

Также, следует отметить, что у пациентов не наблюдались случаи ранних осложнений, связанных с дентальной имплантацией.

Таким образом, на основании полученных результатов было сделано заключение, что у молодых, практически здоровых, в том числе и неотягощенных серьезной стоматологической патологией, на ранних этапах дентальной имплантации наблюдается выраженная реакция местного гуморального иммунитета, проявляющаяся в виде повышенной компенсаторной секреции иммуноглобулинов А в первый месяц после имплантации.



УДК 616.31-002-097

Ю. Г. Романова, д. мед. н., О. Л. Заградська, к. мед. н., О. Л. Золотухіна

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

МЕХАНІЗМИ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ МАКРООРГАНІЗМУ ПРИ КАНДИДОЗІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Актуальність теми. Кандидоз слизової оболонки порожнини рота вважається однією з найбільш поширених грибкових інфекцій, збудниками яких є дріжджеподібні гриби роду *Candida*. Кандидоз, по праву, називається опортуністичною інфекцією, вражає тільки імунокомпрометовані макроорганізми. При поверхневих формах кандидозу імунодефіцит обумовлює хронічний рецидивуючий перебіг захворювання. Актуальність теми пролягає у виявленні всіх ланок імунної відповіді при кандидозі для визначення тих ланок імунного захисту організму, впливаючи на які можна зупинити розвиток даного захворювання.

Мета роботи. Вивчення механізму імунної відповіді при кандидозі, проведення основних імунологічних досліджень для визначення змін в імунній системі організму при розвитку кандидозу.

Матеріали та методи. Захист макроорганізму від кандидозної інфекції ґрунтується на неспецифічних і специфічних факторах імунітету, які спрямовані на елімінацію збудника і виробляються у відповідь на його появу. До неспецифічних факторів можна віднести рН і температуру середовища організму, конкуренцію з клітинами мікрофлори, цілісність бар'єру шкіри і слизових, трансферин і лактоферин, лізоцим, церулоплазмін, білки гострої фази (С-реактивного білка (CRP), 1-антитрипсину (1-АТ), гаптоглобін (Hr), 1-кислого гликопротеїда (1-AG), 2-макроглобуліну (AMG), С3 і С4 компонентів комплементу), маннозозв'язуючий протеїн та інші.

Велике значення в імунній відповіді грає фагоцитоз. Адгезія клітин гриба до фагоцитів здійснюється безпосередньо за рахунок маннозозв'язуючих рецепторів у макрофагів або опосередковано за участю опсонінів (антитіл або факторів комплементу) у нейтрофілів та інших клітин. Системи знешкодження фагоцитованих грибів *Candida* являють собою системи кисневих радикалів, оксиду азоту та неокислювальні механізми: протеолітичні білки фагоцитів, дефензини, лізоцим фагосом, лактоферин. Важлива роль окисної ланки захисту відіграє посилення фунгіцидної активності макрофагів під дією рекомбінантної мієлопероксидази. Дефіцит її призводить до незавершеності фагоцитозу і вважається одним з найбільш важливих серед факторів, що призводить до всіх форм кандидозу. Також доведена здатність макрофагального ІЛ-12, а також ІFN, TNF та ІЛ-2 НК клітин до активації Th1 ланки клітинного імунітету на ранніх стадіях інфекції.

Серед різноманіття імунологічних методів в діагностиці кандидозу застосовуються імуноферментний аналіз, реакції аглютинації, зв'язування комплементу, прямий гемаглютинації, імуноелектрофорез. Основними залишаються імуноферментний аналіз, поліланцюгова реакція, посіви. У ВІЛ-інфікованих серологічні реакції залишаються негативними.

У ротовій рідині визначають активність лізоциму і рівень імуноглобулінів: SIgA і IgG. Дослідження імуноглобулінів проводять за методом радіальної імунодифузії по Manchini et al. в модифікації Simmons. Виражають в г / л. Для вивчення активності лізоциму в ротовій рідині використовують метод Gorin et al.

Висновки. При наявності запалення СОПР найбільш репрезентативні зміни спостерігаються в активності лізоциму – фактора неспецифічного захисту та вмісту SIgA і IgG- факторів специфічного захисту. У зв'язку з цим визначення рівня імуноглобулінів різних класів і антитіл до окремих антигенів в біологічних об'єктах, виявлення кількісних характеристик окремих груп клітин часто є вирішальним фактором у встановленні імунодефіцитного стану. Таким чином, на підставі проведених досліджень було зроблено висновок, що однією з причин розвитку кандидозу слизової оболонки порожнини є імунодефіцит організму. А також при детальному вивченні всіх ланок імунітету можна визначити основні та використати отримані результати для пошуку ефективних методів лікування та профілактики даного захворювання.



УДК 614.2:616.31:33(477-25)

О. В. Савчук

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

**ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ ОРГАНІЗАЦІЇ
СТОМАТОЛОГІЧНИХ АМБУЛАТОРНО - ПОЛІКЛІНІЧНИХ ЗАКЛАДІВ
КОМУНАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ У НОВИХ ЕКОНОМІЧНИХ УМОВАХ**

Вступ. Актуальність дослідження обумовлена зростанням рівнів стоматологічної захворюваності населення, скороченням бюджетного фінансування стоматологічної допомоги.

Мета дослідження. Медико-соціальне обґрунтування пріоритетних напрямів організації державних стоматологічних амбулаторно-поліклінічних закладів у нових економічних умовах.

Результати дослідження. Проведений аналіз форм організації стоматологічної допомоги та діяльності державних стоматологічних поліклінік, засвідчив що у стоматологічних закладах державної та комунальної власності не склалося ефективного управління, не сформовані нормальні економічні взаємовідносини. А також не розвинута законодавча база охорони здоров'я, має місце незахищеність пацієнтів у їх правах, наростання платності стоматологічної допомоги.

Управлінська структура сучасної економіки державних і комунальних стоматологічних закладів визначається тим, що вона базується на економіці споживання, відмежованої від економіки суспільного відтворення, у створенні якої має брати участь медичний бізнес. Нетоварна організація стоматологічних закладів, в умовах товарної організації суспільства, породжує тіньову економіку.

Чинна система охорони стоматологічного здоров'я населення у цілому є неефективною, тому що витрати на службу, хоча і явно недостатні, але постійно зростають, а результати, у вигляді основних показників стоматологічного здоров'я населення практично не поліпшуються.

Чинна господарська форма стоматологічних державних установ у сучасних економічних умовах є соціально та економічно не вигідною, відсутні належні права, відповідальність, ініціатива, зацікавленість у результатах роботи.

До того ж державні стоматологічні поліклініки, працюючи у ринкових умовах, при великому дефіциті бюджетного фінансування, в умовах серйозної конкуренції з боку приватного сектора стоматології та підвищення вимог пацієнтів до якості стоматологічної допомоги та їх бажанні лікуватися за сучасними технологіями, відчувають серйозні складнощі в організації роботи і труднощі в їх виробничій діяльності. Ситуація ускладнюється тим, що багато видів лікування пацієнт оплачує за рахунок власних коштів.

У державних стоматологічних поліклініках не вистачає коштів на зарплату, на заміну обладнання, на навчання персоналу, на закупівлю матеріалів, медикаментів і т.д.

У зв'язку з викладеним, ми вважаємо, що концептуально, стоматологічна служба повинна розвиватися за такими трьома взаємозалежними напрямками: