

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ  
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ: Том 17, Випуск 2 (58), 2017  
ВІСНИК Української медичної стоматологічної академії

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований в 2001 році

Виходить 4 рази на рік

Зміст

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА БІОЛОГІЯ

<b>Акімов О.Є., Костенко В.О.</b> .....	5
ВПЛИВ РІЗНИХ КАРБОНОВИХ СОРБЕНТІВ НА ФУНКЦІОНУВАННЯ ЦИКЛУ ОКСИДУ АЗОТУ В СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ШЛУНКА ЩУРІВ ЗА УМОВ ПОСЕДНАНОЇ НІТРАТНО-ФТОРИДНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ	
<b>Баскевич О.В., Попель С.Л., Газ Ю.Р., Собєтов Б.Г.</b> .....	8
ТИПОВІ ПОРУШЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕМБРАНИ ЕРИТРОЦИТІВ ПРИ ФІЗИЧНОМУ НАВАНТАЖЕННІ РІЗНОЇ ІНТЕНСИВНОСТІ В ПРОЦЕСІ РОЗВИТКУ ЗАГАЛЬНОЇ ВИТРИВАЛОСТІ ОРГАНІЗМУ	
<b>Бондаренко О.В., Мишина М.М., Яценко М.И., Демина Е.В.</b> .....	14
ФОРМИРОВАНИЕ БИОПЛЕНОК МИКРООРГАНИЗМАМИ ПРИ ПИРСИНГЕ УШНЫХ РАКОВИН	
<b>Бугаевский К.А., Михальченко М.В.</b> .....	18
ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА И РЯДА РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У СПОРТСМЕНОК, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ТХЭКВОНДО	
<b>Грузинський О.В.</b> .....	23
МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПЕЧІНКИ ТА ЖОВЧНОГО МІХУРА КРОЛІВ ПРИ ІНФІКУВАННІ <i>HELICOBACTER PYLORI</i>	
<b>Дєєва Ю.В., Васильєв О.В., Небор І.Я.</b> .....	28
ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ КОРОТКОЛАТЕНТНИХ ВИКЛИКАНИХ ПОТЕНЦІАЛІВ В ДІАГНОСТИЦІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ПРИГЛУХУВАТОСТІ СУДИННОГО ГЕНЕЗУ	
<b>Макаренко А.Н., Ковтун А.Н., Петров Ф.И.</b> .....	33
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМНОЙ НЕЙРОГЛИАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА МЛЕКОПИТАЮЩИХ	
<b>Мельник А.В., Заїчко Н.В.</b> .....	38
ВПЛИВ ПОЛІФЕНОЛЬНИХ СПОЛУК НА МЕТАБОЛІЗМ СІРКОВМІСНИХ АМІНОКИСЛОТ ТА ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ В ПЕЧІНЦІ У САМЦІВ ТА САМОК ЩУРІВ ЗА УМОВ ГІПЕРГОМОЦИСТЕІНЕМІЇ	
<b>Панасюк Я. В.</b> .....	43
ГІСТОМОРФОЛОГІЧНА ОЦІНКА СТРУКТУРНИХ КОМПОНЕНТІВ КІСТКИ У ЩУРІВ ІЗ СКЕЛЕТНОЮ ТРАВМОЮ ПРИ КОРЕКЦІЇ НАНОЧАСТИНКАМИ	
<b>Самура І.Б., Григор'єва Л.В., Романенко М.І.</b> .....	48
ТОКОЛІТИЧНА АКТИВНІСТЬ 8-ЗАМІЩЕНИХ 7-В-ГІДРОКСИ- $\gamma$ -(2'-МЕТИЛФЕНІЛОКСИ) ПРОПІЛКСАНТИНУ	
<b>Стародубська О. О.</b> .....	53
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КАРБАЦЕТАМУ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ	
<b>Степанський Д.О., Кременчуцький Г.М., Кошова І.П.</b> .....	58
ВИВЧЕННЯ ВЗАЄМОДІЇ АУТОШТАМІВ АЕРОКОКІВ З УМОВНО-ПАТОГЕННИМИ МИКРООРГАНІЗМАМИ IN VITRO	
<b>Фаустова М.О., Назарчук О.А., Ананьєва М.М.</b> .....	61
ПРОТИСТРЕПТОКОКОВА АКТИВНІСТЬ АНТИБІОТИКІВ І АНТИСЕПТИКІВ	
<b>Филенко Б.Н., Ройко Н.В., Проскурня С.А.</b> .....	65
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	

