

Реферат

УРОВЕНЬ СЕКРЕТОРНОГО IgA В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПОСЛЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАГНИТОТЕРАПИИ

Олекший П.В., Лаповец Л.Е., Уштан С.В., Горицкий В.М.

Ключевые слова: мукозный иммунитет, имплантация, секреторный IgA, магнитотерапия.

Определение статуса мукозного иммунитета имеет существенное значение для диагностики и контроля лечения ряда заболеваний ротовой полости. Поэтому особенную ценность имеют не абсолютные значения sIgA как показателя местного иммунитета, а его динамические изменения. Целью исследования было изучение уровня sIgA в ротовой жидкости пациентов до и после проведения дентальной имплантации и после применения магнитотерапии. Проведено клинико-лабораторное обследование 50 лиц, у которых были показатели к дентальной имплантации. 25-ти пациентам применялась магнитотерапия. В контрольную группу вошли 20 практически здоровые лица с санированной ротовой полостью. Установлено, что после проведения дентальной имплантации наблюдалась активация секреции sIgA. У пациентов, яким застосовували магнітотерапію, процеси саногенезу прискорювались, свідченням чого є наближення рівня sIgA до показника норми.

Summary

LEVEL OF SECRETORY IgA IN ORAL FLUID AFTER DENTAL IMPLANT PLACEMENT WITH APPLYING MAGNETOTHERAPY

Olekshy P.V., Lapovets L.E., Ushtan S.V., Goritsky V.M.

Key words: mucous immunity, dental implant placement, secretory IgA, magnetotherapy.

Determining the status of mucosal immunity is essential for the diagnosis and successful treatment of a number of oral diseases. Therefore, not the absolute values of sIgA as an index of local immunity, but its dynamic changes, are of particular value. The aim of the study was to study the level of sIgA in the oral fluid of patients before and after dental implant placement and after the application of magnetotherapy. A clinical and laboratory examination of 50 persons who had indications for dental implant placement was carried out. Twenty-five patients received magnetotherapy. The control group included 20 healthy persons with a sanitized oral cavity. It was established that activation of sIgA secretion was observed after dental implantation. The patients who passed through magnetotherapy demonstrated the increase in the rate of sanogenesis proved by reaching sIgA its normal level.

УДК 616.314.17 – 008.1 – 008.87 – 08 -076: 616.995.1.161.22

Савельєва Н.М.

ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ПАРОДОНТАЛЬНИХ КИШЕНЬ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ НА ТЛІ ГЕЛЬМІНТОЗІВ ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ

Харківський національний медичний університет

Досліджено кількісний та якісний склад мікробіоценозу пародонтальних кишень до- та після застосування розробленої комплексної терапії хворих на генералізований пародонтит I та II ступенів тяжкості хронічного перебігу на тлі гельмінтозів: ентеробіозу та токсокарозу. Показано, що під впливом комплексної терапії у хворих на генералізований пародонтит I і II ступенів тяжкості хронічного перебігу основної групи відновлюється мікробіоценоз пародонтальних кишень та залишається стабільним протягом 6 місяців після лікування, порівняно з аналогічними показниками при застосуванні традиційної терапії.

Ключові слова: генералізований пародонтит, ентеробіоз, токсокароз, мікроорганізми, мікробіоценоз пародонтальної кишені, комплексна терапія.

Робота є фрагментом планової науково-дослідної тематики Харківського національного медичного університету кафедри стоматології «Удосконалення та розробка нових індивідуалізованих методів діагностики та лікування стоматологічних захворювань у дітей та дорослих» (№ державної реєстрації 0112U002382) та «Розробка нових методів діагностики, лікування та профілактики патології щелепно-лицевої ділянки у дітей та дорослих» (№ державної реєстрації 0115U000230).

Актуальність

Захворювання пародонта є однією з найбільш складних проблем сучасної стоматології. Її важливість визначається тим, що число осіб з генералізованим пародонтитом неухильно зростає, і дана патологія втрачає свої вікові обмеження [1,2]. Генералізований пародонтит, що розвивається на фоні гельмінтозів, а саме ентеробіозу та токсокарозу, має тривалий хронічний

перебіг, часто стійкий до традиційного лікування. Це пояснюється відсутністю засобів обґрунтованої патогенетичної терапії та недостатньою увагою дослідників до вивчення та вирішення цього пласту проблем, пов'язаних з наявністю паразитозів та їх впливом на пародонтальний та соматичний статус [3,4].

На сьогоднішній день існує значна кількість невирішених проблем, які пов'язані з лікуванням генералізованого пародонтиту у хворих з пара-

зитарними інвазіями. Відомо, що пародонтогенні мікроорганізми є стійкими до більшості протимікробних препаратів, тому питання застосування ефективної терапії генералізованого пародонтиту є досить актуальним [5].

Встановлено, що гельмінтоз є потужним чинником дисбактеріозу порожнини рота, і у поєднанні з мікроорганізмами ротової порожнини виступає як фактор пригнічення місцевого імунітету. Доведено, що саме на тлі зниження місцевого імунітету мікроби ротової порожнини здатні надавати хронічному запаленню в пародонті елементів аутоімунного процесу, сприяти генералізації запального процесу, який спочатку виникає на обмеженій ділянці пародонту [6,7].

Спираючись на зазначене, стає необхідним подальший пошук більш дієвих засобів лікування та їх раціонального поєднання для місцевої та загальної терапії з метою досягнення позитивних змін в стоматологічному статусі хворих даної категорії, подовження їх тривалості та попередження рецидивів, оптимізації загального стану.

Мета дослідження

Визначення складу мікробіоценозу пародонтальних кишень хворих на генералізований пародонтит I та II ступенів тяжкості хронічного перебігу на тлі гельмінтозів під впливом комплексної терапії

Матеріали та методи дослідження

Було обстежено 360 хворих на генералізований пародонтит (ГП) I та II ступенів тяжкості хронічного перебігу, що знаходились на лікуванні з приводу ентеробіозу і токсокарозу. Пацієнти були розподілені на групи: I група – хворі на ГП на тлі ентеробіозу (n=180): 1-ша (n=88) - контрольна група пацієнтів, яким проводилась стандартна терапія: 1а група (n=30) - ГП I ступеня тяжкості хронічного перебігу; 1б група (n=58) - ГП II ступеня тяжкості хронічного перебігу та 2-га група пацієнтів – основна, пацієнтам якої проводилась розроблена комплексна терапія (n=92): 2а група (n=32) - ГП I ступеня тяжкості хронічного перебігу; 2б група (n=60) - ГП II ступеня тяжкості хронічного перебігу. II група – хворі на ГП на тлі токсокарозу (n=180): 1-ша (n=90) - контрольна група пацієнтів, яким проводилась стандартна терапія: 1а група (n=30) - ГП I ступеня тяжкості хронічного перебігу; 1б група (n=60) - ГП II ступеня тяжкості хронічного перебігу та 2-га група пацієнтів – основна, пацієнтам якої проводилась розроблена комплексна терапія (n=90): 2а група (n=30) - ГП I ступеня тяжкості хронічного перебігу; 2б група (n=60) - ГП II ступеня тяжкості хронічного перебігу.

Мікробіологічні дослідження [8,9] включали виділення і ідентифікацію мікроорганізмів з використанням техніки аеробного і анаеробного культивування. Забір клінічного матеріалу (вміст пародонтальних кишень) [10] проводили за до-

помогою стандартного стерильного тампону транспортної системи "Sarstedt" (Німеччина). Для подальшого культивування використовували набір поживних середовищ фірми "Bio Merieux" (Франція): для аеробних і факультативних бактерій - шоколадний агар з РVХ; для анаеробних бактерій - Шедлер агар з додаванням 5 % еритроцитів барана; для грибів - агар Сабу-ро з гентаміцином та хлорамфеніколом. Культивування матеріалу на поживних середовищах здійснювали у термостаті при температурі 37 °С 3-5 діб, анаеробних культур у мікроанаеростатах фірми "Bio Merieux". Ідентифікацію вилучених чистих культур проводили за морфологічними, культуральними і біохімічними ознаками за допомогою діагностичних панелей "Bio Merieux": API Staph., API Srept, API 20E, API 20, API Candida, API 20 CAUX. За результатами кількісних досліджень мікрофлору виражали у колонієутворюючих одиницях в перерахунку на 1мг (КУО/мл).

Усі мікробіологічні дослідження проведені на базі ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова» (м. Харків).

