

«Кальцит» (1 табл. х3 р.в день в течение 1 мес.)

Лечебно-профилактические мероприятия проводили в течение 6 месяцев.

У пациентов до и после проведения лечебно-профилактических мероприятий (через 6 мес.) изучали скорость саливации, интенсивность воспалительного процесса СОПР (проба Шиллера-Писарева) [7], распространенность интенсивность гиперестезии зубов (холодовая проба по Schiff [8]), которая прово-

дится с помощью стандартного стоматологического воздушного пистолета в течение 1-й секунды с расстояния 1 см и оценивается в баллах: «0» - реакция на раздражитель отсутствует, «1» - реакция есть, но можно продолжить, «2» - реакция есть, но пациент отстраняется и просит прекратить, «3» - выраженная болевая реакция на раздражитель, просьба прекратить.

Результаты исследований и их обсуждение.
Результаты исследований представлены в таблице.

Таблица

Влияние лечебно-профилактического комплекса на состояние полости рта у лиц после облучения в области головы и шеи (М±м)

Время исследования	Скорость саливации (мл/мин)	Степень хронического воспаления СОПР (проба Шиллера-Писарева)	Гиперестезия зубов (кол-во лиц)	
			Распространенность	Интенсивность (баллы)
Исходный уровень (n=6)	0,17±0,02	2,5±0,03	6 чел.(100%)	2,17±0,18
Через 6 мес. (n=5)	0,28 ±0,03 P<0,02	1,7 ±0,02 P<0,02	1 чел.(20%)	1

Примечание: P- достоверность рассчитана по отношению к исходному уровню.

Исследования показали, что до начала применения лечебно-профилактического комплекса среднegrupповые показатели свидетельствовали о низком уровне слюноотделения (гипосаливация 3 ст.), выраженном воспалении СОПР и наличии гиперчувствительности зубов в 100 % случаев с высокой степенью интенсивности.

Через 6 месяцев регулярного применения назначенного лечебно-профилактического комплекса уровень слюноотделения в среднем увеличился на 65 %, хотя все еще наблюдалась гипосаливация 2 ст. Значительно уменьшилась интенсивность воспаления СОПР. И только у 1 человека (из 5 обследованных) все еще наблюдалась локальная гиперестезия зубов незначительной интенсивности (1 балл). В целом все пациенты указали на улучшение состояния слизистой оболочки рта.

Таким образом, на основании проведенных исследований был сделан вывод, что применение предложенного лечебно-профилактического комплекса у лиц после облучения в области головы и шеи, способствует стимуляции слюноотделения, оказывает противовоспалительное действие и насыщает твердые ткани зуба минеральными компонентами, что привело к снижению сухости и воспаления СОПР, снижению чувствительности зубов и улучшению состояния слизистой оболочки полости рта.

Список литературы

1. **Бибешко В. Г.** Радіаційне ураження органів порожнини рота /Завербна Л. В. - Київ, 2004. - 68 с.
2. **Major** salivary gland function in patients with radiation – induced xerostomia: Flow rates and sialochemistry / Valdez I.H. Atkinson J.C. Ship J.A. Fox P.C. // J. Radiat. Onco. Biol. Phys.- 1993.- Vol.25.-P.41-47.
3. **Prophylactic** use of amifostine to prevent radiochemotherapy-induced mucositis and xerostomia in head-and-neck cancer / Antonadou D., Pepelassi M., Synodinou M., Puglisi M., Throuvalas N. // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.- 2002.- Vol. 52, №3.- P.739-747.
4. **Пожарницкая М. М.** Роль слюны в физиологии и развитии патологического процесса в твердых и мягких

тканях полости рта. Ксеростомия.: Метод. пособие / Пожарницкая М. М. -М.:ГОУВУНМЦ МЗ РФ, 2001. - 48 с.

5. **Abert O. A.** Xerostomia. Causes and effect // J. Prosthet.Dent.-2006.-Vol.84, N1.-P. 77-81.

6. **Терешина Т. П.** Состояние полости рта у лиц после радиационного облучения в области головы и шеи /Т. П. Терешина, К. Н. Косенко, О. Г. Цымбалюк // Вестник стоматологии. - 2010. - № 1. - С. 13 - 15.

