компонентов лечения - фитобальзам, лазер с магнитным усилением и их комбинации на ткани пародонта.

Наиболее позитивная динамика изменения показателей состояния пародонта наблюдалась у пациентов в группе, где применялось сочетание фито-физиотерапии. При этом имело место значительное улучшение клинического состояния тканей пародонта уже на 2-е сутки после закрытого бюретажа (4-е посещение). Уровень исследуемых индексов в этой группе после курса лечения максимально приближался к соответствующим показателям у людей с интактным пародонтом («здоровые»).

Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что применение в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом 1-2 ст.тяжести сочетания бальзама «Здоровье» и магнитно-лазерной терапии позволяет сократить сроки лечения заболевания, снижает вероятность рецидивирования, удлиняет сроки ремиссии и дает возможность рекомендовать данный метод, как эффективный в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта.



УДК 616.314-002-053.2:613.287.1

*¹Л. Ф. Каськова, д. мед. н., ²І. І. Якубова, к. мед. н., ³Г. І. Овчиннікова, ⁴О. О. Коляда*¹ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,²ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»,³Централізована районна бактеріологічна лабораторія Центральної районної поліклініки Дарницького району м. Києва⁴Дитяча поліклініка № 1 Дарницького району м. Києва**ВПЛИВ КОНТАМІНОВАНОГО ГРУДНОГО МОЛОКА
НА БІОЦЕНОЗ ПОРОЖНИНИ РОТА ДІТЕЙ**

Природне вигодовування, безперечно, є оптимальним способом харчування дитини, яке сформувалося протягом тривалої еволюції людини (Е.Е. Малышева, В.А. Анохин, М.В. Николаева, 2003). Харчування грудним молоком є заставою нормального розвитку всіх органів і систем, у тому числі мікроекологічної. Однак для природного вигодовування існують певні обмеження, одним з яких є бактеріолактія з масивним обміненням умовно-патогенними бактеріями материнського молока (Е.Е.Хасанова, 2006).

У зв'язку з цим метою дослідження була оцінка обміненія молока жінок, що годують грудьми і визначення його ролі в колонізаційній резистентності порожнини рота дітей першого року життя.

Вивчення обміненія материнського молока була здійснена при бактеріологічному обстеженні 494 матерів протягом перших трьох місяців після народження дитини. Дослідження грудного молока жінок і ротової рідини дітей відбувалося в Централізованій районній бактеріологічній лабораторії Центральної районної поліклініки Дарницького району м. Києва.

Мікробіологічна оцінка впливу грудного молока на формування мікробіоценозів ротової порожнини новонароджених дітей віком до трьох місяців здійснена при бактеріологічному обстеженні 43 пар мати – дитина. Взято під спостереження 23 дитини, що отримували в якості основного харчування материнське молоко, інфіковане різними мікроорганізмами. Групу порівняння склали 20 дітей, що отримують повноцінне грудне вигодовування. Діти обох груп знаходились тільки на природному вигодовуванні.

Бактеріолактія зареєстрована у 139 жінок (28,14 %). Аналіз мікрофлори грудного молока показав, що у 128 матерів висівалася грампозитивна флора (*S. aureus* – 20,65%, *S. epidermidis* – 5,26 %), у 11 – грамнегативна (*E. Coli* – 2,23 %).

При аналізі мікрофлори порожнини рота дітей виявлено, що у дітей, що харчуються контамінованим молоком *Lactobacillus* spp. із ротової рідини висівалась у 100% обстежених, *S. aureus* висівався у 56,5% дітей, *Candida* spp. – у 47,8% дітей до 3-х місяців. У дітей групи порівняння *Lactobacillus* spp. із ротової рідини висівалась в 29% випадків.

Таким чином, бактеріолактія – розповсюджене серед годуючих жінок явище. Із грудного молока найбільш часто виділялися грампозитивні коки, серед яких достатньо висока колонізація виявлена у *S. aureus*.

Отримані дані свідчать, що у дітей, що знаходяться на вигодовуванні контамінованим молоком, спостерігається дисбактеріоз порожнини рота з перших місяців життя, що потребує подальшого вивчення мікробіологічного складу ротової рідини та його впливу на формування органів порожнини рота у дітей перших років життя. Це дасть можливість розробити комплекс профілактичних заходів, направлених на підвищення резистентності твердих тканин зубів, тканин пародонта та слизової оболонки порожнини рота, застосування яких знизить поширеність та інтенсивність стоматологічних захворювань у дітей молодшого віку.



УДК 616.314-002.4-053.2/6

Г. В. Кіндрат, к. мед. н., З. Б. Попович, к. мед. н.

Івано-Франківський національний медичний університет

ОЦІНКА КАРІСОГЕННОЇ СИТУАЦІЇ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ДІТЕЙ ІЗ ТРЕТІМ СТУПЕНЕМ АКТИВНОСТІ КАРІЕСУ ЗУБІВ

Стан гігієни ротової порожнини є провідним чинником у розвитку і профілактиці стоматологічних захворювань. Низький рівень гігієнічного догляду створює передумови для формування карієсогенної ситуації в ротовій порожнині, яка сприяє прогресуванню каріозного процесу (Кисельникова Л.П.).

Значну роль у формуванні карієсу зубів відіграє ротова рідина. Особливе значення мають біофізичні властивості слини – кислотність, в'язкість, поверхневий натяг, тобто біофізичний тест карієсогенності слини (Мельник А.І.). Дослідження проводили у 120 дітей 6-15 років із множинним карієсом зубів і в 60 дітей зі здоровими зубами. Одержані результати вказують на низькі біофізичні показники у хворих дітей, що сприяють розвитку карієсогенної ситуації і вищі в дітей з інтактними зубами. Більше ці відмінності виражені серед 6-ти і 12-ти річних школярів - $10,00 \pm 0,41$ мм/2хв у дітей із карієсом зубів проти $12,83 \pm 0,09$ мм/2хв у дітей вільних від даної патології ($p < 0,05$).

Перспективним тестом у донозологічній діагностиці карієсу зубів може бути карієсогенність зубного налету (КГЗН). КГЗН визначали в 74-х дітей 6-15 років із карієсом зубів III ступеня активності за допомогою індикатора місць накопичення зубного налету (Plaque Indicator Kit) компанії GC. Тестування полягало у визначенні здатності мікроорганізмів зубного налету до кислотоутворення. Зразок зубного налету поміщали у відповідний розчин на 1 сек. Через 5 хвилин фіксували його колір, який може знаходитися в діапазоні зеленого – жовтого – червоного, що вказує відповідно на низьку, середню і високу карієсогенність налету. Паралельно проводили дослідження в 60-ти дітей цього ж віку зі здоровою ротовою порожниною.

Результати проведення якісної реакції зубного налету на рівень кислотоутворення показав, що у 58,11 % дітей із множинними каріозними ураженнями переважала висока карієсогенність зубного налету. Доцільно відмітити, що вона більш характерна в ділянках вогнищевої демінералізації емалі. У дітей з не ураженими зубами 65,0 % випадків зубний наліт набував зеленого кольору. Характеризуючи одержані результати у віковому аспекті, нами встановлена висока карієсогенність зубного налету