Для статистичної обробки результатів використовували «Excel» [11, 12].

Результати дослідження та їх обговорення

На початковому етапі місцеве ініціальне лікування хворих на ГП I-II ст. тяжкості хронічного перебігу на тлі гельмінтозів (ентеробіоза, токсокароза) усіх груп спостереження виконували за традиційною схемою, а саме: передусім хворим проводили, за необхідністю, знеболення, усунення місцевих подразників пародонта, вибірково пришлифовування зубів, у разі наявності, – усунення травматичної оклюзії, видалення надта під'ясневих зубних відкладень, частіше за все комбінованим методом полірування, та детоксикацію поверхонь коренів зубів. Виконували закритий або відкритий кюретаж пародонтальних кишень, у разі потреби – видалення рухомих зубів. Здійснювали санацію ротової порожнини, постійне або тимчасове шинування зубів, раціональне протезування. Для медикаментозної обробки тканин пародонту і ліквідації симптоматичного гінгівіту використовували 0,05%-0,2% розчин хлоргексидин біглюконата. Усі пацієнти були навчені правильним навичкам індивідуальної гігієни порожнини рота та мотивовані до її виконання. Надалі місцеве лікування хворих на ГП у групі порівняння складалося із застосування комбінації препаратів: «Метрогіл-Дента», «Аекол», «Лінекс», «Ехінацея композитум С» та засобів гігієни - зубної паст та ополіскувача «Лесной бальзам» впродовж всього терміну лікування та 1 місяця по закінченню лікування. Лікування основної групи хворих з генералізованим пародонтитом на тлі гельмінтозів проводилась у 2 етапи [13]: на I етапі лікування після проведення

ініціальних втручань всім хворим на ГП I-II ст. тяжкості хронічного перебігу з лямбліозом: 1. проводилась іригації тканин пародонту та інстиляції у пародонтальні кишені теплого розчину препарату «Декасан», по 30-40 мл (ГП I ст. - 10 днів; ГП II ст. - 14 дні). 2. Через 15-20 хвилин у пародонтальні кишені вводився препарат «Катомас» на турундах з подальшими аплікаціями на ясна протягом 15 хвилин (ГП I ст. - 10 днів; ГП II ст. - 14 дні). 3. «Олія шавлії» призначалась по 15 крапель на півсклянки води 2 рази на день до прийому їжі, протягом 1 місяця при I ст. тяжкості ГП; при II ступені тяжкості - 2 місяці. 4. «Квертулін» призначався по 1 пігулці 3 рази на добу після їжі, з утриманням до повного розсмоктування в порожнині рота, протягом 1 місяця. 5. Увечері (через 2-3 години після їжі) застосовували імуномодулятор «Ербісол», внутрішньом'язово, щоденно, по 4 мл, протягом 10 днів при I ст. тяжкості ГП; при II ступені тяжкості 20 днів, по 2 мл. II етап лікування виконували одразу після закінчення I етапу: 1. У пародонтальні кишені на турундах з подальшими аплікаціями на ясна протягом 15 хвилин вводили пародонтальний гель «Лізоумукоїд» впродовж 10 днів при I ст. тяжкості; при II ступені тяжкості додатково 4 дні; 2. «Масляний екстракт семян тыквы» призначали по 1-2 ч. л. 3 рази на день внутрішньо протягом 1 місяця при I ст. тяжкості; при II ступені тяжкості додатково 1 місяць. 3. Зубну пасту «Lacalut flora» та ополіскувач «Грейпфрутовий» використовували 2 рази на день на протязі I та II етапів

лікування хворих на ГП хронічного перебігу I-II ступеня тяжкості на тлі ентеробіозу та токсокарозу та додатково після закінчення курсу лікування ГП I ступеня тяжкості хронічного перебігу впродовж 1 місяця, та при II ступені тяжкості додатково ще 1 місяць.

Проведені дослідження стану мікробного пейзажу пародонтальних кишень у пацієнтів з генералізованим пародонтитом I та II ступенів тяжкості хронічного перебігу на тлі гельмінтозів дозволили виявити дисбіотичні зміни (табл. 1, 2). Встановлено, що під впливом запропонованої терапії у хворих основної групи з ГП I і II ступенів тяжкості хронічного перебігу на тлі гельмінтозів відбувається нормалізація видового складу мікроорганізмів пародонтальних кишень, а саме: вже на першу добу після закінчення терапії з пародонтальних кишень хворих на ГП I ступеня тяжкості захворювання основної групи хронічного перебігу не виділялися мікроорганізми *S.aureus*, *S.pyogenes*, *Fusobacterium nucleatum*, які визначалися до лікування у 43,7 % - 59,3% хворих. У невеликому відсотку випадків (3,1% - 6,6 %) хворих і у малій кількості ($10^3 - 10^4$ КУО/мл) висівалися мікроорганізми *S.auricularis*, *S.haemolyticus*, *S.epidermidis*, *E.coli* (табл. 3, 4). Звертає увагу, що у жодного хворого на ГП I ступеня не висівалися гриби роду *Candida albicans*, які до лікування вилучалися у 56,6 % хворих з токсокарозом та у 68,7 % - ентеробіозом.

Таблиця 1
Склад мікрофлори пародонтальних кишень хворих на ГП I та II ступеня тяжкості на тлі ентеробіозу (до лікування)

Вид мікроорганізмів	ГП + ентеробіоз (n = 180)			
	I ступінь (n = 32/30)		II ступінь (n = 60/58)	
	частота вилучення, %	КУО/ мл	частота вилучення, %	КУО/ мл
<i>S.auricularis</i>	8/25,0	(7,9±0,82)×10 ⁶	19/31,6	(4,3±0,52)×10 ⁷
	6/20	(7,9±0,82)×10 ⁶	17/29,3	(4,3±0,53)×10 ⁷
<i>S. haemolyticus</i>	11/34,0	(9,8±1,01)×10 ⁶	27/45,0	(5,4±0,73)×10 ⁷
	10/33,3	(9,8±1,01)×10 ⁶	26/44,8	(5,4±0,73)×10 ⁷
<i>S. epidermidis</i>	21/65,6	(9,9±1,31)×10 ⁶	48/80,0	(7,8±0,90)×10 ⁷
	20/66,6	(9,9±1,31)×10 ⁶	49/84,4	(7,9±0,89)×10 ⁷
<i>E.coli</i>	6/18,7	(1,2±0,40)×10 ⁶	16/26,6	(7,2±2,3)×10 ⁶
	5/16,6	(1,2±0,40)×10 ⁶	19/32,7	(7,0±2,1)×10 ⁶
<i>S.pyogenes</i>	19/59,3	(6,4±1,58)×10 ⁶	36/60,0	(4,6±1,40)×10 ⁷
	16/53,3	(6,5±1,57)×10 ⁶	34/58,6	(4,7±1,40)×10 ⁷
<i>S.aureus</i>	14/43,7	(8,5±0,72)×10 ⁶	34/56,6	(6,2±0,72)×10 ⁷
	13/43,3	(8,6±0,71)×10 ⁶	35/60,3	(6,1±0,71)×10 ⁷
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	13/40,6	(1,0±0,30)×10 ⁸	29/48,3	(4,3±1,30)×10 ⁸
	12/40,6	(1,0±0,30)×10 ⁸	28/48,2	(4,2±1,31)×10 ⁸
<i>Candida albicans</i>	22/68,7	(3,1±0,21)×10 ⁶	46/76,6	(8,5±2,6)×10 ⁶
	18/60,0	(3,0±0,20)×10 ⁶	44/75,8	(8,4±2,6)×10 ⁶
<i>S.capitis</i>	2/6,2	(7,9±0,1)×10 ⁶	2/3,3	(1,1±0,1)×10 ³
	3/10,0	(2,1±0,87)×10 ³	3/5,1	(1,1±0,18)×10 ³
<i>S.mitis</i>	5/15,6	1,9×10 ³ ; 2,4×10 ³	3/5,0	(0,4±0,13)×10 ³
	5/16,6	(1,2±0,10)×10 ³	3/5,1	(0,4±0,13)×10 ³
<i>S.salivaris</i>	0	0	0	0
	0	0	0	0
<i>S.mutans</i>	0	0	0	0
	0	0	0	0

Примітка: над рисою - показники хворих основної групи, під рисою – показники хворих групи порівняння.

