

ряду з АХП інших груп на основі антибіотикограми.

2. Для своєчасної і адекватної антибіотикотерапії гострого тонзиллофарингіту принципово важливо мати дані моніторингу щодо поширеності і характеру чутливості збудників до АХП. Строгий вибір схеми емпіричної антибіотикотерапії на підставі локальних даних - важли-

ва умова попередження антибіотикорезистентності.

Перспективним є проведення порівняльної характеристики кількісної і якісної мікрофлори зіву у пацієнтів з підвищеним титром антистрептолізину (при хронічному тонзиллофарингіті) та пацієнтів після проведеної тонзилектомії (при повній епітелізації тонзиллярних ніш).

### Список літератури

- Белов Б.С. Ревматологические аспекты стрептококкового тонзиллита и современные подходы к его антибактериальной терапии / Б.С. Белов, В.А. Насонова, Т.П. Гришаева // Русский медицинский журнал. - 2006. - Т. 14, № 25. - С. 156.
- Богданович Т.М. Клинические и фармакодинамические особенности использования макролидных антибиотиков при остром стрептококковом тонзиллите: дис. ... канд. мед. наук / Т.М. Богданович - Смоленск, 2003. - 116 с.
- Клиническая лабораторная аналитика / Под ред. В.В. Меньшикова. - М.: Агат-Мед, 2003. - Т. IV. - 815 с.
- Наказ МОЗ України №167 від 05.04.2007р. Прозатвердження методичних вказівок "Визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів". - К., 2007. - 52 с.
- Приказ МЗ СССР № 535 от 22.04.1985г. Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений. - М., 1985. - 62 с.
- Сидоренко С.В. Тонзиллофарингит: вопросы диагностики и антибактериальной терапии / С.В. Сидоренко, И.А. Гучев // Consilium-medicum. - 2004. - Т. 06, № 4.
- Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия стрепто-коккового тонзиллита и фарингита / Л.С. Страчунский, А.Н. Богомилский // Детский доктор. - 2000. - № 3. - С. 32-33.
- Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis / A.L. Bisno, M.A. Gerber, J.M. Gwaltney et al. // Clin. Infect. Dis. - 2002. - Vol. 35. - P. 113-125.

**Бурова Е.Д.**

### ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИМИКРОБНЫМ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ ШТАММОВ *STREPTOCOCCUS β-HAEMOLYTICUS*, ИЗОЛИРОВАННЫХ ОТ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОМ

**Резюме.** Представлены результаты исследования чувствительности к различным антибиотикам 40 изолятов *Streptococcus β-haemolyticus*, изолированных от больных с острым тонзиллофарингитом. Выявлено препараты выбора для эмпирической терапии больных до момента установления антимикробной чувствительности возбудителей. Показано, что для эффективного лечения острых состояний заболевания может быть рекомендован ограниченный набор антибиотиков, прежде всего пенициллин, амоксилав у взрослых и цефалоспорины 1-го поколения у детей. Другие антимикробные препараты следует использовать после установления чувствительности возбудителя с помощью метода стандартных дисков.

**Ключевые слова:** *Streptococcus β-haemolyticus*, тонзиллофарингит, чувствительность к антимикробным химиотерапевтическим препаратам.

**Burova Y.D.**

### THE SENSITIVITY TO ANTIMICROBIAL CHEMOTHERAPY DRUGS STRAINS *STREPTOCOCCUS β-HAEMOLYTICUS*, ISOLATED FROM PATIENTS WITH ACUTE TONSILLITIS AND PHARYNGITIS

**Summary.** In the research are represented the results of the study of sensitivity to various antibiotics of 40 isolates of *Streptococcus β-haemolyticus*, isolated from patients with acute tonsillitis and pharyngitis. We found drugs of choice for empirical treatment of patients to establish the antimicrobial sensitivity of pathogens. It is shown that the effective treatment of acute disease states may be recommended a limited set of antibiotics, especially penicillin - amoxiclav for adults and cephalosporins of the 1st generation of children. Other antimicrobials should be used after installation of susceptibility by the method of standard drives.

**Key words:** *Streptococcus β-haemolyticus*, tonsillitis and pharyngitis, sensitivity to antimicrobial chemotherapeutic agents.

