

І.В. Палійчук

Роль мікробіоценозу ротової порожнини та факторів місцевого імунітету в патогенезі розвитку протезного стоматиту

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

Резюме. Проведено аналіз літератури про роль мікробіоценозу ротової порожнини та факторів місцевого імунітету в патогенезі розвитку протезних стоматитів. Наведено фактори, які сприяють розвитку дисбактеріозу ротової порожнини: це гіпосалівація, наявність знімних конструкцій зубних протезів, хронічні захворювання внутрішніх органів і шлунково-кишкового тракту, соматичні захворювання, при яких уражаються периферичні судини й капілярна мережа слизової оболонки протезного ложа, вік пацієнтів, підвищена здатність адсорбції бактеріальної і грибової флори ротової порожнини до базису знімних конструкцій зубних протезів, гігієнічний стан знімних протезів і ротової порожнини, дії несприятливих екологічних факторів, застосування антибіотиків, гормонотерапії, хіміотерапії. Усе це необхідно розглядати як єдині, де пусковим механізмом у кожному конкретному випадку може виступати один із цих компонентів, а часто й поєднання багатьох факторів – комбінований вплив.

Ключові слова: місцевий імунітет, мікробіоценоз, ротова порожнина, знімні конструкції зубних протезів.

Слизова оболонка ротової порожнини (СОРП) є важливим бар'єром на шляху проникнення в організм сторонніх агресивних агентів (мікроорганізмів, вірусів). Її захисна функція зумовлена клітинними факторами неспецифічної резистентності (колонізаційною властивістю епітелію, лейкоцитів, що вільно мігрують на її поверхню і викликають фагоцитоз), а також аутофлорою, яка є важливим фактором формування мікробіоценозу та численними гуморальними факторами [1].

Одним із важливих критеріїв прояви запальних процесів у ротовій порожнині (РП) є рівень показників місцевого імунітету (колонізаційна резистентність, фагоцитарна активність лейкоцитів СОРП) [2] та показники рівня колонізації РП мікрофлорою [1, 3].

У нормі в осіб молодого й середнього віку існує стійка резистентність до бактеріальних і грибкових інфекцій. Розвиток будь-якого патологічного процесу, навіть локального, пов'язаний з порушенням імунного статусу організму [4].

При порушенні мікробіоценозу РП спостерігаються достовірні дисбіотичні зсуви кількісного та якісного складу мікрофлори. У мікробіоценозах зменшується частка аеробних бактерій і підвищується кількість анаеробів і мікробних видів з високим патогенним потенціалом, з'являється дисбаланс показників імунобіологічної реактивності [5]. У розвитку дисбактеріозу СОРП важливу роль крім ступеня патогенності мікроорганізму відіграє рівень опірності організму, який визначається функціональним станом механізмів специфічного та неспецифічного захисту від інфекції [6].

Факторами, які сприяють розвитку дисбактеріозу РП, є гіпосалівація та наявність знімних конструкцій зубних протезів (ЗКЗП) [7]. У пацієнтів, які користуються частковими знімними пластинковими протезами (ЗПП), ще більше зривається ендогенна мікрофлора, зберігається підвищення висівання патогенної і транзитної мікрофлори. Сприятливим підґрунтям для дисбактеріозів є і зниження опірності організму до інфекції [8].

Утрата зубів і використання ЗКЗП негативно впливають на показники неспецифічної резистентності

СОРП. На тлі локального зниження імунітету настають значні дисбіотичні зміни на поверхні слизової оболонки [1, 3].

Питанню взаємозв'язку між виникненням, прогресуванням, перебігом протезного стоматиту (ПС) і станом мікрофлори РП присвячена значна кількість наукових праць [9, 10, 11, 12, 13].

Як радять науковці, оцінку рівня дисбактеріозу РП в осіб із ЗКЗП необхідно проводити за показниками мікробного числа та дефіциту мікробного числа слизової оболонки протезного ложа та базису знімного протезу [14]. За даними досліджень указаних авторів, серед обстежених осіб зі ЗПП у 96,56 % спостерігається I–III ступінь дисбактеріозу.

Дослідженнями доведено, що в розвитку дисбактеріозу РП беруть участь такі несприятливі фактори, як захворювання шлунково-кишкового тракту, тривале нерегламентоване використання зубних паст з антибактеріальними інгредієнтами [15] та ортопедичні конструкції [16].