7. **Федоров Ю. А.** Основы гигиены полости рта. / Ю. А. Федоров, В. Н. Корень - Л. :Медицина. - 1973. - 215 с.

8. The **clinical** effect of a single direct application of a dentifrice containing 8.0 % arginine, calcium carbonate, and 1450 ppm fluoride on dentin hypersensitivity:The use of a cotton swab applicator versus the use of a fingertip/T. Schiff1, E. Delgado, Y.P. Zhang [et al.] // J. of Clin. Dent.- 2009.- Vol.20 (Spec Iss).-P. 131-136.

Поступила 08.09.11



УДК 616.314.17-008.1 : 616-073.75 : 616-08 : 615.83

**О. В. Алёхина, Е. И. Беленова-Журочко, к. мед. н.,
Н. В. Пронина, к. физ.-мат. н.**

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского»

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

В статье изложено обоснование повышения эффективности лечения апикального периодонтита с использованием модифицированной методики внутриканального электрофореза 10 % раствора йодида калия.

Ключевые слова: эндодонтическое лечение, физиотерапия, эффективность, диагностика.

**О. В. Альохіна, О. І. Белєнова-Журочко,
Н. В. Проніна**

ДУ «Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгіївського»

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ АПІКАЛЬНОГО ПЕРІОДОНТИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ ФІЗИЧНИХ ЧИННИКІВ

У статті викладено обґрунтування підвищення ефективності лікування апікального періодонтиту з використанням модифікованої методики внутрішньоканального електрофорезу 10 % розчину йодиду калію.

Ключові слова: эндодонтичне лікування, фізіотерапія, ефективність, діагностика.

**O. V. Al'ochina, E. I. Belenova- Zhurochko,
N. V. Pronina**

SE "Crimean Medical University named after S.I. Georgievskij"

CLINICORADIOLOGICAL ESTIMATION OF EFFICIENCY TREATMENTS OF AN APICAL PERIODONTITIS WITH USE OF PHYSICAL FACTORS

In article the substantiation of rising of efficiency of treatment of an apical periodontitis with use of the modified technique of an intrachannel electrophoresis of 10 % of a solution of Iodidum of a potassium is stated.

Key words: endodontical treatment, physiotherapy, efficiency, diagnostics.

Работа является фрагментом научно-исследовательской работы кафедры терапевтической стоматологии: «Оптимизация методов профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний у пациентов с соматической патологией», № государственной регистрации 0111U008524.

Актуальность проблемы апикального периодонтита связана с возрастающей необходимостью проведения эндодонтического лечения, особенно повторного [1, 2], невозможностью полной очистки пространства корневого канала, разнообразием, устойчивостью внутри- и внекорневой инфекции, ее способностью синтезировать биопленку, инактивацией медикаментов в корневом канале [2-6]. Это обуславливает необходимость поиска решения данного вопроса.

Как показывают проведенные исследования, препараты йода оказались более эффективны, чем гидроксид кальция во влиянии на устойчивую микрофлору, в частности, на *E. Faecalis*, *S. albicans* [5-8].

Как свидетельствуют данные литературы, в современном эндодонтическом лечении широко используются различные физические факторы [2, 5, 9-13]. Из них наибольшее изучение и клиническое применение получил лекарственный электрофорез. Учитывая, что гальванический ток - это способ быстрого активного транспорта лекарственного препарата, оказывающего тройной принцип воздействия по И. Г. Лукомскому, использование данного метода является рациональ-

ным. Так же уместно использование катода, как источника тока, для повышения рН в корневом канале, периапикальных тканях [9, 13].

В доступной литературе электрофорез препаратов йода проводят руководствуясь методикой Л. Р. Рубина (1951) [9, 11-13].

Цель данного исследования. Клинико - рентгенологическая оценка эффективности использования модифицированной методики внутриканального электрофореза 10 % раствора йодида калия в сочетании с традиционным методом эндодонтического лечения.

