

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 загальноприйняті 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. ІІ група хворих дітей отримували лише традиційну терапію. Контрольну групу склали 20 «практично» здорових дітей.

Після проведеного лікування в I групі хворих дітей нормалізувався мікробіоценоз 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 ІІ групі хворих дітей ці зміни не спостерігалися.

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

Використання "Біфі-форму дитячого" сприяливо вплинуло на перебіг хвороби, що проявилось в скороченні термінів лікування на 60%, значному зменшенні клінічних проявів захворювання, потреби в інтенсивності, доз і терміні 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 почастішання 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 визначені діагностичних критеріїв генералізованого пародонтиту, асоційованого з кандидозом.

**Мета:** вивчити особливості діагностики кандидасоційованого генералізованого пародонтиту.

**Методи та результати дослідження.** З метою вивчення особливостей діагностики кандидасоційованого 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 Auxacol-og тієї ж фірми. З метою вивчення сенсибілізуючого 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 поєднується з ураженням різних ділянок СОПР, серед яких переважав кандидозний гlosit. 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 KUO/мл, загостреного – 5, 07+0, 27 Ig KUO/мл. У міру прогресування захворювання рівень обсіювання грибами зростає від 3, 47+0, 18 Ig KUO/мл при початковому - І ст. до 5, 51+0, 12 Ig KUO/мл при ІІІ ст.

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

ментативних властивостей яких свідчив про високу патогенність указаних штамів.

У кров'яному руслі значної частини хворих на КГП виявляється антиген грибів роду *Candida*, що може слугувати діагностичним критерієм кандидозного ускладнення ГП і свідчить про значний вплив грибів не лише на тканини пародонта, а й на організм у цілому.

Опортуністична мікрофлора, до якої належать гриби роду *Candida*, активізується за умов імунологічних порушень організму людини, що підтверджують результати проведених нами досліджень. Так, у хворих на КГП у порівнянні з контрольною групою на 51, 4% знижується активність лізоциму проти 30, 1% у разі неускладненого ГП. У разі КГП виявлено підвищення загального вмісту імуноглобулінів у змішаній слині, а також імуноглобуліновий дисбаланс (появу IgM, підвищення концентрації IgG, зростання рівня загального IgA та зменшення частки SIgA).

**Висновки.** Діагностичними критеріями КГП можуть слугувати результати мікроскопічного дослідження вмісту ПК і показники ступеня обсювання грибами роду *Candida*, виявлення полісахаридного антигену в сироватці крові, зниження активності лізоциму та імуноглобуліновий дисбаланс.

Пасько О. О., Бучковська А. Ю., Пришляк В. Є.,  
Подільчак Н. В.

### КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРІХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ПРЕПАРАТОМ „ГАЛАВІТ”

Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького

**Актуальність проблеми.** Нині помітна тенденція зростання рівня хронічних захворювань людини як бактеріальної, так і вірусної природи. Зниження функціональної активності основних компонентів імунної системи натепер розглядається як імунодефіцитний стан. Тривалий контакт мікроорганізмів зубного нальоту і тканин пародонта призводить до розвитку автоімунних процесів. Одним із напрямків, що підвищують ефективність етіопатогенетичної терапії, є застосування імунотропних препаратів і розробка адекватних методів імунокорекції в комплексній терапії хворих на генералізований пародонтит.

**Наукова новизна роботи. Мета.** Проаналізувати дію імуномодулятора „Галавіт” на формування імунної відповіді, оцінити його ефективність у складі стоматологічної плівки в лікуванні хворих на генералізований пародонтит.

**Методи та результати дослідження.** Під нашим спостереженням перебували 49 пацієнтів основної групи і 18 пацієнтів контрольної віком від 18 до 59 років. В останній групі було 20 пацієнтів із генералізованим пародонтитом I ступеня тяжкості і 29 пацієнтів із генералізованим пародонтитом II ступеня тяжкості. Хронічний перебіг хвороби виявлено в цих групах

відповідно в 11 і 17 пацієнтів, загострення – в 9 і 12. У контрольній групі було 9 пацієнтів із генералізованим пародонтитом I ступеня тяжкості і 16 – із II. Хронічний перебіг був у 5 і 9 пацієнтів, загострення – в 4 і 7 пацієнтів.

У всіх пацієнтів проводили клінічні та лабораторні методи дослідження. Як клінічні симптоми оцінювали біль, набряк, гіперемію, кровоточивість, дискомфорт, неприємний запах. Оцінювали індекс гігієни, пробу Шіллера-Писарєва, стійкість капілярів, реакцію адсорбції мікроорганізмів клітинами епітелію (РАМ), цитологічний склад пародонтальних кишень. Комплексне лікування проводили поетапно: первинне обстеження, клінічне обстеження; для об'єктивізації пародонтального статусу застосовували відповідні індекси:

1) гігієнічний індекс OHI-S (Green and Vermillion, 1964);

2) пробу Шіллера-Писарєва;

3) пародонтальний індекс PI (Russel, 1956).

Лікування обстежуваних хворих було комплексним, тобто ми проводили як місцеве, тік і загальне лікування. На першому етапі пацієнтів проінструктували щодо дотримання правил індивідуальної гігієни порожнини рота. Потім проводили антисептичну обробку порожнини рота і видалення над- і під'ясенних зубних відкладень, полірування шийок зубів.

За наявності пародонтальних кишень за показаннями проводили закритий кюретаж, пізніше в кишенні накладали „Галавіт” у вигляді мазі та накривали стоматологічною плівкою, яка теж містить „Галавіт”. Ця плівка має властивість самостійно розсмоктуватись, отже, пацієнт не відчуває дискомфорту в порожнині рота. Крім того, за показаннями в комплекс лікувальних заходів було включено хірургічне лікування (видалення коренів зубів і зубів, що не підлягають ортопедичному втручанню).

У контрольній групі застосовували 0,05 % фурацилін, ромазулон.

Лікування проводили в 10-12 сеансів. На 5-6 день у комплекс лікувальних заходів включали фізіотерапевтичні процедури – ультразвукову терапію.

Оцінювали результати застосування „Галавіту” за динамікою змін клінічних симптомів, індексів і лабораторних досліджень.

Зниження інтенсивності запальних явищ – гіперемії, набряку, кровоточивості ясен і зменшення видіlenь із пародонтальних кишень виявляли у двох групах після 2-3 сеансів. Для зменшення клінічних проявів запалення в основній групі потрібно було 5, 9±0, 09, а в контрольній 8, 4±0, 11 сеансів лікування. Після проведеного комплексного лікування знизилася проникність капілярів ясен. В основній групі час утворення вакуумної гематоми збільшився з 10, 5±1, 78 с і 12, 15±0, 81 с.

Застосування „Галавіту” дозволило звузити спектр антибактеріальної терапії. Відсоток хворих, у пародонтальних кишенах яких були виявлені дріжджо-