Стаття надійшла до редакції 2.12.2013р.

Бурова Єлизавета Дмитрівна - студентка 5 курсу медичного факультету Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; +38. 067 793-64-49

© Береза Б.М., Назарчук О.А., Чепель Л.І.

УДК: 615.281:616.311.2-002

**Береза Б.М., Назарчук О.А., Чепель Л.І.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, 21018)

### ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ КОМПОЗИЦІЇ З ДЕКАМЕТОКСИНОМ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГІНГІВІТУ

**Резюме.** В роботі вивчали клінічну ефективність лікувальної композиції з декаметоксином для місцевого лікування гінгівіту. За допомогою загальноприйнятих та спеціальних методів клінічного дослідження доведено, що при застосуванні вищезгаданого засобу в порівнянні з традиційними схемами лікування скорочуються строки лікування пацієнтів, подовжуєть-

ся ремісія. Результати дозволяють рекомендувати досліджуваний засіб для лікування запальних захворювань пародонту.  
**Ключові слова:** гінгівіт, запалення, лікувальна композиція, лікування.

**Вступ**

Запальні захворювання пародонту, зокрема гінгівіт є актуальною медичною проблемою, що обумовлено насамперед широкою розповсюдженістю цієї патології. Серед старшокласників України поширеність гінгівіту сягає 80% [Іванова, 2002; Сідаш та ін., 2013]. Ведучим фактором в етіології гінгівіту є мікроорганізми. Значне місце в етіопатогенезі гінгівіту належить мікробному фактору. Початок розвитку запалення ясен пов'язаний з дією мікроорганізмів, кількість яких зростає в міру накопичення на зубах бляшок. Відбувається заміщення одних умовно-патогенних штамів мікроорганізмів на інші, більш патогенні. Переважаючи в здоровому пародонті кокова флора заміщується на складніший комплекс, що містить у собі коки палички, спірили тощо. Активне виділення мікроорганізмами найрізноманітніших ферментів (гіалуронідаза, хондроїтинсульфатаза, протеаза, глюкуронідаза, колагеназа) спричиняє розвиток мікроциркуляторних порушень в пародонті, деполімеризацію глікозаміногліканів, білків тканин пародонта, в першу чергу, колагену, порушення перекисного окислення ліпідів, викликаючи при цьому цілу низку різноманітних реакцій запалення, імунних реакцій. Тому успіх лікування пацієнтів з вищезазначеними захворюваннями в значному ступені буде визначатися проведенням адекватного протимікробного лікування [Борисенко, 2008; Заболотний, 2011]. В стоматології для медикаментозної обробки каріозних порожнин, при ендодонтичному лікуванні успішно застосовують препарати з ряду четвертинних амонієвих сполук, зокрема, декаметоксин. Останній має виражену антимікробну дію у відношенні грам-позитивних і грам-негативних, аеробних і анаеробних, спороутворюючих і аспорогенних бактерій у вигляді монокультур і мікробних асоціацій [Палій, 1997].

Метою нашого дослідження було вивчення клінічної ефективності лікувальної композиції (ЛК) при лікуванні гінгівіту.

**Матеріали та методи**

Для вирішення поставлених завдань диспансерним наглядом з курсом лікування були охоплені 46 пацієнтів віком 16-18 років з діагнозом хронічного генералізованого катарального гінгівіту I ступеню ступеня тяжкості. 24 хворим основної групи для місцевого лікування використовували ЛК, 22 контрольної - 0,002 % розчин хлоргексидину біглюконату (ХГ). До складу ЛК на водній основі входить декаметоксин (0,1 мас. %); натрієва сіль карбоксиметилкрохмалю, оксиетилцелюлоза, полівінілацетатна дисперсія [Патент України, 2012].

Протимікробну активність ЛК, хлоргексидину біглюконату вивчали на клінічних штаммах *S. aureus* (n 10), *E. coli* (n 10), *C. albicans* (n 8), виділених від хворих за-

пальними захворюваннями ротової порожнини. Чутливість мікроорганізмів до антисептичних лікарських засобів вивчали методом двократних серійних розведень. Ефективність препаратів оцінювали за показниками мінімальних бактериостатичної, фунгістатичної (МБсК, МФсК) та мінімальних бактерицидної, фунгіцидної концентрацій (МБцК, МФцК).