Материалы и методы исследования. Нами проведено эндодонтическое лечение 151 пациента (240 зубов) с различными формами апикального периодонтита. Среди них было 58 мужчин (38,41 %) и 93 женщины (61,59 %), возрастом от 14 до 64 лет, которые были разделены на 2 группы: основную (76 пациентов, 121 зуб), и контрольную (75 пациентов, 119 зубов). В каждой группе были выделены две подгруппы: первичного (42 зуба в основной и 52 в контрольной) и повторного эндодонтического лечения (79 и 67 зубов соответственно), включающие в себя одно- и многокорневые зубы.

Диагностика форм периодонтита осуществлялась на основании данных клинического исследования и цифровой панорамной, интраоральной рентгенографии (периапикальный индекс PAI, D.Orstavic et al., 1986) [5]. При оценке многокорневых зубов присваивалось наивысшее значение PAI, определяемое у одного из корней. Значения PAI 1-2 характеризовали норму околоверхушечных тканей, 3-5 соответствовали патологии периодонта [1].

Повторное эндодонтическое лечение проводили согласно показаний, определенных Европейским эндодонтическим сообществом, а именно: - зубы с некачественным пломбированием корневых каналов и рентгенологическими признаками периапикальной патологии и/или клиническими симптомами; когда есть потребность в замене реставрации коронки или ткани коронки нуждаются в отбеливании [4].

В обеих группах проводилось традиционное эндодонтическое лечение, включающее в себя препарирование корневых каналов инструментами Pro Taper («Dentsply») с лубрикантом на основе ЭДТА и пероксида на рабочую длину, ирригацией 3% раствором гипохлорита натрия, озвучивание шейпером № 15 «Sonic Air 1500» («MicroMega») с поточным орошением до прозрачной жидкости в полости зуба и просвете корневого канала. Для распломбирования использовался препарат «Endosolf» «E» или «R» (Septodont). В основной группе дополнительно производился внутриканальный электрофорез 10 % раствора йодида калия по модифицированной методике [14], с использованием аппарата «SCORPION-DENTAL OPTIMA (DO)» (Болгария). Пассивный электрод фиксировался на внутренней поверхности предплечья руки. Для комфортности протекания процедуры время устанавливалось на 5 минут. Сила тока при проведении процедуры определялась согласно ощущениям пациента, не ниже 1,5 мА, которые плавно достигали за первые две минуты. В течение оставшихся 3-х минут внутриканальный электрофорез проходил на достигнутом значении силы тока. При наличии условий

для пломбирования корневого канала лечение проводили в одно посещение. Для временного пломбирования использовали гидроокись кальция.

Измерение pH корневого канала в обеих группах осуществляли на нескольких этапах лечения: после препарирования, электрофореза, извлечения гидроокиси кальция и перед его пломбированием. Для этого использовали «Универсальную индикаторную бумагу pH 0-12» («Лак-Нер») путем сопоставления с прилагающейся эталонной шкалой.

В обеих группах пломбирование корневых каналов осуществляли на рабочую длину методикой латеральной конденсации гуттаперчи (силлер «АН-plus»).

Динамику лечения оценивали на основании клинико-рентгенологических данных как успешное, стабилизацию и неуспешное на 6,12,18 месяцев. Успешным считали отсутствие жалоб, клинических признаков патологического процесса, уменьшение значения индекса PAI или его значение, равное 1, герметичность корневой пломбы. Стабилизацией процесса считали отсутствие жалоб и клинических проявлений периодонтита без уменьшения значения индекса PAI при сохранении герметичности корневой пломбы.

Для оценки достоверности полученных результатов при клиническом исследовании использовались t-тест Стьюдента, U-тест Уитни-Манна.

Коэффициент $p < 0,05$ был оценен как статистически значимый.

Результаты исследования. На этапе диагностики сравнение значений индекса PAI среди зубов, требующих проведения первичного эндодонтического лечения, достоверно ($p < 0,01$) отличались от повторного. Цифровые значения индекса PAI 1-2, характеризующие нормальное состояние периапикальных тканей, отмечены в 63,83 % из числа зубов при проведении первичного и в 43,15 % зубов, требующих проведения повторного эндодонтического лечения. Значение индекса PAI от 3 до 5, соответствующие патологии периодонта имели место в 36,17 % при необходимости первичного и 56,85 % случаев повторного эндодонтического лечения.