**КЛІНІЧНА ТА ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА**

<b>Zhukova T.O., Vasko L.N., Nestulya K.I.</b> ..... THERAPEUTIC EFFECT OF IMPROVED CHEMORADIOTHERAPY IN PATIENTS WITH LOCALLY SPREAD SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF PHARYNX AND PHARYNGOLARYNX	69
<b>Бабінчук О. В.</b> ..... ОСОБЛИВОСТІ МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ І ПЛОДОВО-ПЛАЦЕНТАРНОГО АРТЕРІАЛЬНОГО КРОВОТОКУ У ЖІНОК ІЗ БАГАТОПЛІДНОЮ ВАГІТНІСТЮ	73
<b>Байбаков В.М.</b> ..... СПОСІБ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ НЕУСКЛАДНЕНИХ ПАХВИННИХ ГРИЖ У ДІТЕЙ	83
<b>Безкоровайна І.М., Наконечний Д.О.</b> ..... ВПЛИВ КОМП'ЮТЕРНОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА ЗМІНИ ЯКІСНОГО СКЛАДУ СЛЮЗИ	87
<b>Богуславська Н.Ю.</b> ..... ОСОБЛИВОСТІ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК ІЗ ПРОЛОНГОВАНОЮ ВАГІТНІСТЮ	91
<b>Бондарь В.Г., Гасми Мохамед Мехди</b> ..... ОБЗОР ВОЗМОЖНОСТЕЙ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА ЖЕЛУДКА	97
<b>Борзова-Коссе С.І., Кравчун П.Г., Риндіна Н.Г.</b> ..... МОДЕЛЬ ПРОГНОЗУ ДИЛАТАЦІЇ ЛІВИХ ПОРОЖНИН СЕРЦЯ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ПРОТЯГОМ 6-МІСЯЧНОГО ТЕРМІНУ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА НАЯВНОСТІ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ	100
<b>Губина-Вакулик Г.И., Бронова И.М.</b> ..... ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ В ПРОЦЕССЕ САНОГЕНЕЗА	104
<b>Гасанов Ю.Ч.</b> ..... ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ІЗОФЕРМЕНТУ СИСТЕМИ ЦИТОХРОМУ P450 2D6*4 НА ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТУ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ФОНІ ОЖИРІННЯ	114
<b>Герасименко Л.О., Ісаков Р.І., Гринь К.В.</b> ..... ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЖІНОК З СОМАТО-ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ	124
<b>Гопко О.Ф., Приходько Н.П., Криворучко І.Г.</b> ..... ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ ІНГАЛЯЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ	128
<b>Доценко С.Я., Яценко О.В.</b> ..... ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ПОРУШЕННЯ ЖОРСТКОСТІ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ ПРИ ПОЄДНАНОМУ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	132
<b>Ждан В. М., Хайменова Г. С., Іваницький І. В., Волченко Г. В., Ткаченко М. В.</b> ..... ОЦІНКА ДИНАМІКИ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З ОСТЕОАРТРИТОМ	136
<b>Назаревич М.Р.</b> ..... РЕТРОСПЕКТИВНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОШКОДЖЕНЬ КІСТОК СЕРЕДНЬОЇ ЗОНИ ОБЛИЧЧЯ У СТАЦІОНАРНИХ ХВОРИХ ТА ЗАСТОСОВАНИХ ПІДХОДІВ ДО ЇХ ЛІКУВАННЯ	139
<b>Потяженко М.М., Іщейкін К.Є., Настрога Т.В., Люлька Н.О., Кітура О.Є.</b> ..... ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ - ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ І АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ	143
<b>Науменко О.М., Десева Ю.В., Тарасенко М.В., Кобиляк Н.М.</b> ..... ПОШИРЕНІСТЬ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ ВНУТРІШНЬОГО ВУХА ПІД ЧАС СПРИЙНЯТТЯ ЗВУКІВ У ДІАПАЗОНІ ВИСОКИХ ЧАСТОТ У ХВОРИХ З АВТОІМУННИМ ТИРЕОЇДИТОМ У СТАДІЇ ЕУТИРЕОЗУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ	147
<b>Овчаренко Л.К., Циганенко І.В.</b> ..... ВПЛИВ ЕСТРОГЕНІВ НА КЛІНІКУ МІКРОВАСКУЛЯРНОЇ СТЕНОКАРДІЇ У ЖІНОК	151
<b>Некрасова Н.О.</b> ..... ОЦІНКА СПОНДИЛОГЕННОГО ЧИННИКА У ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ КРОВООБІГУ В ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНІЙ БАСЕЙНІ	155
<b>Павловська М.О.</b> ..... ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК ІЗ ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ	161
<b>Панченко М.С.</b> ..... КОГНІТИВНО-БІХЕВІОРАЛЬНА КОРЕКЦІЯ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ: ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З РЕАКЦІЯМИ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ТА СОМАТОГЕННИМ АСТЕНІЧНИМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ	166
<b>Пилипенко Н.О.</b> ..... ПОРУШЕННЯ У СИСТЕМІ ПОЛ - АОЗ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ ТА ПНЕВМОКОНІОЗИ ПРОФЕСІЙНОГО ГЕНЕЗУ	171
<b>Подлесний В.І., Лавренко Д.О., Лисенко Р.Б.</b> ..... ТАКТИКА ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ «ВІДКРИТОГО ЖИВОТА» ПРИ ЛІКУВАННІ ПЕРИТОНІТУ	174
<b>Радченко В.О., Скіданов А.Г., Морозенко Д.В., Перфільєв О.В., Пionтковський В.К.</b> ..... БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ СТАНУ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНИХ М'ЯЗІВ У ХВОРИХ НА ГРИЖІ ТА СТЕНОЗИ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА	178