Для систематики запальних захворювань пародонту в своїй роботі ми користувались класифікацією [Данилевського, 1994]. При обстеженні пацієнтів з запальними захворюваннями пародонту використовували загальноприйняті методи клінічного дослідження. При об'єктивному обстеженні слизової оболонки ясен оцінювались окраска і рельєф міжзубних сосочків, їх консистенція, наявність і характер зубних відкладень.

Запальні явища в яснах оцінювали за наступними критеріями: набряк, гіперемія, кровоточивість. Характер і локалізацію запальних змін вивчали спеціальними методами.

Для визначення наявності хронічного запалення в яснах використовували пробу Шиллера-Пісарєва. Ступінь запалення в яснах оцінювали за допомогою гінгівального індексу Лое (г). Стан гігієни порожнини рота характеризували за допомогою індекса Федорова-Володкіної (Г).

Медикаментозній ліквідації запальних явищ в яснах передували санація зубів та професійна гігієна порожнини рота. Остання включала обов'язкове видалення зубних відкладень.

Використовувані медикаментозні засоби як в основній так і контрольній групах наносили на ясна аплікаційно.

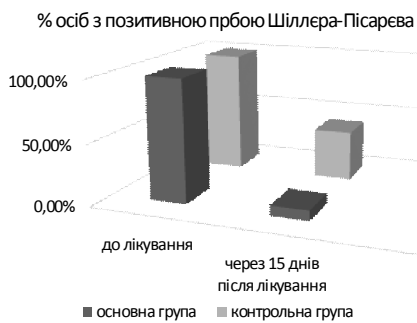
Контрольний огляд пацієнтів після проведеного курсу лікування здійснювали через 10 - 15 днів. Стан пародонту оцінювали за допомогою таких критеріїв:

без змін - стан, коли процес не призводить до стабі-

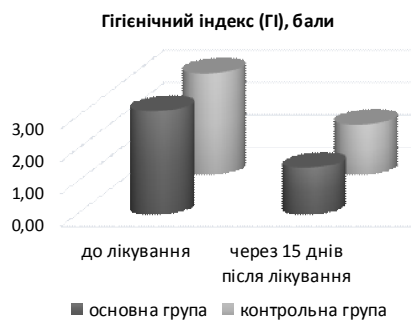
**Таблиця 1.** Чутливість клінічних штамів мікроорганізмів до антисептичних препаратів.

Мікро-організми	n*	Лікувальна композиція		Хлоргексидину біглюконат	
		(M±m), мкг/мл			
		МБсК, МФсК	МБцК, МФцК	МБсК, МФсК	МБцК, МФцК
<i>S. aureus</i>	10	0,55±0,06	1,09±0,12	3,04±0,29	12,47±1,39
p**		-	-	<0,001	<0,001
<i>E. coli</i>	10	2,32±1,19	4,49 ± 0,27	10,25±0,65	21,49±1,57
p**		-	-	<0,001	<0,001
<i>C. albicans</i>	8	7,41±1,85	8,19 ± 1,85		32,81±7,42
p**		-	-	<0,01	<0,01

**Примітки:** \* n - кількість; \*\* p - порівняно з лікувальною композицією.



**Рис. 1.** Динаміка зміни проби Шиллера-Пісарєва під час диспансерного нагляду.



**Рис. 2.** Динаміка зміни гігієнічного індексу під час диспансерного нагляду



**Рис. 3.** Динаміка змін показників гінгівального індексу Loe (г) під час диспансерного нагляду.

ілізації або погіршення розвитку захворювання;

погіршення - стан, коли процес прогресує, відмічаються часті рецидиви та ускладнення;

клінічне благополуччя - стан, коли після лікування ясна стають рожевими, щільними, помірно вологими, відсутня кровоточивість, зубні відкладення, індекс за Федоровим-Володкіною - 1,5, проба Шиллера-Пісарєва негативна.

### Результати. Обговорення

В процесі лікування хворих з діагнозом хронічного генералізованого катарального гінгівіту не відмічено побічних та алергічних реакцій на використання досліджуваних засобів не відмічено.