Досить часто гриби роду *C. albicans* викликають запалення СОРП унаслідок недостатньої ефективності місцевих і загальних захисних механізмів [6].

Результати проведених досліджень показали, що в осіб похилого віку різні соматичні захворювання змінюють біохімічні процеси та імунітет і можуть впливати на мікробіоценоз РП. Так, в осіб похилого віку спостерігаються тенденція до зменшення кількості нормальної та збільшення патогенної мікрофлори РП і поява мікроорганізмів, які не виявляються в осіб молодого віку [17]. В обстежених із цукровим діабетом велику поширеність отримали гемолітичні стрептококи, нейсерії та коринєбактерії [17].

Дослідженнями науковців відзначено, що в осіб із захворюваннями шлунково-кишкового тракту, діабетом, серцево-судинною патологією та іншими захворюваннями, при якому уражаються периферичні судини, є значні зміни архітектоники капілярної мережі слизової оболонки протезного ложа [18].

Численні літературні дані свідчать про те, що хронічні захворювання внутрішніх органів призводять до розвитку недостатності імунної системи, що часто

тракується як вторинний або набутий імунodefіцит [19, 20]. Це, у свою чергу, призводить і до зниження місцевого імунітету РП, що несприятливо позначається на стані слизової оболонки протезного ложа. Знаходження окремих лабораторних показників (кількість лейкоцитів, епітеліоцитів, імунних клітин, рівня колонізаційної резистентності та дисбактеріозу РП) на пограничному рівні норми, які чергуються в різних комбінаціях, в окремих пацієнтів на такому ж рівні з наявністю поодиноких клітин грибів роду *Candida* та псевдоміцелію грибів *Candida* слизової оболонки, створює передумову виникнення ПС [3].

Після проведених досліджень науковцями доведено наявність тісного взаємозв'язку між рівнем місцевого імунітету, характером мікрофлори, наявністю й важкістю запального процесу на СОРП. Зникнення нормальної мікрофлори, поява та інтенсивний ріст нерезидентних патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів є несприятливими прогностичними ознаками патологічного процесу [9, 21, 22]. Наявність гострого запального процесу СОРП при токсичному чи алергічному ПС з переважанням альтеративного компонента, вираженої імунної відповіді, зниження колонізаційної резистентності та зміна дисбалансу бактеріальної мікрофлори РП на тлі посиленої колонізації грибами роду *Candida*, у тому числі у псевдоміцеліальній формі, створюють підґрунтя для небезпеки розвитку комбінованого чи кандидозного ПС [23].

Одними із факторів, які сприяють розвитку кандидозу РП, може бути наявність знімних і незнімних ортопедичних конструкцій у РП та їх незадовільний гігієнічний стан. Знімні пластинкові протези досить часто викликають різні ускладнення, які проявляються запально-реактивними змінами тканин протезного ложа [24] та у вигляді грибкових уражень СОРП [25].

Порушення дисбалансу мікрофлори РП в осіб із ЗКЗП [26] та її зміну в залежності від строку користування ними відзначено і в інших роботах [27, 28, 29]. У разі недотримання гігієни ЗКЗП порушення балансу мікрофлори РП набувають ще більший ступінь.

Основні причини їх виникнення обумовлені більшою мірою місцевими факторами, що виходять безпосередньо від базису ЗПП і матеріалу, з якого він виготовлений. Це механічні, термічні, алергічні, токсичні подразники СОРП, які на тлі індивідуального незбалансованого стану мікробіологічних та імунологічних показників сприяють розвитку патології як у ділянці протезного ложа, так і з поширенням процесу на інші ділянки СОРП. При цьому реакція СОРП на ЗПП цілком залежить і від індивідуальних реактивних властивостей протезного ложа [30].

Про те, що погіршуються мікробіологічні показники під впливом ЗПП, свідчать результати й інших досліджень [1, 13].

Введений у РП ЗПП сприяє розвитку патогенної мікрофлори. Так, під ЗПП виявлені такі мікроорганізми, як негемолітичні стрептококи, ентерококи, диплококи, патогенний стафілокок, грампозитивні палички, лактобактерії, гриби роду *Candida* [13]. Доведено, що базисні пластмаси мають неоднакову здатність адсорбувати на своїй поверхні бактеріальну і грибкову флору РП [31, 32]. Усі ці бактерії за наявності відповідних умов можуть зумовити розвиток запального процесу в ділянці протезного ложа й бути вторинним етіологічним чинником у розвитку ПС [3].