Таблиця 2

Склад мікрофлори пародонтальних кишень хворих на ГП I та II ступеня тяжкості на тлі токсокарозу (до лікування)

Вид мікроорганізмів	ГП + токсокароз (n = 180)			
	I ступінь (n = 30/30)		II ступінь (n = 60/60)	
	частота вилучення, %	КУО/ мл	частота вилучення, %	КУО/ мл
<i>S. auricularis</i>	9/30,0 8/26,6	(7,4±0,80)×10 ⁶ (7,2±0,80)×10 ⁶	18/30,0 16/26,6	(3,6±0,44)×10 ⁷ (3,5±0,43)×10 ⁷
<i>S. haemolyticus</i>	9/30,0 9/30,0	(8,6±0,93)×10 ⁶ (8,7±0,93)×10 ⁶	24/40,0 23/38,3	(4,6±0,60)×10 ⁷ (4,5±0,62)×10 ⁷
<i>S. epidermidis</i>	22/73,3 19/63,3	(9,2±1,22)×10 ⁶ (9,0±1,22)×10 ⁶	49/81,6 44/73,3	(6,1±0,71)×10 ⁷ (6,0±0,70)×10 ⁷
<i>E. coli</i>	8/26,6 6/20,0	(1,2±0,40)×10 ⁶ (1,2±0,40)×10 ⁶	16/26,6 15/25,0	(6,8±2,1)×10 ⁶ (6,7±2,2)×10 ⁶
<i>S. pyogenes</i>	16/53,3 14/46,6	(8,1±2,30)×10 ⁶ (8,0±2,30)×10 ⁶	38/63,3 35/58,3	(4,6±1,40)×10 ⁷ (4,5±1,41)×10 ⁷
<i>S. aureus</i>	8/26,6 6/20,0	(8,3±0,50)×10 ⁶ (8,2±0,50)×10 ⁶	32/53,3 31/51,6	(5,1±0,63)×10 ⁷ (5,0±0,64)×10 ⁷
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	13/43,3 10/33,3	(9,0±3,00)×10 ⁷ (9,0±3,00)×10 ⁷	23/38,3 26/43,3	(4,0±1,31)×10 ⁸ (3,9±1,30)×10 ⁸
<i>Candida albicans</i>	17/56,6 19/63,3	(3,1±0,21)×10 ⁶ (3,0±0,20)×10 ⁶	47/78,3 43/71,6	(8,0±2,6)×10 ⁶ (7,8±2,7)×10 ⁶
<i>S. capitis</i>	2/6,66 4/13,3	(2,5±0,1)×10 ³ (2,8±0,35)×10 ³	2/3,3 3/5,0	(1,1-0,1)×10 ³ (1,0±0,17)×10 ³
<i>S. mitis</i>	5/16,6 6/20,0	(1,2±0,40)×10 ³ (1,1±0,40)×10 ³	2/3,3 4/6,6	(6,0-0,2)×10 ² (0,5±0,16)×10 ³
<i>S. salivaris</i>	0 0	0 0	0 0	0 0
<i>S. mutans</i>	0 0	0 0	0 0	0 0

Примітка: над рисою - показники хворих основної групи, під рисою – показники хворих групи порівняння.

При цьому у всіх хворих висівалася сапрофітна мікрофлора (*S. capitis* у 37,5 % хворих з ентеробіозом, 40,0 % хворих з токсокарозом, *S. mitis* - відповідно у 37,5 %, 36,6 % хворих, *S. salivaris* – у 25,0 %, 23,3 % хворих, *S. mutans* – у 25,0 %, 26,6 % хворих). До лікування сапрофіт-

на мікрофлора була представлена тільки *S. capitis* та *S. mitis*. *S. capitis* вилучалась у 6,2 % хворих з ентеробіозом, 6,6 % хворих з токсокарозом, *S. mitis* відповідно у 15,6 %, 16,6 % хворих.

Таблиця 3

Склад мікрофлори пародонтальних кишень хворих на ГП I та II ступеня тяжкості на тлі ентеробіозу (на 1 добу після лікування)

Вид мікроорганізмів	ГП + ентеробіоз (n = 180)			
	I ступінь (n = 32/30)		II ступінь (n = 60/58)	
	частота вилучення, %	КУО/ мл	частота вилучення, %	КУО/ мл
<i>S. auricularis</i>	2/6,2 4/13,3	(1,8-0,6)×10 ⁴ (5,6±0,23)×10 ⁴	4/6,6 7/12,0	(9,2±1,6)×10 ³ (1,0±2,4)×10 ⁴
<i>S. haemolyticus</i>	2/6,2 4/13,3	(2,4±0,2)×10 ⁴ (6,1±0,27)×10 ⁴	5/8,3 7/12,0	(1,1±2,7)×10 ⁴ (1,5±2,6)×10 ⁴
<i>S. epidermidis</i>	1/3,1 3/10,0	1,6×10 ⁴ (1,1±0,38)×10 ⁴	4/6,6 8/13,7	(1,6±0,45)×10 ⁴ (1,8±0,34)×10 ⁴
<i>E. coli</i>	1/3,1 2/6,6	7,8 x 10 ³ (5,6±0,3)×10 ⁴	1/1,6 3/5,1	8,6×10 ³ (9,4±0,31)×10 ⁴
<i>S. pyogenes</i>	0/0 4/13,3	0 (5,7±1,20)×10 ³	1/1,6 6/10,3	3,6 x 10 ³ (7,5±1,36)×10 ³
<i>S. aureus</i>	0/0 3/10,0	0 (5,1±1,15)×10 ³	1/1,6 5/8,6	6,0 x 10 ³ (5,7±1,1)×10 ³
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	0/0 2/6,6	0 (9,4-0,3)×10 ³	0 3/5,1	0 (1,5±0,43)×10 ⁴
<i>Candida albicans</i>	0/0 4/13,3	0 (4,6±1,15)×10 ³	0 10/29,4	0 (5,8±1,9)×10 ³
<i>S. capitis</i>	12/37,5 8/26,6	(2,5±0,7)×10 ⁴ (2,2±0,68)×10 ³	3/18,7 5/14,7	(1,3±0,36)×10 ³ (1,1±0,33)×10 ³
<i>S. mitis</i>	12/37,5 6/20,0	1,7×10 ³ -1,6×10 ³ (1,4±0,31)×10 ³	4/25,0 5/14,7	(1,6±0,51)×10 ³ (1,1±0,43)×10 ³
<i>S. salivaris</i>	8/25,0 3/10,0	(1,6±0,41)×10 ³ (1,3±0,31)×10 ³	5/31,2 6/17,6	(1,5±0,44)×10 ³ (1,3±0,40)×10 ³
<i>S. mutans</i>	8/25,0 1/3,3	2,1×10 ³ -1,9×10 ³ 1,9×10 ³	4/25,0 5/14,7	(1,8±0,46)×10 ³ (1,4±0,39)×10 ³

Примітка: над рисою - показники хворих основної групи, під рисою – показники хворих групи порівняння.

Таблиця 4
Склад мікрофлори пародонтальних кишень хворих на ГП I та II ступеня тяжкості на тлі токсокарозу (на 1 добу після лікування)

