

вань, керуючись тим, що в їх склад входять декілька медикаментозних засобів, з яких хоч би одне (враховується багаторічний досвід їх застосування) обов'язково підійде хворому з супутньою патологією внутрішніх органів. У стоматології вже накопичений досвід практичного застосування комплексних гомеопатичних препаратів «Траумель - С» і «Рост-норма». Таким чином, практикуючим лікарям різних спеціальностей, зокрема, стоматологам, доцільно звертатися до гомеопатичної терапії, що поєднує в собі високу ефективність, безпеку і доступність із зручністю застосування і відносною дешевизною.

## ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ХЕЙЛІТУ

*Ленко Н.М. - к.мед.н., доцент кафедри терапевтичної стоматології,  
Ніколішина Е.В. - к.мед.н., доцент кафедри терапевтичної стоматології  
ВДНЗУ «УМСА»*

Останніми роками значно зріс відсоток пацієнтів з алергічною природою захворювання. Як і більшість патологій слизової оболонки порожнини рота вони важко діагностуються, тому що мають спільні клінічні прояви з іншими захворюваннями, нерідко пов'язані з соматичною патологією та за часту характеризуються атипичним перебігом.

Одним із таких захворювань є atopічний хейліт, який являється симптомом нейродерміту або ексудативно-катарального діатезу. Вважається, що дана патологія частіше спостерігається в дітей, але останніми роками нейродерміти діагностують і в більш зрілому віці.

Розвиток atopічного хейліту пов'язують із генетично зумовленим дефіцитом клітинного імунітету Т-супресорів. У хворих діагностують ІЕ-зумовлений тип сенсibiлізації. Велике значення має психоемоційний стан хворого, хвороби ШКТ, ендокринні розлади. Тому все вище зазначене необхідно враховувати при складанні плану лікування цієї категорії хворих.

Під нашим спостереженням находилось дев'ять хворих на atopічний хейліт віком від 19 до 40 років. У шести з них спостерігалось ізольоване ураження губ. У трьох відмічалось ураження губ та шкіри верхніх кінцівок. Червона кайма губ у всіх хворих була застійне гіперемована, вкрита дрібними лусочками, відмічалась ліхенізація, а також інфільтрація шкіри кутів рота. В загальному аналізі крові лімфоцитоз, еозінофілія. Соматичну патологію всі хворі заперечували.

Для лікування atopічного хейліту хворим першої групи призначали: лоратадин (з метою гіпосенсибілізації), нейровітан (вітаміни групи В), препарати валер'яни (седативний вплив), місцево – гідрокортизонаві аплікації. Другій групі хворих призначали: лоратадин, нейровітан, замість седативних препаратів рекомендована медитація, місцево – бепантен.

В обох групах відмічали позитивну динаміку лікування. Отримані результати дозволили зробити висновок, що в розвитку атопічного хейліту велике значення відіграє психоемоційний стан хворого і його регуляція дозволяє в деяких випадках виключити призначення гормональних препаратів, а також попередити рецидиви захворювання.

## **ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБІОЦЕНОЗУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ КАНДИДОЗІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ**

*Ковальчук Л.О.*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

*Кафедра терапевтичної стоматології (завідувач кафедри - професор В.М. Кулігіна)*

Відомо, що стан мікробіоценозу порожнини рота залежить від природи мікроорганізмів, що її заселяють, їх кількісного складу та взаємодії в асоціаціях [Е.В. Боровский, В.К. Леонтьев, 1991]. При хронічному кандидозі слизової оболонки порожнини рота (СОПР) порушується динамічна мікроекологічна рівновага ротової порожнини з розвитком дисбіотичних реакцій.

Мету даного дослідження становило вивчення особливостей мікробіоценозу порожнини рота при хронічному кандидозі слизової оболонки.

Матеріали і методи. Проведено мікробіологічне обстеження 150 хворих на хронічний кандидоз СОПР. Для мікробіологічного дослідження використовували свіжовиділений матеріал, забір якого проводили натще стерильним ватним тампоном. Залежно від клінічних проявів досліджували плівки, білий чи пігментований наліт або брали мазок з поверхні гіперемійованої СОПР чи ерозивних ділянок. Матеріал збирали з дотриманням правил асептики у стерильні пробірки і доставляли до лабораторії протягом 1 години. Визначення якісного і кількісного складу мікрофлори проводили відповідно до наказу № 535 від 22.04.1985.

Результати і обговорення. При мікробіологічному дослідженні у осіб контрольної групи було ідентифіковано 9 бактеріальних культур, а у хворих на хронічний кандидоз СОПР – 14.

Дослідження видового складу мікрофлори порожнини рота виявило ріст *S. albicans* у 97 хворих (64,67±3,90%, при  $p < 0,001$ ), *S. tropicalis* – у 26 (17,33±3,09%, при  $p < 0,01$ ), *S. krusei* – у 18 (12,00±2,65%, при  $p < 0,01$ ), *S. pseudotropicalis* – у 9 (6,00±1,94%, при  $p < 0,01$ ). Найчастіше виявляли асоціації грибової флори з грамнегативними аеробними і факультативно-анаеробними мікроорганізмами: *E. coli* (у 50 випадках – 33,33±3,85%, при  $p < 0,01$ ), *Kl. pneumoniae* (у 46 – 30,67±3,76%, при  $p < 0,001$ ), *Ps. aeruginosa* (у 26 – 17,33±3,09%, при  $p < 0,001$ ). Менш імовірним ( $p > 0,05$ ) було асоціювання із грампозитивною аеробною стафілококовою флорою: по 28 випадків (18,67±3,18%) із *S. aureus* та із *S. epidermidis*. У 11 випадках ( $p > 0,05$ )