Тому вибір конструкційного матеріалу потрібно здійснювати не тільки за біологічною дією на навколишні тканини РП, але й за його фізико-хімічними характеристиками [33], зокрема адсорбційною здатністю до бактеріальної і грибкової флори РП [31].

Дослідження вказують, що під впливом ЗПП відбуваються порушення функціональної активності слинних залоз, інтенсифікація процесів перекисного окислення ліпідів, підвищення протеолітичної активності ротової рідини, недостатність антиоксидантного захисту, які призводять до зниження неспецифічної резистентності та напруженості специфічного імунітету, підвищення мікробного обмінення та посилення розвитку ПС [34].

На сьогодні мікробний фактор є одним з найвагоміших при виникненні запального процесу. Деякі автори встановили факт проникнення мікрофлори РП у ЗПП і виявили руйнівну дію продуктів життєдіяльності мікроорганізмів його поверхні [35]. Такі ЗПП інфікуються мікробною флорою і стають недостатньо гігієнічними. Тому їх низький гігієнічний стан є одним з найсерйозніших недоліків протезування.

Вивчення гігієнічного стану ЗПП показує, що в міру звикання до них пацієнти, як правило, недбало ставляться до дотримання гігієнічних правил, що призводить до зростання загального мікробного числа РП [36].

Слід зазначити, що серед пацієнтів, які користуються ЗПП, спостерігається досить високий показник ураженості стоматопатіями, який пов'язують насамперед зі значним мікробним обміненням знімних протезів, відсутністю належного гігієнічного догляду за ними, токсичною дією пластмаси та ін. [10, 12, 13, 37].

Виготовлений ЗПП викликає сенсibilізацію організму своїми хімічними компонентами. Змінюються асоціація мікроорганізмів РП, проникнення мікробних антигенів у сироватку крові та утворення імунних комплексів [38].

Серед мікроорганізмів, які часто стають причиною кандидозного ПС, найбільша роль належить грибам роду *Candida*. У пацієнтів, які не знімають ЗП на ніч, кількість *Candida albicans* у десять разів більше, ніж у пацієнтів, які користуються ЗПП у денний час [39].

Установлено, що наліт на ЗПП містить вуглеводи, білок, частинки поверхневого епітелію, де створюються умови для активного метаболізму, що призводять до зниження кислотно-лужної рівноваги середовища. Усе це створює оптимальні умови для збільшення кількості грибів *Candida albicans* [40].

Доведено, що *Candida albicans* володіє великою адсорбційною здатністю до стоматологічних полімерів [31]. Колонізація внутрішньої поверхні ЗПП грибами *Candida*, що виникає при зниженні імунного захисту організму з подальшим заселенням грибками всієї СОРП, сприяє поширенню запального процесу у вигляді кандидозного ПС [41].

Установлено, що питома вага грибкових ПС у загальній масі зафіксованих уражень СОРП у пацієнтів із ЗПП становить 25,8 %. При цьому найбільша частота виникнення кандидозного ПС спостерігається при використанні повних ЗПП [38].

Одним із патогенетичних факторів порушення мікробної рівноваги РП є сам конструкційний матеріал, який використовується, або його неправильний вибір. Накопичення найбільш агресивних видів мікроорганізмів на поверхні базисного матеріалу може призводити до порушення мікробіоценозу РП [31] і розвитку після лікування ЗПП ускладнень запального характеру [32]. Вони можуть проявлятися у вигляді різних видів ПС [21, 22, 23]. Характер протікання та зміни показників стану місцевого імунітету й мікробіоценозу РП в динаміці при лікуванні хворих з ПС висвітлені в багатьох роботах [10, 11, 12, 13]. Однак такі зміни часто протікають довготривало й важко піддаються медикаментозній корекції.

Відомо, що деякі групи бактерій, які населяють дану екологічну нішу, можуть володіти факторами вірулентності і властивістю викликати запальний процес СОРП і тканин пародонту. Мікроскопічні дослідження мазків із внутрішньої поверхні базисів ЗПП і мазків зі слизової оболонки протезного ложа показали, що у хворих з гіперемованою слизовою оболонкою майже в 90 % випадків на внутрішній поверхні протеза і в 60 % випадків на слизовій оболонці виявляються гриби роду *C. albicans* [39].