Вид мікроорганізмів	ГП + токсокароз (n = 180)			
	I ступінь (n = 30/30)		II ступінь (n = 60/60)	
	частота вилучення, %	КУО/ мл	частота вилучення, %	КУО/ мл
<i>S.auricularis</i>	<u>1/3,3</u> 3/10,0	<u>3,1x10³</u> (5,6±1,06)x10 ³	<u>4/6,6</u> 7/11,6	<u>(6,3±1,33)x10³</u> (7,9±1,56)x10 ³
<i>S. haemolyticus</i>	<u>1/3,3</u> 4/13,3	<u>2,9x10³</u> (5,9±1,01)x10 ³	<u>3/5,0</u> 6/10,0	<u>(5,7±1,36)x10³</u> (6,8±1,35)x10 ³
<i>S. epidermidis</i>	<u>2/6,6</u> 3/10,0	<u>(9,1±0,2)x10³</u> (9,6±1,31)x10 ³	<u>5/8,3</u> 7/11,6	<u>(9,4±2,03)x10³</u> (1,1±0,36)x10 ⁴
<i>E. coli</i>	<u>1/3,3</u> 2/6,6	<u>5,1 x 10³</u> (4,8-0,6)x10 ³	<u>2/3,3</u> 5/8,3	<u>(6,3-0,4)x10³</u> (7,5±2,3)x10 ³
<i>S.pyogenes</i>	<u>0/0</u> 3/10,0	<u>0</u> (5,1±1,15)x10 ³	<u>0</u> 6/10,0	<u>0</u> (6,3±1,51)x10 ³
<i>S.aureus</i>	<u>0/0</u> 3/10,0	<u>0</u> (3,6±0,93)x10 ³	<u>1/1,6</u> 5/8,3	<u>5,1 x 10³</u> (4,8±0,93)x10 ³
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	<u>0/0</u> 2/6,6	<u>0</u> (7,6±0,4)x10 ³	<u>0</u> 5/8,3	<u>0</u> (8,4±1,63)x10 ⁴
<i>Candida albicans</i>	<u>0/0</u> 4/13,3	<u>0</u> (3,9±0,80)x10 ³	<u>0</u> 7/11,6	<u>0</u> (4,5±1,43)x10 ³
<i>S.capitis</i>	<u>12/40,0</u> 8/26,6	<u>(2,8±0,8)x10³</u> (2,3±0,5)x10 ³	<u>25/41,6</u> 15/25,0	<u>(2,3±0,34)x10³</u> (2,1±0,33)x10 ³
<i>S.mitis</i>	<u>11/36,6</u> 7/23,3	<u>(2,1±0,6)x10³</u> (1,2±0,30)x10 ³	<u>24/40,0</u> 15/25,0	<u>(2,0±0,37)x10³</u> (1,6±0,33)x10 ³
<i>S.salivaris</i>	<u>7/23,3</u> 4/13,3	<u>(1,7±0,47)x10³</u> (1,5±0,4)x10 ³	<u>9/15,0</u> 12/20,0	<u>(1,6±0,43)x10³</u> (1,4±0,40)x10 ³
<i>S.mutans</i>	<u>8/26,6</u> 1/3,3	<u>(2,3±0,8)x10³</u> 2,1x10 ³	<u>2/3,3</u> 4/6,6	<u>(2,0±0,6)x10³</u> (1,7±0,41)x10 ³

Примітка: над рисою - показники хворих основної групи, під рисою – показники хворих групи порівняння.

У хворих на ГП II ступеня тяжкості хронічного перебігу захворювання основної групи після лікування тільки у поодиноких хворих (1,6%) з ентеробіозом на 30 добу (табл. 5, 6) виділялися *S.aureus*, а токсокарозом - *S.pyogenes*, *Fusobacterium nucleatum*, *Candida albicans*. До 6

місяця спостережень кількість хворих, у яких виділялися ці мікроорганізми, практично не змінювалася (табл. 7, 8). До проведення терапії ці мікроби вилучалися у 48,3 % - 76,6 % хворих з ентеробіозом, у 38,3 % - 78,3 % хворих з токсокарозом.

Таблиця 5
Склад мікрофлори пародонтальних кишень хворих на ГП I та II ступеня тяжкості на тлі ентеробіозу (через 1 місяць після лікування)

Вид мікроорганізмів	ГП + ентеробіоз (n = 180)			
	I ступінь (n = 32/30)		II ступінь (n = 60/58)	
	частота вилучення, %	КУО/ мл	частота вилучення, %	КУО/ мл
<i>S.auricularis</i>	<u>1/3,1</u> 4/13,3	<u>6,7x10³</u> (5,9±0,23)x10 ⁴	<u>3/5,0</u> 7/12,0	<u>(7,5±1,5)x10³</u> (1,0±2,4)x10 ⁴
<i>S. haemolyticus</i>	<u>2/6,2</u> 4/13,3	<u>(1,7±0,3)x10⁴</u> (6,2±0,27)x10 ⁴	<u>3/5,0</u> 7/12,0	<u>(1,0±2,5)x10⁴</u> (1,3±2,4)x10 ⁴
<i>S. epidermidis</i>	<u>1/3,1</u> 3/10,0	<u>9,4x10³</u> (1,2±0,39)x10 ⁵	<u>4/6,6</u> 8/13,7	<u>(1,3±0,35)x10⁴</u> (1,6±0,34)x10 ⁴
<i>E. coli</i>	<u>1/12,5</u> 2/6,6	<u>7,1x10³</u> 6,3x10 ³ ; 8,7x10 ⁴	<u>1/1,6</u> 3/5,1	<u>9,3x10³</u> (9,6±0,33)x10 ⁴
<i>S.pyogenes</i>	<u>0/0</u> 3/10,0	<u>0</u> (6,8±1,3)x10 ³	<u>0</u> 6/10,3	<u>0</u> (7,3±1,36)x10 ³
<i>S.aureus</i>	<u>0/0</u> 3/10,0	<u>0</u> (9,6±2,7)x10 ³	<u>1/1,6</u> 5/8,6	<u>5,6 x 10³</u> (5,8±1,2)x10 ³
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	<u>0/0</u> 2/6,6	<u>0</u> (9,8-0,2)x10 ³	<u>0</u> 3/5,1	<u>0</u> (1,3±0,42)x10 ⁴
<i>Candida albicans</i>	<u>0/0</u> 4/13,3	<u>0</u> (4,9±1,16)x10 ³	<u>0</u> 10/29,4	<u>0</u> (6,0±2,0)x10 ³
<i>S.capitis</i>	<u>22/68,8</u> 8/26,6	<u>(2,6±0,6)x10³</u> (2,0±0,67)x10 ³	<u>33/55</u> 5/14,7	<u>(1,5±0,35)x10³</u> (1,1±0,33)x10 ³
<i>S.mitis</i>	<u>29/90,1</u> 6/20,0	<u>(1,5±0,40)x10³</u> (1,4±0,30)x10 ³	<u>43/71,7</u> 6/17,6	<u>(1,7±0,51)x10³</u> (1,2±0,45)x10 ³
<i>S.salivaris</i>	<u>28/87,5</u> 3/10,0	<u>(1,7±0,41)x10³</u> (1,2±0,34)x10 ³	<u>56/93,3</u> 6/17,6	<u>(1,5±0,41)x10³</u> (1,5±0,42)x10 ³
<i>S.mutans</i>	<u>24/75,0</u> 1/3,3	<u>(2,4±0,6)x10³</u> ; 2,1x10 ³	<u>44/73,3</u> 5/14,7	<u>(1,9±0,50)x10³</u> (1,5±0,42)x10 ³

Примітка: над рисою - показники хворих основної групи, під рисою – показники хворих групи порівняння.

Таблиця 6
Склад мікрофлори пародонтальних кишень хворих на ГП I та II ступеня тяжкості на тлі токсокарозу (через 1 місяць після лікування)

Вид мікроорганізмів	ГП + токсокароз (n = 180)			
	I ступінь (n = 30/30)		II ступінь (n = 60/60)	
	частота вилучення, %	КУО/ мл	частота вилучення, %	КУО/ мл
<i>S. auricularis</i>	<u>2/6,6</u> 3/10,0	<u>(3,4-0,2)x10³</u> (4,9±0,96)x10 ³	<u>4/6,6</u> 7/11,6	<u>(7,8±1,54)x10³</u> (8,1±1,43)x10 ³
<i>S. haemolyticus</i>	<u>1/3,3</u> 4/13,3	<u>1,9x10⁴</u> (5,5±1,01)x10 ³	<u>3/5,0</u> 6/10,0	<u>(5,5±1,37)x10³</u> (6,9±1,38)x10 ³
<i>S. epidermidis</i>	<u>1/3,3</u> 3/10,0	<u>6,9x10³</u> (9,3±1,30)x10 ³	<u>5/8,3</u> 7/11,6	<u>(9,1±2,01)x10³</u> (1,2±0,38)x10 ⁴
<i>E. coli</i>	<u>1/3,3</u> 2/6,6	<u>4,7x10³</u> (5,6-0,2)x10 ³	<u>2/3,3</u> 5/8,3	<u>(8,5±0,4)x10³</u> (7,1±2,2)x10 ⁴
<i>S. pyogenes</i>	<u>0/0</u> 3/10,0	<u>0</u> (5,6±1,10)x10 ³	<u>1/5,2</u> 6/10,0	<u>3,6 x 10³</u> (6,0±1,50)x10 ³
<i>S. aureus</i>	<u>0/0</u> 3/10,0	<u>0</u> (4,7±0,98)x10 ³	<u>0</u> 5/8,3	<u>0</u> (4,1±0,90)x10 ³
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	<u>0/0</u> 2/6,6	<u>0</u> (6,6-0,3)x10 ³	<u>1/1,6</u> 5/8,3	<u>5,4 x 10³</u> (7,5±1,60)x10 ⁴
<i>Candida albicans</i>	<u>0/0</u> 3/10,0	<u>0</u> (3,1±0,69)x10 ³	<u>1/1,6</u> 7/11,6	<u>3,4 x 10³</u> (4,1±1,41)x10 ³
<i>S. capitis</i>	<u>22/73,3</u> 8/26,6	<u>(2,1±0,9)x10³</u> (2,3±0,7)x10 ³	<u>35/58,3</u> 15/25,0	<u>(2,0±0,30)x10³</u> (2,0±0,30)x10 ³
<i>S. mitis</i>	<u>28/93,3</u> 7/23,3	<u>(1,3±0,44)x10³</u> (1,3±0,39)x10 ³	<u>45/75,0</u> 15/25,0	<u>(2,4±0,41)x10³</u> (3,0±0,40)x10 ³
<i>S. salivaris</i>	<u>26/86,7</u> 4/13,3	<u>(1,6±0,41)x10³</u> (1,4±0,40)x10 ³	<u>49/81,7</u> 12/20,0	<u>(1,5±0,41)x10³</u> (1,4±0,40)x10 ³
<i>S. mutans</i>	<u>21/70,0</u> 1/3,3	<u>(2,4±0,8)x10³</u> 2,2x10 ³	<u>33/55,0</u> 4/6,6	<u>(2,1±0,45)x10³</u> (1,9±0,43)x10 ³