## Актуальні проблеми сучасної медицини

<b>Скрипніков А.М., Кидонь П.В.</b> .....	182
ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ВІДПОВІДІ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ, ПОЄДНАНУ З ВЖИВАННЯМ КАНАБІНОЇДІВ	
<b>Стебловська І.С.</b> .....	185
ВПЛИВ ЗМІН ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ ВНУТРІШНЬООЧНОЇ РІДИНИ НА СТАН СІТКІВКИ ПІСЛЯ ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЇ КАТАРАКТИ	
<b>Страшко Є.Ю.</b> .....	188
РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ДЦП, ШЛЯХОМ ВПЛИВУ НА РУХОВИЙ СТЕРЕОТИП	
<b>Сипало А.О., Кравчун П.Г., Кадикова О.І.</b> .....	193
РОЛЬ СОРТИЛІНУ У ФОРМУВАННІ РІЗНИХ ТИПІВ ДИСЛІПІДЕМІЙ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	
<b>Танцура Л.Н., Коляда А.К., Пилипець Е.Ю., Третяков Д.В., Танцура Е.А.</b> .....	198
РОЛЬ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ В ПРЕОДОЛЕНИИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭПИЛЕПСИЙ	
<b>Тесленко Ю. В.</b> .....	202
МУЛЬТИМОРБІДНІСТЬ ЯК ІНТЕГРАЛЬНИЙ ФАКТОР РИЗИКУ ТА ПРОГРЕСУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУГИ, ПОЄДНАНОЮ З ОСТЕОАРТРОЗОМ ТА ОЖИРІННЯМ	
<b>Ткаченко Р.П., Головка А.С., Курик О.Г., Губар А.С.</b> .....	208
КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАПІЛЯРНОЇ МІКРОКАРЦИНОМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА ФОНІ ПРОЛІФЕРАТИВНО-ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ТА ВУЗЛОВОЇ ТИРЕОПАТОЛОГІЇ	
<b>Філіппова О.Ю.</b> .....	213
СТАН ФІБРОЗУВАННЯ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОЗ ТА СТЕАТОГЕПАТИТ З КОМОРБІДНИМ ОЖИРІННЯМ І ПАТОЛОГІЄЮ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ	
<b>Фролова Т.В., Охалкіна О.В., Бородин О.С.</b> .....	218
ОСОБЛИВОСТІ ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ПРО- І ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ДІТЕЙ РІЗНИМ РІВНЕМ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ, ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ НА ТЛІ ЛІКУВАННЯ	
<b>Шипко А.Ф.</b> .....	225
ПРИКЛАДНІ СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧОГО УПРАВЛІННЯ ТА РЕГІОНАЛЬНІ ПРОГРАМИ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ В СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІЙ МОДЕЛІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА БРОНХОЛЕГЕВУ ДИСПЛАЗІЮ	
<b>Шкорботун Я.В.</b> .....	231
РЕНТГЕН-АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МЕДІАЛЬНОЇ СТІНКИ ТА АЛЬВЕОЛЯРНОЇ БУХТИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСА У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ СУБАНТРАЛЬНОЇ АУГМЕНТАЦІЇ КІСТКИ	
<b>Шмуліч О.В.</b> .....	238
ОСНОВНІ БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ ОБМІНУ ВУГЛЕВОДІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АТОПІЧНУ ПАТОЛОГІЮ	
<b>СТОМАТОЛОГІЯ</b>	
<b>Беззушко Е.В., Лагода Л.С.</b> .....	242
СТАН ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ДІТЕЙ МІСТА ЛУЦЬКА	
<b>Веретільник А.В., Рибалов О. В., Веретільник В.О.</b> .....	246
МОРФО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НЕВРОГЕННОГО ДОХОСПАСТИЧНОГО СІАЛОАДЕНІТУ ЗА ДАНИМИ СІАЛОГРАФІЇ	
<b>Короленко І.А., Рибалов О.В.</b> .....	250
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ СІАЛОАДЕНІТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ II ТИПУ	
<b>Луцькова Ю.С., Березій М.В., Новіков В.М.</b> .....	254
РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ В ДИНАМІЦІ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ВИВИХАХ МЕНІСКІВ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА	
<b>Новіков В.М., Рыбалов О.В., Яценко О.И., Яценко П.И.</b> .....	261
АСИММЕТРИЯ РАЗМЕРОВ И ФОРМ СУСТАВНЫХ ГОЛОВЕК - ОДНА ИЗ ПРИЧИН КОМПРЕССИОННО-ДИСЛОКАЦИОННОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА	
<b>Олекшій П.В., Лаповець Л.Є., Уштан С.В., Горицький В.М.</b> .....	266
РІВЕНЬ СЕКРЕТОРНОГО ІGA В РОТОВІЙ РІДИНІ ПІСЛЯ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МАГНІТОТЕРАПІЇ	
<b>Савельєва Н.М.</b> .....	268
ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ПАРОДОНТАЛЬНИХ КИШЕНЬ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ НА ТЛІ ГЕЛЬМІНТОЗІВ ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ	
<b>Смоляр Н.І., Міськів А.Л., Гутор Т.Г.</b> .....	277
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АНОМАЛІЙ ПРИКУСУ З ФІЗИЧНИМ РОЗВИТКОМ ДІТЕЙ	
<b>Ткаченко П.І., Білоконь С.О., Лохматова Н.М., Попело Ю.В.</b> .....	282
ВПЛИВ ТРАВМАТИЧНОГО ПОШКОДЖЕННЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ НА ЯКІСНІ ВЛАСТИВОСТІ РОТОВОЇ РІДИНИ.	
<b>Ткаченко П.І., Доброскок В.О., Білоконь С.О., Гоголь А.М., Попело Ю.В.</b> .....	286
ПРОЯВИ СТРЕСОРНОЇ РЕАКЦІЇ У ДІТЕЙ ПРИ ТРАВМАТИЧНОМУ ПОШКОДЖЕННІ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ	

<i>Удод А. А., Воронина А. С.</i> .....	290
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНА КИСЛОТОУСТОЙЧИВОСТЬ И РОЛЬ ЕЁ КОМПОНЕНТОВ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАРИЕСРЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭМАЛИ ЗУБОВ	

## **ГУМАНІТАРНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЦИНИ ТА ПИТАННЯ ВИКЛАДАННЯ У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ШКОЛІ**