Постійна присутність мікроорганізмів на ЗПП зумовлена виділенням бактеріальних токсинів, які сприяють розвитку запального процесу СОРП і може викликати стан сенсibiliзації та зміни імунологічної реактивності організму [22, 23]. Дослідженнями вивчено результати сенсibiliзації хворих мікробними алергенами (коків, грибів *Candida*) і на введення знімного протеза у РП при кандидозному й комбінованому ПС за допомогою реакції гальмування міграції лейкоцитів СОРП [23].

Ураховуючи, що клітини грибів *Candida albicans* і деякі інші мікроорганізми є повноцінними антигенами [42], запалення тоді знімними зубними протезами слід розглядати як токсико-алергічну реакцію організму не тільки на конструкційний матеріал, а й на мікрофлору РП та продукти її метаболізму.

Висновок

Наведені фактори, які сприяють розвитку дисбактеріозу ротової порожнини, зміну імунного статусу і появу протезного стоматиту: гіпосаливація, наявність знімних конструкцій зубних протезів, хронічні захворювання внутрішніх органів і шлунково-кишкового тракту, соматичні захворювання, при яких уражаються периферичні судини та капілярна мережа слизової оболонки протезного ложа, вік пацієнтів, підвищена здатність до адсорбції бактеріальної і грибкової флори ротової порожнини до базису знімних конструкцій зубних протезів, гігієнічний стан знімних протезів і ротової порожнини, дії несприятливих екологічних факторів, застосування антибіотиків, гормонотерапії, хіміотерапії, необхідно розглядати як єдині, де пусковим механізмом у кожному конкретному випадку може виступати один із цих компонентів, а часто й поєднання багатьох факторів – комбінований вплив.

Перспективним для попередження розвитку протезного стоматиту є контроль стану місцевого імунітету, показників мікробіоценозу ротової порожнини, гігієнічного стану знімних конструкцій зубних протезів і ротової порожнини на основі застосування відповідних діагностичних тестів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Никифорчин У.Р. Рання діагностика інфекційно-алергічних захворювань в ротовій порожнині у пацієнтів, що користуються знімними зубними протезами / У.Р. Никифорчин, М.М. Рожко // Вісник стоматології. – 2000. – № 5. – С. 85–85.
2. Томилина Т.В. Состояние неспецифической резистентности при грибковых и вирусных заболеваниях слизистой оболочки полости рта / Т.В. Томилина // Вісник стоматології. – 2000. – № 5. – С. 59–60.
3. Палійчук І.В. Рання діагностика виникнення протезних стоматитів на основі вивчення стану місцевого імунітету та показників мікробіоценозу ротової порожнини у пацієнтів до протезування знімними конструкціями зубних протезів / І.В. Палійчук // Галицький лікарський вісник. – 2010. – Т. 17, № 2, частина 1. – С. 75–79.
4. Взаимосвязь гуморального, антиэндоксинного и антигрибкового иммунитета у больных периодонтом, вызванным бактериально-грибковой микрофлорой / Н.С. Лукьянова, А.И. Гордиенко, Н.В. Химич и др. // Иммунология та алергологія. – 2006. – № 1. – С. 22–28.
5. Михайленко Т.М. Аналіз мікробіоценозу ротової порожнини в осіб із різним рівнем гігієни знімних конструкцій зубних протезів / Т.М. Михайленко, Р.В. Куцук // Галицький лікарський вісник. – 2009. – № 3. – С. 34–38.
6. Иммунологические аспекты патогенеза непереносимости стоматологических конструкционных материалов / А.В. Цимбалістов, Е.С. Михайлова, Н.В. Шабашова и др. // Стоматология. – 2006. – № 4. – С. 37–40.
7. Майер Ю.Г. Влияние различных видов зубных протезов на уровень слюноотделения у лиц с гипосаливацией / Ю.Г. Майер, Л.Д. Чулак, А.П. Левіцький // Вісник стоматології. – 2006. – № 3. – С. 66–69.
8. Особенности микробиоценоза ротовой порожнини / А.Я. Циганенко, Н.В. Павленко, Г.Г. Гришанин та ін. // Экспериментальная и клиническая медицина. – 2003. – № 2. – С. 60–63.
9. Особенности микробиоценозу ротової порожнини пацієнтів із стоматологічними захворюваннями з порушеннями в системі місцевого імунітету / У.Р. Никифорчин, Н.О. Гевкалюк, М.М. Рожко та ін. // Мікробіологічний журнал. – 2004. – Т. 66, № 1. – С. 57–61.
10. Палійчук І.В. Динаміка показників стану місцевого імунітету та мікробіоценозу ротової порожнини при лікуванні хворих з токсичним протезним стоматитом / І.В. Палійчук // Архів клінічної медицини. – 2012. – № 1(18). – С. 67–71.
11. Палійчук І.В. Динаміка показників стану місцевого імунітету та мікробіоценозу ротової порожнини при лікуванні хворих з алергічним протезним стоматитом / І.В. Палійчук // Галицький лікарський вісник. – 2012. – Т. 19, № 2. – С. 80–84.
12. Палійчук І.В. Динаміка показників стану місцевого імунітету та мікробіоценозу ротової порожнини при лікуванні хворих з кандидозним протезним стоматитом / І.В. Палійчук, М.М. Рожко, Р.В. Куцук // Современная стоматология. – 2012. – № 3 (59). – С. 76–79.
13. Палійчук І.В. Динаміка показників стану місцевого імунітету та мікробіоценозу ротової порожнини при лікуванні хворих з комбінованим протезним стоматитом /