Примітка: над рисою - показники хворих основної групи, під рисою – показники хворих групи порівняння.

Такі мікроорганізми як *S. auricularis*, *S. haemolyticus*, *S. epidermidis* впродовж усього терміну спостереження у хворих на ГП II ступеня тяжкості захворювання виділялися у значно меншій відсотку випадків (1,5 % - 8,3 %), ніж до початку лікування (у 25,0 % - 81,6 % хворих).

При цьому ступінь колонізації цими мікроба-

ми пародонтальних кишень після лікування був істотно нижчим, чим до лікування і складав 10³-10⁴ КУО/мл. Сапрофітна мікрофлора у хворих на ГП II ступеня тяжкості різних груп після лікування була представлена *S. capitis*, *S. mitis*, *S. salivaris*, *S. mutans* (табл. 7, 8).

Таблиця 7
Склад мікрофлори пародонтальних кишень хворих на ГП I та II ступеня тяжкості на тлі ентеробіозу (через 6 місяців після лікування)

Вид мікроорганізмів	ГП + ентеробіоз (n = 180)			
	I ступінь (n = 32/30)		II ступінь (n = 60/58)	
	частота вилучення, %	КУО/ мл	частота вилучення, %	КУО/ мл
<i>S. auricularis</i>	<u>1/3,1</u> 3/10,0	<u>7,4 x10³</u> (6,1±0,25)x10 ⁴	<u>3/5,0</u> 7/12,0	<u>(8,6±1,6)x10³</u> (1,1±2,4)x10 ⁴
<i>S. haemolyticus</i>	<u>2/6,2</u> 4/13,3	<u>(1,6±0,1)x10⁴</u> (7,3±0,31)x10 ⁴	<u>3/5,0</u> 7/12,0	<u>(1,1±2,6)x10⁴</u> (1,3±2,4)x10 ⁴
<i>S. epidermidis</i>	<u>1/3,1</u> 3/10,0	<u>1,1x10⁴</u> (1,2±0,39)x10 ⁵	<u>4/6,6</u> 8/13,7	<u>(1,4±0,33)x10⁴</u> (1,7±0,35)x10 ⁵
<i>E. coli</i>	<u>1/3,1</u> 2/6,6	<u>6,5 x10³</u> (7,9-0,4)x10 ⁴	<u>1/1,6</u> 3/5,1	<u>8,6x10³;9,9x10³</u> (9,7±0,33)x10 ⁷
<i>S. pyogenes</i>	<u>0/0</u> 3/10,0	<u>0</u> (8,4±1,40)x10 ³	<u>1/1,6</u> 6/10,3	<u>4,5 x 10³</u> (8,9±1,51)x10 ³
<i>S. aureus</i>	<u>0/0</u> 3/10,0	<u>0</u> (6,7±2,20)x10 ³	<u>1/1,6</u> 5/8,6	<u>7,3 x 10³</u> (6,8±1,3)x10 ³
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	<u>0/0</u> 2/6,6	<u>0</u> (1,1±0,8)x10 ⁴	<u>1/1,6</u> 3/5,1	<u>9,6 x 10³</u> (1,8±0,51)x10 ⁴
<i>Candida albicans</i>	<u>0/0</u> 3/10,0	<u>0</u> (7,3±1,43)x10 ³	<u>1/1,6</u> 9/25,7	<u>5,1x10³</u> (6,4±2,1)x10 ³
<i>S. capitis</i>	<u>22/68,8</u> 8/26,6	<u>(2,6±0,7)x10³</u> (2,0±0,68)x10 ³	<u>41/68,3</u> 5/14,2	<u>(1,4±0,33)x10³</u> (1,0±0,34)x10 ³
<i>S. mitis</i>	<u>29/90,6</u> 6/20,0	<u>(1,5±0,10)x10³</u> (1,1±0,35)x10 ³	<u>42/70,0</u> 5/14,2	<u>(1,6±0,50)x10³</u> (1,1±0,44)x10 ³
<i>S. salivaris</i>	<u>31/96,9</u> 3/10,0	<u>(1,6±0,10)x10³</u> (2,0±0,2)x10 ⁴	<u>46/76,7</u> 6/17,1	<u>(1,6±0,40)x10³</u> (1,4±0,46)x10 ³
<i>S. mutans</i>	<u>28/87,5</u> 2/6,6	<u>(2,1±0,4)x10³</u> (1,8-0,1)x10 ³	<u>44/73,3</u> 6/17,1	<u>(1,7±0,45)x10³</u> (1,4±0,40)x10 ³

Примітка: над рисою - показники хворих основної групи, під рисою – показники хворих групи порівняння.

Таблиця 8
Склад мікрофлори пародонтальних кишень хворих на ГП I та II ступеня тяжкості на тлі токсокарозу (через 6 місяців після лікування)

Вид мікроорганізмів	ГП + токсокароз (n = 180)			
	I ступінь (n = 30/30)		II ступінь (n = 60/60)	
	частота вилучення, %	КУО/ мл	частота вилучення, %	КУО/ мл
<i>S. auricularis</i>	$\frac{1/3,3}{3/10,0}$	$\frac{4,1 \times 10^3}{(6,8 \pm 1,21) \times 10^3}$	$\frac{4/6,6}{7/11,6}$	$\frac{(7,7 \pm 1,53) \times 10^3}{(8,5 \pm 1,44) \times 10^3}$
<i>S. haemolyticus</i>	$\frac{1/3,3}{4/13,3}$	$\frac{2,1 \times 10^3}{(6,7 \pm 1,12) \times 10^3}$	$\frac{3/5,0}{7/11,6}$	$\frac{(7,1 \pm 1,47) \times 10^3}{(7,7 \pm 1,41) \times 10^3}$
<i>S. epidermidis</i>	$\frac{1/3,3}{3/10,0}$	$\frac{4,3 \times 10^4}{(1,1 \pm 0,30) \times 10^4}$	$\frac{4/6,6}{7/11,6}$	$\frac{(9,8 \pm 2,11) \times 10^3}{(1,1 \pm 0,37) \times 10^4}$
<i>E. coli</i>	$\frac{1/3,3}{2/6,6}$	$\frac{5,6 \times 10^3}{(7,2 \pm 0,2) \times 10^3}$	$\frac{2/3,3}{6/10,0}$	$\frac{(8,6 \pm 0,1) \times 10^3}{(8,9 \pm 2,6) \times 10^3}$
<i>S. pyogenes</i>	$\frac{0/0}{4/13,3}$	$\frac{0}{(5,4 \pm 1,22) \times 10^3}$	$\frac{0}{6/10,0}$	$\frac{0}{(7,4 \pm 1,58) \times 10^3}$
<i>S. aureus</i>	$\frac{0/0}{3/10,0}$	$\frac{0}{(5,6 \pm 1,15) \times 10^3}$	$\frac{1/1,6}{5/8,3}$	$\frac{5,0 \times 10^3}{(6,8 \pm 1,21) \times 10^3}$
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	$\frac{0/0}{2/6,6}$	$\frac{0}{(7,5 \pm 0,3) \times 10^3}$	$\frac{1/1,6}{4/6,6}$	$\frac{5,0 \times 10^3}{(9,7 \pm 2,10) \times 10^3}$
<i>Candida albicans</i>	$\frac{0/0}{4/13,3}$	$\frac{0}{(4,1 \pm 0,70) \times 10^3}$	$\frac{1/1,6}{7/11,6}$	$\frac{4,3 \times 10^3}{(5,6 \pm 1,50) \times 10^3}$
<i>S. capitis</i>	$\frac{24/80,0}{8/26,6}$	$\frac{(2,6 \pm 0,8) \times 10^3}{(1,9 \pm 0,6) \times 10^3}$	$\frac{46/76,6}{15/25,0}$	$\frac{(2,4 \pm 0,36) \times 10^3}{(2,1 \pm 0,35) \times 10^3}$
<i>S. mitis</i>	$\frac{22/73,3}{7/23,3}$	$\frac{(1,0 \pm 0,9) \times 10^3}{(1,5 \pm 0,6) \times 10^3}$	$\frac{45/75,0}{15/25,0}$	$\frac{(2,3 \pm 0,40) \times 10^3}{(1,8 \pm 0,38) \times 10^3}$
<i>S. salivaris</i>	$\frac{27/90,0}{3/10,0}$	$\frac{(1,5 \pm 0,40) \times 10^3}{(1,3 \pm 0,36) \times 10^3}$	$\frac{49/81,7}{13/21,6}$	$\frac{(1,6 \pm 0,43) \times 10^3}{(1,3 \pm 0,41) \times 10^3}$
<i>S. mutans</i>	$\frac{28/93,3}{2/6,6}$	$\frac{(2,1 \pm 0,8) \times 10^3}{(1,9 \pm 0,6) \times 10^3}$	$\frac{43/71,7}{4/6,6}$	$\frac{(2,0 \pm 0,44) \times 10^3}{(1,7 \pm 0,41) \times 10^3}$