В основной и контрольной группе значения pH после препарирования корневого канала были идентичными ($p < 0,96$) и составили $7,00 \pm 1,40$ и $7,00 \pm 1,20$ соответственно.

При сравнении значений pH после препарирования корневого канала при проведении первичного и повторного эндодонтического лечения отмечено высоко достоверное ($p < 0,01$) отличие ($7,68 \pm 1,14$ и $6,57 \pm 1,22$ соответственно). Диапазон значений pH составил от слабокислого до щелочного. Полученные данные свидетельствуют, что при проведении первичного эндодонтического лечения преобладает слабощелочное (47,87 %) и нейтральное (34,04 %) значения pH. Щелочное имело место в 6,38 % случаев, а слабокислое в 11,7 % случаев. При проведении повторного эндодонтического лечения преобладает слабокислое значение pH, которое имело место в 51,37 % случаев. Нейтральное значение отмечено в 26,71 %, слабощелочное в 20,55 % и щелочное в 1,37 % случаев.

Использование одной процедуры внутриканального электрофореза после препарирования корневого канала позволило высоко достоверно ($p < 0,01$) повы-

сить значение pH на 46 % с $7,0 \pm 1,40$ до $10,20 \pm 1,48$. При проведении первичного эндодонтического лечения произошло увеличение pH на 37 % и диапазон значений составил от 8 до 12. При проведении повторного лечения отмечено увеличение pH на 52 % с диапазоном значений от 7 до 12.

При проведении лечения в несколько посещений пациентам основной и контрольной групп внутриканально использовались препараты на основе гидроокиси кальция. Повышение значения pH корневого канала было высоко достоверно в обеих группах ($p < 0,01$) как при проведении первичного, так и повторного эндодонтического лечения. Значения pH корневого канала после извлечения гидроокиси кальция в основной группе было высоко достоверно ($p < 0,01$) выше на 13 %, чем в контрольной группе ($10,48 \pm 0,09$ и $9,27 \pm 0,10$ соответственно). При проведении первичного эндодонтического лечения в основной группе использование гидроокиси кальция оказалось эффективней на 16 %, а при повторном на 12 % чем в контрольной группе.

После извлечения препаратов на основе гидроокиси кальция при первичном эндодонтическом лечении в основной группе во всех случаях имели место щелочные значения pH, а в контрольной преобладали слабощелочные значения (59,26 %). При повторном эндодонтическом лечении в основной и контрольной группах щелочные значения имели место в 85 % и в 33,33 % соответственно.

На основании анализа данных в контрольной группе использование препаратов на основе гидроокиси кальция при лечении в несколько посещений повышает значение pH корневого канала на 41 % (при первичном на 36 % и повторном на 43 %).

В основной группе полученные данные свидетельствуют, что 1 процедура электрофореза повышает значение pH корневого канала на 46 % (при первичном на 37 % и повторном на 52 %).

Следовательно, способность повысить pH корневого канала с помощью внутриканального электрофореза 10 % раствора йодида калия выше на 5 % чем использование временного пломбирования препаратами на основе гидроокиси кальция. При проведении повторного эндодонтического лечения эта способность увеличивается до 9 %, а при сочетании этих методик до 13 %.

Результаты измерения значений pH корневого канала перед пломбированием в основной группе так же высоко достоверно ($p < 0,01$) отличались от контрольной ($11,86 \pm 0,37$ и $8,08 \pm 1,08$ соответственно). При проведении первичного и повторного эндодонтического лечения в основной и контрольной группах этот показатель имел близкое к среднему значению по группе.

При изучении значения периапикального индекса на начало исследования обе группы не имели достоверных отличий ($p < 0,1$), тогда как на всех сроках наблюдения t-тест Стьюдента показал достоверное отличие ($p < 0,05$) основной и контрольной групп (рис. 1).