14. Палійчук, М.М. Рожко, Р.В. Куцук, У.Р. Василичин // Галицький лікарський вісник. – 2012. – Т. 19, № 3, ч. 1. – С. 42–46.
14. Діагностика дисбактеріозу ротової порожнини в осіб зі знімними конструкціями зубних протезів на основі показників мікробного числа та дефіциту мікробного числа / Т.М. Михайленко, М.М. Рожко, Р.В. Куцук та ін. // Галицький лікарський вісник. – 2013. – № 1. – С. 61–65.
15. Иванова Л.А. Стоматологическое здоровье и микробиологическое состояние полости рта у лиц, использующих зубные пасты с антибактериальными добавками / Л.А. Иванова, Т.Л. Рединова, А.Б. Черединова // Стоматология Большого Урала. – Пермь, 2007. – С. 70–72.
16. Палійчук І.В. Вивчення стану місцевого імунітету та мікробіоценозу ротової порожнини в осіб, схильних і нехильних до виникнення протезних стоматитів, при лікуванні знімними пластинковими протезами з акрилових пластмас / І.В. Палійчук, М.М. Рожко, Р.В. Куцук // Український стоматологічний альманах. – 2010. – № 5. – С. 29–34.
17. Микрофлора слизистой оболочки полости рта у пожилых лиц при общесоматической патологии / С.И. Токмакова, Л.Ю. Бутакова, Г.Г. Ефремушкин и др. // Стоматология. – 2001. – № 4. – С. 24–27.
18. Причины непереносимости съёмных зубных протезов / П.А. Гасюк, Д.Д. Киндий, Д.В. Калашников и др. // Вісник проблем біології і медицини. – 2011. – Вип. 2, Т. 1. – С. 221–223.
19. Лебедев К.А. Физиология хронических воспалительных процессов и их лечение / К.А. Лебедев, И.Д. Понякина, Н.В. Козаченко // Физиология человека. – 2005. – Т. 31. – № 1. – С. 100–113.
20. Палійчук І.В. Визначення спадкової схильності до протезних стоматитів за показниками метафазного аналізу / І.В. Палійчук, Л.Є. Ковальчук // Галицький лікарський вісник. – 2007. – Т. 14, число 4. – С. 73–75.
21. Палійчук І.В. Стан місцевого імунітету та мікробіоценозу ротової порожнини у хворих на токсичний протезний стоматит / І.В. Палійчук, М.М. Рожко, Р.В. Куцук // Современная стоматология. – 2010. – № 4 (53). – С. 144–147.
22. Палійчук І.В. Стан місцевого імунітету та мікробіоценозу ротової порожнини у хворих на алергічний і токсичний протезний стоматит / І.В. Палійчук // Современная стоматология. – 2011. – № 2 (56). – С. 52–56.
23. Палійчук І.В. Стан місцевого імунітету та мікробіоценозу ротової порожнини у хворих на кандидозний і комбінований протезний стоматит / І.В. Палійчук, М.М. Рожко, Р.В. Куцук // Український стоматологічний альманах. – 2011. – № 4. – С. 12–18.
24. Палійчук І.В. Стан слизової оболонки ротової порожнини, тканин пародонту у хворих на алергічний і токсичний протезний стоматит / І.В. Палійчук, М.М. Рожко, Р.В. Куцук // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т. 18, № 1. – С. 73–75.
25. Палійчук І.В. Клінічні зміни стану слизової оболонки ротової порожнини, тканин пародонту у хворих на кандидозний і комбінований протезний стоматит / І.В. Палійчук, М.М. Рожко, Р.В. Куцук // Архів клінічної медицини. – 2011. – № 1 (17). – С. 79–81.