Примітка: над рисою - показники хворих основної групи, під рисою – показники хворих групи порівняння.

У хворих на ГП I і II ступенів тяжкості груп порівняння з різними формами паразитозів, на відміну від хворих на ГП I і II ступенів тяжкості основної групи, після закінчення лікування в пародонтальних кишнях виявлялися патогенні бактерії і гриби *C. albicans*. У хворих на ГП I ступеня тяжкості з різними формами паразитозів впродовж 1 місяця після закінчення лікування патогенні бактерії, *Fusobacterium nucleatum* та гриби *C. albicans* не були виявлені. У хворих на ГП II ступеня тяжкості через 30 днів спостереження патогенні бактерії *S. pyogenes* виявлені тільки у 5,2% хворих з токсокарозом, *S. aureus* виявлені тільки у 1,6% хворих з ентеробіозом, анаероби *Fusobacterium nucleatum* та гриби *C. albicans* виявлені у 1,6% хворих з токсокарозом. Через 6 місяців після закінчення лікування у хворих з ентеробіозом в 1,6% випадків висівалися *S. pyogenes*, *S. aureus*, *Fusobacterium nucleatum* та гриби *C. albicans*, а у хворих з токсокарозом навіть через 6 місяців після терапії не висівався *S. pyogenes*.

В той же час було встановлено, що одразу після лікування в групах порівняння хворих на ГП I і II ступенів тяжкості хронічного перебігу в значно меншому відсотку випадків вилучалися патогенні мікроорганізми, ніж до початку лікування. Виявлено, що ступінь колонізації усіма видами мікроорганізмів пародонтальних кишень після лікування також був значно нижчий, ніж до лікування. У групах порівняння з ГП I і II ступенів тяжкості, як і у основної групи після закінчення лікування, відбувалося підвищення кількості хворих, у яких з пародонтальних кишень вилучалася сапрофітна мікрофлора. У хворих на ГП I

ступеня тяжкості в першій місяць після закінчення лікування сапрофітні бактерії висівалися у 68,8% - 90,1% у хворих з ентеробіозом та 70,0% - 93,3% осіб з токсокарозом; у хворих на ГП II ступеня тяжкості у 55,0% - 93,3% хворих з ентеробіозом та 55,0% - 81,7% пацієнтів з токсокарозом.

Це обумовлено різноманітним негативним впливом паразитів як на загально соматичний стан пацієнта, так і на стан та функціонування органів ротової порожнини, коли їх спротив ушкоджуючим факторам значно послаблений. Ушкодження, які виникають під впливом паразитів, запускають складний каскад реакцій, у тому числі і рефлексорних механізмів, що призводить до подальших порушень в організмі [14], у зв'язку з чим гельмінтози не можна вважати тільки місцевим патологічним явищем, а необхідно розглядати як захворювання всього організму.

З урахуванням вищезазначеного та беручи до уваги факт існування наслідків поліпатології на тлі паразитозів, а саме обтяжливого алергологічного стану хворих, вітамінного дисбалансу, порушень у роботі шлунково-кишкового тракту, печінки, а також високу токсичність препаратів, за допомогою яких паразитологами була попередньо проведена протигельмінтна терапія, перед нами була поставлена задача розробки способу комплексного лікування хворих на ГП шляхом здійснення поетапного лікування з використанням препаратів, здебільше природного походження. Дія цих препаратів направлена на головні ланцюги патогенезу ГП, за рахунок чого відбувається елімінація мікробного чинника як джерела запалення і порушення метаболізму паро-

донту та аутоімунізації організму. Саме за рахунок взаємопотенціюючих ефектів застосованих в схемі лікування препаратів, які впливають на різні ланки імунітету, чинять імуномодулюючу, антибактеріальну, фунгіцидну, антидисбіотичну, протизапальну, регенеративну, антиоксидантну, гепатопротекторну, адаптогенну, протипаразитарну дію й можна здійснити розрив та пригнічення аутоімуних процесів, активізувати регенеративні процеси і поновити нормальну імунореактивність організму хворих, що й дозволить істотно покращити стан тканин пародонту, нормалізувати імунні показники, досягти стійкої ремісії у перебігу пародонтита та загального оздоровлення пацієнтів, а також запобігти реінвазії хворих збудниками паразитозів.

Введення до схеми лікування саме обраних протимікробних, антиоксидантних та імуномодулюючих засобів має патогенетичну обумовленість та продиктовано наступними їх характеристиками: вітчизняний імуномодулятор «Ербісол» є небілковим низькомолекулярним комплексом природних органічних сполук негормональної природи з оригінальним механізмом дії, володіє детоксуючою, протизапальною, антиоксидантною [15], мембраностабілізуючою [16], репаративною [17], гепатопротекторною [16] активністю, завдячуючи яким є можливість позитивно впливати і на стан тканин пародонта, і на загальний стан хворого [18]. Внаслідок встановленого факту розвитку у хворих на ГП хронічного перебігу з паразитомами аутоімуних процесів, найсуттєвішими особливостями препарату є здатність інгібувати аутоімуні та алергічні процеси та його спроможність відновлювати баланс активності Т - лімфоцитів та гармонізувати співвідношення клітинного та гуморального імунітету [18,19].

Складність при виборі антибактеріального препарату для лікування хворих на ГП, обтяжених паразитарною хворобою чи її наслідками, була пов'язана, з одного боку, з постійно зростаючою стійкістю до наявних протимікробних препаратів, а з іншого - наявністю у антибіотиків побічної дії чи небажаних реакцій при їх застосуванні, розвитку дисбактеріозу, що може призводити до ускладнення перебігу захворювання, одночасно викликаючи проблеми з його лікуванням. У зв'язку з цим, у теперішній час, на фоні переоцінки дії антибіотиків, враховуючи їх негативний вплив на макроорганізм, відродився інтерес до антисептиків, у тому числі і при лікуванні захворювань пародонту. Тому був вибраний протимікробний препарат «Декасан», який також виявляє десенсибілізуючі та протизапальні властивості, позитивно впливає на природну і специфічну імунологічну реактивність [20,21,22]. Застосування препаратів рослинного походження «Олія шавлії» на першому етапі лікування та «Масляний екстракт семян тыквы» – на другому, пов'язано з необхідністю використання в комплексній терапії ГП у хворих з паразитами за-