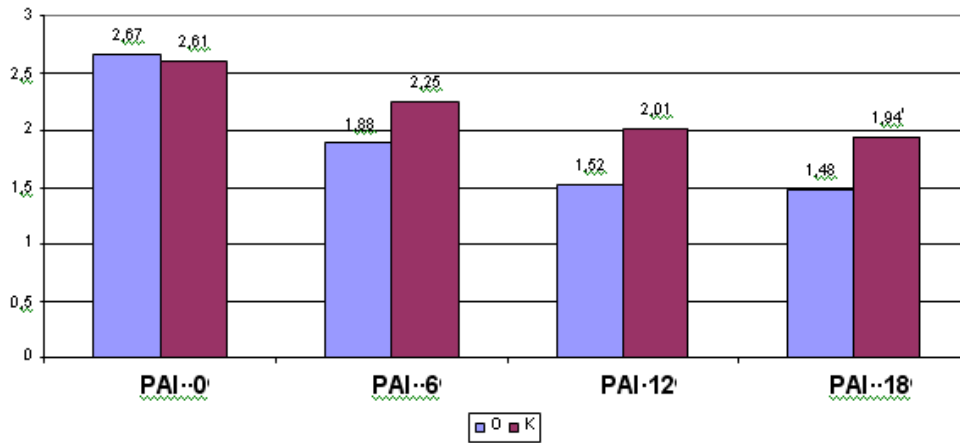


Рис. 1. Динамика индекса PAI на сроках наблюдения в основной и контрольной группах.

Снижение значения индекса PAI при традиционном эндодонтическом лечении составило к 6 месяцам в 1,16раза ($p < 0,05$), к 12 месяцам в 1,3 раза и к 18 месяцам в 1,35 раза ($p < 0,01$).

Использование сочетания традиционного препарирования с внутриканальным электрофорезом 10 % раствора йодида калия позволило достоверно снизить значения индекса PAI в основной группе к 6 месяцам

($p < 0,05$) в 1,42 раза, к 12 и 18 месяцам ($p < 0,01$) в 1,76 и 1,8 раза соответственно. При этом наибольшее достоверное ($p < 0,05$) уменьшение индекса PAI в обеих группах отмечено в первые шесть месяцев (с $2,67 \pm 1,23$ до $1,88 \pm 0,82$ в основной и с $2,61 \pm 1,22$ до $2,25 \pm 0,87$ в контрольной), что отражено в клинкорентгенологической оценке эффективности лечения (рис. 2).

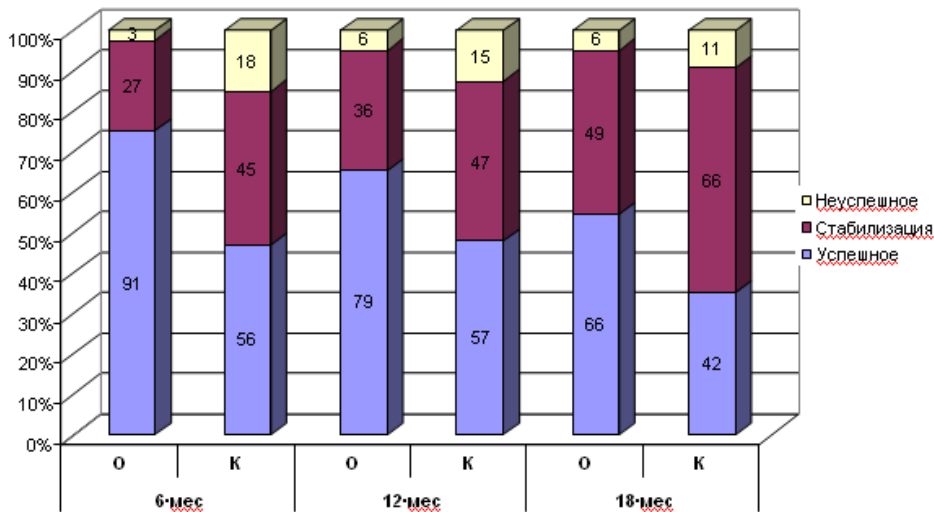


Рис. 2. Клинико-рентгенологическая оценка эффективности лечения апикального периодонтита в исследуемых группах.

В основной группе на период наблюдения в 6 месяцев количество зубов со значением PAI 3 и 4 в 2 раза меньше, чем в контрольной группе. К 12 и 18 месяцам в основной группе количество зубов с PAI 3 был менее 10 % , в то время как в контрольной группе процент зубов с PAI 3 и 4 был около 30 %.