Встановили, що МБЦК усіх досліджуваних антисептиків щодо досліджуваних штамів мікроорганізмів, були меншими від вмісту основної лікарської речовини в робочих розчинах. За результатами проведених досліджень встановлено переваги протимікробної активності ЛК в порівнянні з ХГ.

Визначили високу чутливість до ЛК у штамів *S. aureus*, *E. coli*, які займали ведучі позиції місце в етіологічній структурі запальних захворювань ротової порожнини обстежених пацієнтів. ЛК володіла бактеріотатичною дією на *S. aureus* в присутності 0,55±0,06 мкг/мл, в той час як ХГ пригнічував ріст стафілококів при застосуванні 3,04±0,29 мкг/мл препарату. Відповідно до одержаних даних можна судити про те, що ЛК перевищувала за протимікробною дією щодо *S. aureus* активність ХГ в 6 разів. Бактерицидна дія ЛК на стафілокок також була вищою, ніж у ХГ (табл. 1).

У дослідженні встановили переваги протимікробної активності ЛК щодо *E. coli*. Так, ЛК забезпечувала бактерицидну дію на кишкову паличку в присутності 4,49±0,27 мкг/мл. Менш активним виявили ХГ, який проявляв антисептичну дію на штами *E. coli* в присутності 21,49±1,57 мкг/мл. За даними досліджень виявили гарні протимікробні властивості ЛК щодо клінічних штамів *C. albicans* (МФСК 8,19±1,85 мкг/мл). Встановили, що фунгіцидна активність ХГ (МФСК 32,81±7,42 мкг/мл) поступалась антисептичній дії ЛК в 4 рази (p<0,01).

До лікування проба Шиллера-Пісарєва у всіх без

виключення пацієнтів була позитивною. Величина Г Федорова-Володкіною в основній групі хворих до лікування складала 3,18±0,20 в контрольній групі значення індексу було дещо іншим - 3,15±0,14 (p>0,1). Показник інтенсивності запалення ясен Loe (г) складав до початку курсу лікування 1,03±0,6 в основній групі і 1,01±0,1 (p<0,12) - в контрольній.

Оцінюючи терапевтичну ефективність досліджуваного засобу можна констатувати наступне. Через 2-3 дні від початку лікування у пацієнтів основної групи відмічали зменшення або зникнення кровоточивості ясен. При об'єктивному огляді можна було відмітити зменшення інтенсивності запальних явищ. Зникнення кровоточивості у хворих контрольної групи спостерігалось на 5-6 день від початку лікування. Повної ліквідації запальних явищ в маргінальному пародонті в основній групі вдалось досягти через 5-6 днів від початку лікування, в контрольній через 7-8. Загалом у пацієнтів основної групи запальні явища вдалось ліквідувати на 2,2±0,1 дні раніше ніж у пацієнтів контрольної.

Динаміка проби Шиллера-Пісарєва під час диспансерного нагляду представлена на рис. 1.

Ефективність ЛК при лікуванні пацієнтів з діагнозом хронічного генералізованого катарального гінгівіту підтверджена також Г - рис. 2.

Показники гінгівального індексу Loe (г) є яскравим доказом ефективного використання ЛК рис. 3.

Стан ясен, що характеризувався терміном "клінічне благополуччя" при найближчому контрольному огляді констатований у 91,7 % випадків основної групи і 59,1 % контрольної.

Критерієм оцінки "без змін" був оцінений стан у 8,3 % пацієнтів основної групи і 40,1 % контрольної.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Отримані результати проведеного дослідження свідчать про те, що ЛК з декаметоксином володіє вираженою клінічною ефективністю при лікуванні катарального гінгівіту.

Використання ЛК для лікування інших форм гінгівіту і пародонтиту потребує подальшого вивчення.