гальних і універсальних засобів впливу, які в поєднанні зі специфічними препаратами надають більш пролонгований пародонтопротекторний ефект, посилюючи їх антибактеріальну, імуномодулюючу, протизапальну, репаративну, антиоксидантну дію [23], сприяють підвищенню загальної опірності організму, його адаптаційних резервів та упереджують виникнення патологічних станів. Наявність у складі шавлії ефірної олії туйона, яка має глистогінну дію [24], дозволяє при застосуванні препаратів на її основі запобігати реінвазії паразитозів. Критеріями вибору для призначення українського виробництва комплексного препарату «Квертулін» було, перш за все те, що він, як один із найбільш ефективних засобів, який володіє адаптогенною активністю [25], має здатність здійснювати антидисбіотичну дію, стимулювати зростання пробіотичної мікрофлори, за рахунок чого усуваються явища дисбактеріозу [26,27]. Окрім антидисбіотичних властивостей, кверцетин, що входить до складу Квертуліну, має антиоксидантну, імуномодулюючу, радіопротективну, репаративну, протизапальну [28], гепатопротекторну дію [29]. Антиоксидантна активність кверцетину пов'язана з його здатністю інгібувати перекисне окислення ліпідів, зменшувати вміст вільних радикалів і токсичних продуктів пероксидації [30]. Застосування антиоксидантів – інгібіторів вільнорадикальних процесів є невід'ємним компонентом комплексної терапії при запальних процесах, це в повній мірі стосується не тільки системного лікування, а й місцевого. Проведення такої терапії лежить в основі попередження утворення вільних радикалів та знижує концентрацію продуктів перекисного окиснення ліпідів, підвищує ефективність енергетичного метаболізму та життєздатність нервових клітин в умовах ішемії. Застосування у комплексній терапії українського виробництва препарату «Катомас» зумовлено тим, що це кератопластичний препарат, який містить розчин β - каротину і вітаміну Е в соєвій олії з додаванням гірчиної олії [31], відносять [32] до засобів з антиоксидантним механізмом, що виявляє стимулюючий вплив на захисні сили організму. Важливою позитивною якістю препарату «Катомас» є сполучення в його складі каротину з рослинними жирами, які сприяють засвоєнню каротину і забезпечують організм ненасиченими жирними кислотами [33], які є обов'язковим компонентом будь-якої біологічної мембрани і найчутливішими до вільнорадикального окиснення [34]. Спектр фармакологічної дії препарату «Катомас» акумулює разом з антиоксидантною і імуномодулюючою низку бажаних для місцевого лікування тканин пародонту активностей: протимікробну, протизапальну, епітелізуючу [35], поліпшує гемодинаміку мікрокапілярного русла тканин пародонту [33].

На другому етапі хворі на ГП хронічного перебігу I-II ступеня важкості на тлі ентеробіозу та токсокарозу отримували комплекс терапії, що

дозволило з урахуванням складності загального стану щадними методами, використовуючи препарати здебільше природного походження, які не мають побічних ефектів, але вимагають, як правило, тривалого часу вживання, розширити можливості для контролю за станом хворого, ефективніше, ніж стандартна, позитивно впливати на відновлення тканин пародонту та відновити мікрофлору пародонтальних кишень при ГП.

Висновки

Виявлено дисбіотичні порушення мікрофлори пародонтальних кишень у хворих на генералізований пародонтит I і II ступенів тяжкості хронічного перебігу на тлі гельмінтозів. Встановлено, що під впливом запропонованої комплексної терапії, що включала застосування препаратів з протимікробною, імуномодельюючою, антиоксидантною активністю, у хворих на генералізований пародонтит I і II ступенів тяжкості хронічного перебігу з гельмінтозами на протязі першого місяця після лікування відновлюється мікробіоценоз пародонтальних кишень та остається стабільним протягом 6 місяців після лікування, порівняно з аналогічними показниками при застосуванні традиційної терапії.

Перспективи подальших досліджень в даному напрямку є проведення експериментальних досліджень *in vitro* з визначенням здатності виділених мікроорганізмів до формування добових біоплівки під впливом протимікробних препаратів.

Література

1. Borrell L.N. Analytical epidemiology of periodontitis / L.N. Borrell, P.N. Papanou // J. Clin. Periodontol. - 2005. - Vol. 32, Suppl. 6. - P. 132-158.
2. Аркадьєва Г.Е. Микробиоценоз ротової порожнини в нормі і деяких патологічних стосованях. Учебное пособие для врачей / Г.Е. Аркадьєва. - СПб. : СПбГМУ им. акад. И.И. Павлова, 2000. - 23 с.
3. Добровольська М.К. Стан біоценозу клінічних зубоязенних кишень хворих на генералізований пародонтит / М.К. Добровольська, В.М. Гелей, Н.І. Гелей // Клінічна стоматологія. - 2014. - № 2. - С. 17-19.
4. Горбачева І.А. Особливості гомеостазу і комплексна його корекція у хворих на генералізований пародонтит / І.А. Горбачева, А.І. Кирсанов, П.С. Шабак-Спаский // Пародонтологія. - 2001. - № 1-2 (19-20). - С. 12-13.
5. Амбарцумян А.Д. Реабілітаційні заходи при пародонтиті шляхом відновлення нормального біоценозу порожнини рота / А.Д. Амбарцумян, Т.М. Бостанджян // Пародонтологія. - 2004. - № 4 (33). - С. 41-43.
6. Близнюк Г.О. Обґрунтування принципів раціональної гігієни порожнини рота у хворих із загостреним перебігом генералізованого пародонтиту : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Г. О. Близнюк. - Одеса, 2006. - 27 с.
7. Кравченко Л.С. Зміни біохімічних та імунологічних показників факторів захисту ротової рідини при захворюваннях слизової оболонки порожнини рота / Л.С. Кравченко, Н.О. Бас // Український стоматологічний альманах. - 2011. - № 6. - С. 38-42.
8. Юрженко А. В. Біохімічні зміни в тканинах пародонта та ротовій рідині за умов генералізованого пародонтиту та лікування антиоксидантними препаратами : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / А.В. Юрженко. - Київ, 2009. - 22 с.
9. Приказ МЗО СССР № 535 от 22 апреля 1985 года. Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений. - Москва, 1985. - Стр. 3 - 65.