Клинико-рентгенологическая оценка эффективности лечения в основной группе показала преобладание успешного лечения над стабилизацией на всех сроках наблюдения. В контрольной группе эта тенденция имела место на период 6 и 12 месяцев, а период 18 месяцев стабилизация преобладала над успешностью в 1,55 раза.

В целом, на всех сроках наблюдения в основной группе не менее, чем в 1,4 раза преобладало число успешных исходов, чем в контрольной.

На начало исследования t-тест Стьюдента достоверных отличий между основной и контрольной группами в подгруппах первичного или повторного эндодонтического лечения не выявил ($p < 0,1$). Сравнение значений индекса PAI между аналогичными подгруппами основной и контрольной групп на всех сроках наблюдения выявил достоверные отличия ($p < 0,05$).

Следует отметить, что при проведении первичного лечения наибольшее достоверное ($p < 0,05$) уменьшение индекса PAI внутри основной группы произошло к 6 месяцам на 46 %, а в контрольной к 12 месяцам на 33 %. Дальнейшее уменьшение значения индекса PAI в основной группе от 12 к 18 месяцам не происходило ($p < 0,1$), а в контрольной группе имело

место достоверное снижение значение PAI между сроками наблюдения ($p < 0,01$).

Таким образом, к концу срока наблюдения (0-18 месяцев) произошло достоверное ($p < 0,01$) уменьшение значения PAI при проведении первичного эндодонтического лечения в основной группе на 73 %, а в контрольной на 46 %. При проведении повторного лечения внутри основной группы наибольшие достоверные изменения произошли к 6 месяцам (40 %), а в контрольной – к 12 месяцам (28 %) ($p < 0,01$). Даль-

нейшее уменьшение значение индекса PAI в основной группе от 12 к 18 месяцам не происходило ($p < 0,1$), а в контрольной группе имело место снижение значений индекса PAI, но оно имело недостоверный характер ($p < 0,1$). В основной группе к концу срока наблюдения (0-18) произошло достоверное ($p < 0,01$) уменьшение значения PAI при проведении повторного эндодонтического лечения в основной группе на 83%, а в контрольной на 29 % (табл.).

Таблица 1

Динамика значений индекса PAI на сроках наблюдения в исследуемых подгруппах и эффективность проведенного лечения

Параметры	Подгруппа первичного эндодонтического лечения		Подгруппа повторного эндодонтического лечения	
	Основная группа (M±m)	Контрольная группа (M±m)	Основная группа (M±m)	Контрольная группа (M±m)
PAI0	2,29±1,24*	2,46±1,39*	2,87±1,19*	2,73±1,05*
PAI6	1,57±0,8	1,96±0,99	2,05±0,78	2,48±0,68
PAI12	1,32±0,61	1,85±1,02	1,63±0,65	2,13±0,76
PAI18	1,32±0,61	1,68±0,96	1,57±0,60	2,12±0,75
$\Delta M = M_{PAI0} - PAI18$	0,97	0,78	1,3	0,61

Примечание: * - отличия недостоверны ($p < 0,1$) при сравнении аналогичных основной и контрольной подгрупп.

Применение внутриканального электрофореза позволило достоверно ($p < 0,01$) эффективней снизить значение индекса PAI к 18 месяцам при проведении первичного эндодонтического лечения на 27 % и на 54% при проведении повторного, чем традиционное эндодонтическое лечение.

Следует отметить, что при первичном лечении однокорневых зубов достоверных отличий в значениях PAI между применяемой методикой лечения не выявлено ($p < 0,1$; U-кр. Уилкоксона). А при повторном лечении однокорневых зубов достоверные отличия между методиками были к 12 и 18 месяцам, с преимуществом внутриканального электрофореза на 27 % и 38% соответственно срокам наблюдения ($p < 0,05$; U-кр. Уилкоксона).

При первичном или повторном лечении многокорневых зубов достоверные отличия между применяемыми методиками были получены на период 6 и 12 месяцев, с преимуществом использования внутриканального электрофореза в 34 % и 31 % соответственно ($p < 0,05$; U-кр. Уилкоксона).

В обеих группах имело место лечение в одно посещение, как при проведении первичного так и повторного эндодонтического лечения при наличии условий для пломбирования корневого канала. Количество процедур электрофореза при проведении первичного или повторного лечения не превышало 3-х, и составило 1,64 и 1,99 соответственно. Среднее количество посещений в основной группе было 2,01 и 2,94 в контрольной.