26. Дівнич Т.Я. Вплив знімних конструкцій на зміну мікрофлори ротової порожнини / Т.Я. Дівнич, М.М. Рожко, Р.В. Куцик // Галицький лікарський вісник. – 2009. – № 4, Т. 16. – С. 132–135.
27. Дівнич Т.Я. Зміна мікрофлори ротової порожнини в залежності від терміну користування знімними конструкціями зубних протезів / Т.Я. Дівнич, М.М. Рожко, Р.В. Куцик // Галицький лікарський вісник. – 2007. – № 2, Т. 14. – С. 26–29.
28. Палійчук І.В. Вивчення стану місцевого імунітету та мікробіоценозу ротової порожнини у динаміці в ранні строки лікування знімними пластинковими протезами пацієнтів, схильних і несхильних до протезних стоматитів / І.В. Палійчук, М.М. Рожко, Р.В. Куцик // Современная стоматология. – 2012. – № 1 (60). – С. 102–106.
29. Палійчук І.В. Динаміка показників стану місцевого імунітету та мікробіоценозу ротової порожнини в пізні терміни лікування знімними пластинковими протезами пацієнтів, схильних і несхильних до протезних стоматитів / І.В. Палійчук // Галицький лікарський вісник. – 2012. – Т. 19, № 1. – С. 51–55.
30. Baskin C.V. The factors of Development orthopedic stomatitis / C.V. Baskin // J. Prosthet. Dent. – 2002. – Vol. 81, N 2. – P. 270–275.
31. Палійчук В.І. Адгезивна активність бактеріальної і грибової флори ротової порожнини до базисних пластмас «Віосгіл-С» та «Фторакс» / В.І. Палійчук, М.М. Рожко, Р.В. Куцик // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т. 18, № 4. – С. 52–55.
32. Лобань Г.А. Спосіб комплексної оцінки адгезивної здатності мікроорганізмів до стоматологічних матеріалів із використанням фактора очищення, наближеного до фізіологічного / Г.А. Лобань // Український стоматологічний альманах. – 2007. – № 6. – С. 5–7.
33. Палійчук В.І. Порівняльна характеристика фізико-механічних властивостей базисної пластмаси «Віосгіл-С» та «Фторакс» / В.І. Палійчук, М.М. Рожко // Галицький лікарський вісник. – 2012. – Т. 19, № 1. – С. 47–51.
34. Маслов О.В. Зміна показників біоценозу ротової порожнини при виникненні контактних протезних стоматитів / О.В. Маслов // Одеський медичний журнал. – 2003. – № 3. – С. 72–74.
35. Кузнецов В.В. Залежність стану мікрофлори порожнини рота при користуванні знімними пластинковими протезами від технології їх виготовлення / В.В. Кузнецов // Вісник проблем біології і медицини. – 2002. – № 3. – С. 98–103.
36. Палков Т.А. Дослідження заселення слизової оболонки ротової порожнини грибами роду *Candida* у хворих на протезний стоматит / Т.А. Палков // Актуальні проблеми ортопедичної стоматології та ортодонції. – Полтава, 2000. – С. 96–97.
37. Палійчук І.В. Аналіз ускладнень слизової оболонки ротової порожнини у хворих при використанні знімних пластинкових протезів / І.В. Палійчук // Матеріали II науково-практичної конференції [«Інноваційні технології у стоматології»] (Тернопіль, 28 вересня 2012 р.) / М-во охорони здоров'я України, ДВНЗ «Тернопільський державний мед. ун-т ім. І.Я. Горбачевського». – Тернопіль: ДВНЗ «Тернопільський державний мед. ун-т ім. І.Я. Горбачевського», 2012. – С. 18–19.
38. Палійчук І.В. Вивчення етіологічних факторів у розвитку запальних уражень СОПР у протезносіїв / І.В. Палійчук, М.М. Рожко, С.І. Соловей та ін. // Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. [«Сучасні підходи до лікування та профілактики основних стоматологічних захворювань»] (Івано-Франківськ, 12–14 березня 2003 р.) / М-во охорони здоров'я України. Івано-Франківська державна медична академія. Кафедра стоматології факультету післядипломної освіти. – Івано-Франківськ: Івано-Франківська державна медична академія, 2003. – С. 116.
39. Жолудев С.Е. Применение антисептических растворимых таблеток для ухода за съемными протезами / С.Е. Жолудев, М.Л. Маренкова // Пародонтология. – 2004. – № 2 (31). – С. 19–22.
40. Почтарь В.Н. Роль патогенных дрожжеподобных грибов в развитии атопического хейлита / В.Н. Почтарь // Вестник стоматологии. – 2000. – № 2. – С. 13–15.
41. Corelationship between *C. albicans* adhesion and salivary glycoprotein in stomatitis patients / J.H. Oh, J.Y. Lee, V.B. Choi et al. // Biochim Biophys. Acta. – 2005. – Vol. 13, № 4. – P. 422–427.
42. Медицинская микробиология / Под ред. В.И. Покровского, О.К. Поздеева. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 1200 с.