**Список літератури**

- Антисептики в профілактиці і лікуванні інфекцій / [Палій Г.К., Ковет Т.О., Палій В.Г. та ін.]. - К. : Здоров'я, 1997. - 201 с.
- Данилевський Н.Ф. Систематика захворювань пародонта / Н.Ф. Данилевський // Вісник стоматології. - 1994. - № 1. - С. 17-21.
- Заболотний Т.Д. Генералізований пародонти / Т.Д. Заболотний. - Львів : ГалДент, 2011. - 420 с.
- Захворювання пародонта / А.В. Борисенко та ін. - Київ : "Медицина", 2008. - 612 с.
- Иванова Ж.В. Распространенность, интенсивность и особенности течения заболевания пародонта у лиц молодого возраста / Ж.В. Иванова // Современная стоматология. - 2002. - № 4. - С. 28-32.
- Пат. 74853 Україна, МПК А61L15/12 (2006.01). Композиція для надання медичним текстильним матеріалам антимікробних властивостей з пролонгованою дією / Назарчук О.А., Палій В.Г., Палій В.Д., Назарчук Г.Г., Поліщук Н.Н. ; заявник та патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. - № 201205693 ; заявл. 10.05.2012 ; опубл. 12.11.2012. - Бюл. № 21. - 4 с.
- Сідаш Ю.В. Епідеміологічне дослідження стоматологічного статусу студентів / Ю.В. Сідаш, Л.Й. Островська, Т.Д. Бублій // Вісник ВДНЗУ "Українська стоматологічна академія". - 2013. - Т. 13. - Вип. 21 (42). - С. 62-64.

**Берега В.М., Назарчук А.А., Чепель Л.И. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ КОМПОЗИЦИИ С ДЕКАМЕТОКСИНОМ ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНГИВИТА**

**Резюме.** В работе изучали клиническую эффективность лекарственной композиции с декаметоксином для местного лечения гингивита. С помощью общепринятых и специальных методов клинического обследования доказано, что при использовании вышеупомянутого препарата в сравнении с традиционными схемами лечения сокращаются сроки лечения пациентов, возрастает время ремиссии. Результаты исследований позволяют рекомендовать исследуемый препарат для лечения пародонта.

**Ключевые слова:** гингивит, воспаление, лечебная композиция, лечение.

**Bereza V.M., Nazarchuk O. A., Chepel L.I. EFFICIENCY RESEARCH OF MEDICINAL COMPOSITION WITH DECAMETHOXINUM FOR THE LOCAL TREATMENT OF GINGIVITIS**

**Summary.** This was a study of the clinical efficacy of medicinal composition with decamethoxin for the local treatment of gingivitis. Using standart and special methods of clinical examinations, it was proved that medicinal composition in comparison with the traditional treatment schemes reduces the treatment time of patients, increases the time of remission. Obtained results allow to recommend the investigational medicinal composition for the treatment of periodontium diseases.

**Key words:** gingivitis, inflammation, medicinal composition, treatment.

Стаття надійшла до редакції 11.11.2013р.

Берега Богдан Миколайович - асистент кафедри хірургії з курсом стоматології ФПО ВНМУ імені М.І. Пирогова; +38 067 452-33-32

Назарчук Олександр Адамович - к.мед.н., асистент кафедри мікробіології, вірусології та імунології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 53-03-79

Чепель Лілія Іванівна - доцент кафедри хірургії з курсом стоматології ФПО ВНМУ імені М.І. Пирогова; +38 097 475-14-27

© Дніпровська А.В.

УДК: 616.711-007.54:615.825

**Дніпровська А.В.**

Кафедра травматології і ортопедії, Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИХ ПРОГРАМ КІНЕЗОТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ РІЗНИМИ КЛІНІЧНИМИ ВАРІАНТАМИ ХВОРОБИ ШЕЙЕРМАНА**

**Резюме.** Різні сагітальні контури хребта при класичній і атипичній формах хвороби Шейермана супроводжуються різними варіантами м'язового дисбалансу. Виконано рандомізоване контрольоване дослідження ефективності програм ЛФК у пацієнтів із кіфозом Шейермана і поперековою формою захворювання віком 16-26 років (середній вік 20,6±0,3). Ми пов'язуємо ефективність програм ЛФК із застосуванням різних методик фізичних вправ залежно від варіанту сагітальної централізації хребта.

**Ключові слова:** хвороба Шейермана, сагітальний баланс хребта, програми ЛФК.

**Вступ**

В клінічному перебігу хвороби Шейермана виділяють класичну і атипичну форми захворювання [Колесніченко, 2000; Lowe, 1999; Lee et al., 2001; Томе-

Bermejo, Tsirikos, 2012]. Класична форма характеризується ригідною грудною чи грудинно-поперековою кіфотичною деформацією хребта; вертебральний біль,