При сравнении основной и контрольной групп при лечении в 1 посещение не было достоверных отличий к концу срока наблюдения ($p < 0,1$; t-крит Стьюдента). При этом средние значения на 18 месяцев имели идентичные значения: в основной группе составили 1,11±0,31, а в контрольной 1,10±0,31.

При лечении в несколько посещений в обеих группах к концу срока наблюдения произошло достоверное ($p < 0,01$) уменьшение значения PAI в основной группе на 87 %, а в контрольной на 28 %. При сравнении между этими группами так же отмечено достоверное преимущество основной перед контрольной, где средние значения PAI составили 1,67±0,64 и 2,23±0,81 соответственно ($p < 0,01$; t-крит Стьюдента).

Выводы. Проведенное исследование показало достоверное преимущество использования модифицированной методики внутриканального электрофореза 10 % раствора йодида калия перед традиционным эндодонтическим лечением. Применение внутриканального электрофореза позволило достоверно эффективней снизить значение индекса PAI в отдаленные сроки на 45 %; при проведении первичного на 27 %, повторного на 54 %, чем традиционное эндодонтическое лечение. Предложенная методика позволяет повысить рН корневого канала на 54 % эффективней по отношению к контрольной группе.

Список литературы

1. **Заблюцкий Я. В.** Стан ендодонтично лікуваних зубів, покритих незнімними протезами / Я. В. Заблюцкий, Н. М. Дидик // Современная стоматология. — 2005. — № 3. — С. 21-25.
2. **Левченко Г. В.** Оцінка ефективності ендодонтичного лікування при удосконаленому препаруванні корневих каналів зубів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Г. В. Левченко. — К., 2003. — 20 с.
3. **Педорез А. П.** Предсказуемая ендодонтия / Педорез А. П., Пиляев А. Г., Педорез Н.А. — Донецк: Норд-Пресс, 2006. — С.14-20.
4. **Политун А. М.** Повторное эндодонтическое лечение: причины, показания, современная стратегия / А.М. Политун // Эндодонтист. — 2010. — № 2(4). — С. 21-22.
5. **Роудз Дж.С.** Повторное эндодонтическое лечение: Консервативные и хирургические методы / Джон С. Роудз ;

пер. с англ. М.К. Макеева.— М. : МЕДпресс-информ, 2009. — 216 с. : ил.

6. **Love R. M.** Enterococcus faecalis – a mechanism for its role in endodontic failure / R.M. Love // I.E.J. — 2001. — Vol. 34. — P. 399–405.

7. **Yan M. T.** The management of periapical lesions in endodontically treated teeth / Marcus T. Yan // Aust. Endod. J. — 2006. — Vol. 32. — P. 2–15.

8. **Nair P. N. R.** On the causes of persistent apical periodontitis: a review // International Endodontic Journal. — 2006. — Vol. 39. — P. 249–281.

9. **Скрипникова Т. П.** Клиническая эндодонтия. Физические факторы, применяемые в эндодонтии: пособие для врачей-стоматологов / Полтава, 1999. — Раздел VII. — 35 с.

10. **Бариляк А. Я.** Нанолазерная дезинфекция системы канала корня зуба (экспериментальное дослідження): дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / А.Я. Бариляк. — Л., 2009. — 156 с.

11. **Николаев А. И.** Практическая терапевтическая стоматология: учебн. пособие. — 8-е изд., доп. и перераб. / А.И. Николаев, Л.М. Цепов. — М. : МЕДпресс-информ, 2008. — С. 666-785.

12. **Бургонский В. Г.** Оптимизация эндодонтического лечения зубов с помощью внутриканального электрофореза / В. Г. Бургонский // Режим доступа: [http // www. burgon-skyi.kiev.ua/?page_id=5](http://www.burgon-skyi.kiev.ua/?page_id=5)

13. **Волков А. Г.** Трансканальные воздействия постоянным током в эндодонтическом лечении зубов : автореф. дис. . . доктора мед. наук: спец. 14.01.14 «Стоматология», 14.03.11 «Восстановительная медицина, спортивная медицина, курортология и физиотерапия» [Электронный ресурс] / Волков Александр Григорьевич. — М., 2010. — 51с. Режим доступа: www.diss.rsl.ru/?lang=ru.