10. Рубинова Г.Е. Основные методы лабораторных исследований в клинической бактериологии / Г.Е. Рубинова. - М. : Медицина, 1994. - 234 с.
11. Білько І.П. Вимоги до взяття та доставки матеріалу для мікробіологічних досліджень / І.П. Білько // Сучасні інфекції. - 2001. - № 3. - С. 106-109.
12. Колесник Н.А. Теория и практика доказательной медицины / Н.А. Колесник, В.Н. Непомнящий, Е.С. Самусев - К. : Полиграф-плюс, 2006. - 200 с.
13. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием EXCEL / С.Н. Лапач, А.В. Губенко, П.Н. Бабич. - К. : Моріон, 2001. - 408 с.
14. Пат. 109265 U, Україна, МПК А61В10/00. Спосіб комплексного лікування хронічного генералізованого пародонтиту I-II ступеня тяжкості на тлі паразитозів (ентеробіозу і токсокарозу) / Н.М. Савельєва, С.А. Шнайдер, О.В. Деняга, А.П. Левицький, І.І. Соколова.
15. Чебышев Н.В. Гельминтозы: органно-системные процессы в их патогенезе и лечении / Н.В. Чебышев, Ю.К. Богоявленский, Е.А. Гришина - М. : Медицина, 1998. - 240 с.
16. Шипулин В.П. Оценка эффективности нового отечественного препарата "Эрбисол" у больных хроническим гепатитом / В.П. Шипулин, А.Н. Николаенко, А.А. Фомина [и др.] // Врачеб. дело. - 1995. - № 1-2. - С. 55-59.
17. Корсунська О.І. Імуноотропні препарати у роботі лікаря загальної практики (фармакотерапевтичний довідник) / О.І. Корсунська, О.О. Нефьодов. - Дніпропетровськ : «Літограф», 2015. - 408 с.
18. Уніч П.П. Екстра Ербісол у комплексній терапії хворих на розсіяний склероз / П.П. Уніч, С.М. Віничук, О.Н. Николаенко // Журнал практичного лікаря. - 2003. - № 5. - С. 38-42.
19. Николаенко А.Н. Основные направления в создании и внедрении нового лекарственного препарата Эрбисол / А.Н. Николаенко // Новый украинский препарат «Эрбисол» : Тезисы доклада. - Киев, 1994. - С. 4-9.
20. Бычкова Н.Г. Клинико-иммунологическая эффективность нового украинского препарата «Эрбисол» у больных с хроническим гепатитом / Н.Г. Бычкова, В.П. Шипулин, А.А. Фомина [и др.] // Врачебное дело. - 1995. - № 3-4. - С. 65-71.
21. Палій В.Г. Антимікробний лікарський препарат Декасан: стратегія і тактика застосування для профілактики та лікування гнійно-запальних захворювань / В.Г. Палій, В.М. Мороз, М.Д. Желіба [та ін.] // Вісник Вінницького національного медичного університету. - 2004. - № 8 (2). - С. 449-452.
22. Фещенко Ю.І. Антисептичний препарат декасан у профілактиці та лікуванні місцевих гнійно-запальних уражень / Ю.І. Фещенко, М.І. Гуменюк, О.О.Мухін [та ін.] // Український хіміотерапевтичний журнал. - 2002. - № 1 (13). - С. 63-67.
23. Палій Г.К. Ефективність антисептичного препарату декасану / Г.К. Палій, В.П. Ковальчук, Н.М. Деркач [та ін.] // Biomedical and Biosocial Anthropology. - 2010. - № 15. - С. 8-11.
24. Мельничук Г.М. Медикаментозне лікування хвороб пародонта. Групи препаратів, механізм їх дії, показання та протипоказання до використання Частина I. Антисептики рослинного походження (олія шавлії) Огляд літератури / Г.М. Мельничук, Л.В. Завербна, А.С. Мельничук [та ін.] // Новини стоматології. - 2013. - № 1. - С. 92 - 96.
25. Беляков Д.А. Использование растений в противопаразитарных фитокомпозициях / Д.А. Беляков // Материали III міжвузської науково-практич. конф. молодих учених «Молодіжжя і медичинська наука», Тверь, 26 листопада 2015г. - Тверь, 2015. - С. 40.
26. Квертулін. Вітамин Р, пребіотик, гепатопротектор / [А.П. Левицький, О.А. Макаренко, І.А. Селиванська і др.]. - Одеса : КП ОРТ, 2012. - 20 с.
27. Дорошенко С.І. Зміни мікробіоценозу порожнини рота в процесі комплексного лікування дітей із зубоцелюпними аномаліями та деформаціями на тлі захворювань тканин пародонта і цукрового діабету I типу / С.І. Дорошенко, О.В. Саранчук // Український стоматологічний альманах. - 2012. - № 2 (1). - С. 48-53.
28. Мігенько Б.О. Трофічні виразки при післятромбофлебійному синдромі, сучасні підходи до лікування хворих / Б.О. Мігенько, Л.С. Бабінець, Л.М. Мігенько, С.С. Рябокоць // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. - 2016. - № 2. - С. 99-100.
29. Буянова О.В. Комплексне лікування псоріазу з використанням «Кверцетину» та «Ербісолу» / О.В. Буянова, І.Г. Циділо // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2007. - № 4 (27). - С. 39-41.
30. Левицький А.П. Сравнительное действие кверцетина, иноулина и квертулина на состоянии печени крыс после оральной аппликации липополисахарида / А.П. Левицький, Е.М. Левченко, О.А. Макаренко // Вісник морської медицини. - 2013. - № 2 (59). - С. 34-38.
31. Ковалевська І. В. Визначення фізико-хімічних характеристик кверцетину / І. В. Ковалевська // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. - 2014. - № 1. - С. 6-8.
32. Левицький А.П. Гепатопротекторні властивості пасти з плодів чорниці при експериментальному токсичному гепатиті та киш-

- ковому дисбіозі / А.П. Левицький, С. Б. Осипенко, Ю. В. Цісельський [та ін.] // Фітотерапія. - 2009. - № 3. - С. 26-30.
33. Тілігузова Н.А. Клініко-лабораторне обґрунтування диференційованого застосування препаратів-адаптогенів рослинного походження в комплексному лікуванні хворих на хронічний катаральний гінгівіт і генералізований пародонти : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Н.А. Тілігузова ; Ін-т стоматології АМН України. — О., 2002. — 19 с.
34. Деньга О.В. Адаптогенні профілактика та лікування основних стоматологічних захворювань у дітей : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня доктора мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / О.В. Деньга; Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця. — К., 2001. — 32 с.
35. Микитенко А.О. Патогенетичне обґрунтування ефективності мультипробіотикотерапії у хворих на хронічний генералізований пародонтит (експериментально-клінічне дослідження) : автореферат дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.03.04 «Патологічна фізіологія» / А.О. Микитенко; Сум. держ. ун-т МОН України. - Суми, 2015. - 20 с.
36. Савко Н.В. Препарати рослинного походження у комплексному лікуванні хворих на хронічний нейродерміт (експериментально-клінічне дослідження) : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.20 «Шкірні та венеричні хвороби» / Н.В. Савко; Нац. мед. ун-т ім. О.О.Богомольця. — К., 2002. — 17 с.

Реферат

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСТОЯНИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ ГЕЛЬМИНТОЗОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
Савельева Н.Н.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, энтеробиоз, токсокароз, микроорганизмы, микробиоценоз пародонтального кармана, комплексная терапия.

Исследованы количественный и качественный состав микробиоценоза пародонтальных карманов до- и после применения разработанной комплексной терапии больных генерализованным пародонтитом I и II степени тяжести хронического течения на фоне гельминтозов: энтеробиоза и токсокароза. Показано, что под влиянием комплексной терапии у больных генерализованным пародонтитом I и II степени тяжести хронического течения основной группы восстанавливается микробиоценоз пародонтальных карманов и остается стабильным в течение 6 месяцев после лечения по сравнению с аналогичными показателями при применении традиционной терапии.

Summary

ASSESSMENT OF MICROBIOCENOSIS IN PERIODONTAL POCKETS OF PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS AND CONCOMITANT HELMINTHIASIS AFTER COMPLEX THERAPY
Savel'eva N.

Key words: generalized periodontitis, enterobiosis, toxocarasis, microorganisms, microbiocenosis in periodontal pocket, complex therapy.

We evaluated the quantitative and qualitative composition of microbiocenosis in periodontal pockets before and after combined therapy we designed by our own in patients with chronic generalized periodontitis of I and II degree of severity and concomitant helminthiasis as enterobiosis and toxocarasis. It has been shown that influenced by the combined therapy, microbiocenosis in periodontal pockets of the patients of the test group restores and stays stable for 6 months following the treatment, compared with the values obtained after the standard therapy.

УДК 616.314.2-007.26-053.2:616-071.3.

Смоляр Н.І., Миськів А.Л., Гупор Т.Г.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АНОМАЛІЙ ПРИКУСУ З ФІЗИЧНИМ РОЗВИТКОМ ДІТЕЙ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Важливим показником здоров'я дитини є її фізичний розвиток. Стан фізичного розвитку дитини певного віку є основою для прогнозування виникнення патології, яка буде впливати на якість життя впродовж наступних років. Тому, метою нашого дослідження було визначити основні антропометричні показники довжину та масу тіла, та їх взаємозв'язок із зубоцелепними аномаліями. Нами проведено епідеміологічне обстеження 981 дитини віком 7, 12, та 15 років. Аналіз результатів обстеження дітей показав, що поширеність зубоцелепних аномалій в середньому, становить $74,2 \pm 1,46\%$. Встановлено, що у структурі ЗЦА найчастіше зустрічаються аномалії окремих зубів – $31,41 \pm 1,55\%$. Аномалії зубних рядів діагностовано у $29,51 \pm 1,52\%$ та $14,93 \pm 1,19\%$ припадає на аномалії прикусу. Аномалії прикусу значно частіше зустрічаються у дітей з відхиленням у ФР за ІМТ, у порівнянні з дітьми з ІМТ, що відповідає віковій нормі. Окрім того, аномалії прикусу частіше діагностовано у дітей з ІМТ вище за вікову норму, у порівнянні з дітьми, у яких ІМТ нижче за вікову норму.

Ключові слова : зубоцелепні аномалії, фізичний розвиток, індекс маси тіла.

Дане дослідження є фрагментом планової НДР «Оцінка стоматологічної захворюваності у дітей з урахуванням еколого-соціальних аспектів та ефективності профілактики карієсу та хвороб пародонта», № держ. реєстрації 0115U000037.

Вступ

Фізичний розвиток дітей і підлітків відображає закономірність росту і розвитку, процес дозрівання організму, а також його морфологічний і функціональний стан у кожному віковому періо-

ді. Стан фізичного розвитку дитини певного віку є основою для прогнозування виникнення патології, яка буде впливати на якість життя впродовж наступних років [2]. За відсутності належних умов навколишнього середовища гармонія