Роль микробиоценоза ротової порожнини і факторів місцевого імунітету в патогенезі розвитку протезного стоматита

І.В. Палійчук

Резюме. Проведен аналіз літератури про ролі микробиоценоза ротової порожнини і факторів місцевого імунітету в патогенезі розвитку протезних стоматитів. Приведені фактори, які сприяють розвитку дисбактеріозу ротової порожнини: це гіпосаливація, наявність съемних зубних протезів, хронічні захворювання внутрішніх органів і шлунково-кишкового тракту, соматичні захворювання, при яких уражаються периферическі судини і капілярна мережа слизової оболонки протезного ложа, зростає вік пацієнтів, підвищена здатність бактеріальної і грибової флори ротової порожнини адсорбуватися до базису съемних конструкцій зубних протезів, гігієнічне стану съемних протезів і ротової порожнини, діяльність несприятливих екологічних факторів, застосування антибіотиків, гормонотерапії, хіміотерапії. Всі це необхідно розглядати як єдині, де пусковим механізмом в кожному конкретному випадку може виступати один з цих компонентів, а часто і поєднання багатьох факторів – комбіноване вплив.

Ключові слова: місцевий імунітет, микробиоценоз, ротова порожнина, съемні конструкції зубних протезів.

Role of oral microbiocenosis and factors of local immunity in the pathogenesis of prosthetic stomatitis

I. Paliichuk

Summary. Analysis of literature about the role of oral cavity microbiocenosis and factors of local immunity in the pathogenesis of prosthetic stomatitis has been made. We showed factors that contribute to the development of oral dysbacteriosis: hypotyalism, presence of removable dentures structures, chronic diseases of internal organs and gastrointestinal tract, somatic diseases in which peripheral vessels and capillary network of oral mucosa of prosthetic bed are affected, patients' age, increased adsorption capacity of bacterial and fungal flora of oral cavity to the base of removable denture constructions, hygienic condition of dentures and oral cavity, influence of unfavorable environmental factors, antibiotics use, hormone therapy, chemotherapy should be considered as the only ones where the trigger in each individual case may be the one of these components, and often a combination of many factors – combined influence.

Key words: local immunity, microbiocenosis, oral cavity, removable dentures.

Палійчук Іван Васильович – д-р мед. наук,
професор кафедри стоматології Інституту післядипломної освіти
ДВНЗ «Івано-Франківський Національний медичний університет».
Адреса: вул. Стуса, 43, кв. 53, м. Івано-Франківськ, 76006, Україна.
Телефон: (050) 373-03-87, e-mail: Paliichuk62@mail.ru.