14. **Альохина О. В., Журочко О. І., Проніна Н.В.** Патент на корисну модель № 47141 "Спосіб лікування корневих каналів", зареєстрований 11.01.2010, опублікований - Бюл. №1, 2010.

Поступила 17.10.11



УДК 582.282.195.23+615.282:616.31-097

Е. К. Трофимец, к. мед. н., А. С. Максютенко.

Донецкий национальный медицинский университет

ВИДОВОЙ СОСТАВ ГРИБОВ РОДА CANDIDA И ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ПРОТИВОГРИБКОВЫМ ПРЕПАРАТАМ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ И НЕИНФИЦИРОВАННЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Известно, что поражения слизистой оболочки полости рта являются наиболее ранними проявлениями ВИЧ-инфекции. Выявлено, что микотические поражения являются наиболее частыми оппортунистическими инфекциями ВИЧ-инфицированного пациента, а грибы рода Candida — самым распространенным возбудителем грибковых заболеваний. Выполнено определение видового состава патогенных грибов в полости рта у ВИЧ-инфицированных и неинфицированных пациентов и определение чувствительности Candida к антимикотическим препаратам.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, кандидоз, антимикотики.

К. К. Трофимец, А. С. Максютенко

Донецкий национальный медицинский университет

ВИДОВИЙ СКЛАД ГРИБІВ РОДУ CANDIDA І ЇХ ЧУТЛИВІСТЬ ДО ПРОТИГРИБКОВИХ ПРЕПАРАТІВ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ І НЕІНФІКОВАНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Відомо, що поразки слизуватої оболонки порожнини рота є найбільш ранніми проявами ВІЛ-інфекції. Виявлено, що мікотичні поразки є найбільш частими опортуністичними інфекціями ВІЛ-інфікованого пацієнта, а гриби роду Candida - найпоширенішим збудником грибкових захворювань. Проведено визначення видового складу патогенних грибів у порожнині рота у ВІЛ-інфікованих і неінфікованих пацієнтів і визначення чутливості Candida до протигрибкових препаратів.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, кандидоз, антимікотики.

Е. К. Trofimets, A. S. Maksyutenko

Donetsk National Medical University

THE SPECIES COMPOSITION OF FUNGI OF THE GENUS CANDIDA AND THEIR SUSCEPTIBILITY TO ANTIFUNGAL AGENTS IN HIV-POSITIVE AND HIV-NEGATIVE DENTAL PATIENTS

It is known that lesions of the oral mucosa are the earliest manifestations of HIV infection. The study reveals that the mycotic lesions are the most common opportunistic infections of HIV-positive patients, and that fungi of the genus Candida are the most common causative agent of fungal diseases. The species composition of pathogenic fungi in the oral cavity of HIV-positive and HIV-negative patients, as well as susceptibility of Candida fungi to antifungal agents have both been described in the present study.

Key words: HIV infection, candidiasis, antimycotics.

Одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения в настоящее время является ВИЧ-инфекция. По данным ВОЗ количество ВИЧ-инфицированных в мире превышает 30 миллионов человек. При этом ежегодно регистрируется около 2,5 миллионов новых случаев ВИЧ-инфекции и до 2 миллионов смертей пациентов в стадии СПИДа (UNAIDS, 2008).

Состояние глубокого иммунодефицита, обусловленное носительством ВИЧ, способствует развитию оппортунистических инфекций, в том числе в полости рта. Известно, что поражения слизистой оболочки полости рта являются наиболее ранними проявлениями ВИЧ-инфекции. Согласно данным ряда эпидемиологических исследований, их частота колеблется от 50 до 95 % [1-3].

Высокая распространенность патологии полости рта у ВИЧ-инфицированных обусловлена, прежде всего, нарушением микробного баланса в полости рта, изменением его качественного и количественного состава. Эти изменения в первую очередь касаются дрожжеподобных грибов. Выявлено, что микотиче-

© Трофимец Е. К., Максютенко А. С., 2011.