<i>Асламова М.В.</i> .....	294
ФОРМУВАННЯ МОРАЛЬНОГО ОБЛИЧЧЯ МАЙБУТЬОГО МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА В ПРОЦЕСІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ	
<i>Бекус І.Р., Кирилів М.В., Демид А.Є., Криницька І.Я., Бойко Л.А.</i> .....	298
САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ – ВАЖЛИВИЙ ЕТАП САМОВДОСКОНАЛЕННЯ ПРИ ВИВЧЕННІ ХІМІЇ У ВИЩІЙ ШКОЛІ	
<i>Біланов О.С., Зінченко Н.О.</i> .....	301
ФОРМУВАННЯ ФІЛОСОФСЬКО-ПРАВОВИХ ЗНАТЬ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ШЛЯХОМ ВИКОРИСТАННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ	
<i>Головкова Т.А., Онул Н.М.</i> .....	304
ПСИХОГІГІЄНИЧНІ ЗАХОДИ ОПТИМІЗАЦІЇ УМОВ НАВЧАННЯ	
<i>Лур'є К.І.</i> .....	308
СУЧАСНІ БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ І МІЖНАРОДНЕ ПРАВО	
<i>Мінько Л.Ю.</i> .....	312
ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ У ПІСЛЯДИПЛОМНІЙ ОСВІТІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ	
<i>Науменко Л.Ю., Борисова І.С., Березовський В.М.</i> .....	315
ПИТАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ	
<i>Науменко Л.Ю., Борисова І.С., Березовський В.М., *Концур В.М., *Крутікова Н.Ю., Гузенко Б.В.</i> .....	320
ОСОБЛИВОСТІ ЕТИЧНОГО СПІЛКУВАННЯ ТА ДЕОНТОЛОГІЧНОЇ ПОВЕДІНКИ З ЛЮДЬМИ З ІНВАЛІДНІСТЮ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТНОЇ КОМПІСІЇ	

## **КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК**

<i>Сакал А.А., Товажнянская В.Д., Титов Е.В., Долгая О.В.</i> .....	324
СЛУЧАЙ МУКОВИСЦИДОЗА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПАТОЛОГОАНАТОМА	

## **ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ**

<i>Важнича О.М., Дев'яткіна Т.О., Дев'яткіна Н.М.</i> .....	329
КЛІНІЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ НАНОЧАСТИНОК ОКСИДІВ ЗАЛІЗА	
<i>Дельва М.Ю.</i> .....	333
СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ	
<i>Домбровська Н.С.</i> .....	337
ПРОЗАПАЛЬНИЙ ЦИТОКІН А ФАКТОР НЕКРОЗУ ПУХЛИН АЛЬФА ТА ЙОГО ЗНАЧЕННЯ В РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ	
<i>Кузнєцов В.Г., Макаренко О.М.</i> .....	341
ГОРМОНАЛЬНА РЕГУЛЯЦІЯ ЛАКТАЦІЇ ТА ГІПОГАЛАКТІЯ	
<i>Микитюк О.Ю., Микитюк О.П.</i> .....	343
НАНОТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИЧНІЙ ДІАГНОСТИЦІ	

## **ПАМ'ЯТНІ ДАТИ**

<i>МІНІСТР-РЕФОРМАТОР ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ, РЕКТОР, ВЧЕНИЙ, ХІРУРГ (26.12.1916-11.10.2008 РР.)</i> .....	349
--	-----

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 паразитарними 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. Збір клінічного матеріалу (вміст пародонтальних кишень) [10] проводили за допомогою стандартного стерильного тампону транспортної системи "Sarstedit" (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 Сабуро 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 гелмінтозів (ентеробіоза, токсокароза) усіх груп спостереження виконували за традиційною схемою, а саме: передусім хворим проводили, за необхідністю, знеболення, усунення місцевих подразників пародонта, вибірково пришліфовування зубів, у разі наявності, – усунення травматичної оклюзії, видалення над- та під'ясеневих 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», «Аскол», «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 гелмінтозів 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 теплою розчиною 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 «Лізоумкоїд» 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 ентенобіозу 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>	<u>8/25,0</u> 6/20	<u>(7,9±0,82)×10<sup>6</sup></u> (7,9±0,82)×10 <sup>6</sup>	<u>19/31,6</u> 17/29,3	<u>(4,3±0,52)×10<sup>7</sup></u> (4,3±0,53)×10 <sup>7</sup>
<i>S. haemolyticus</i>	<u>11/34,0</u> 10/33,3	<u>(9,8±1,01)×10<sup>6</sup></u> (9,8±1,01)×10 <sup>6</sup>	<u>27/45,0</u> 26/44,8	<u>(5,4±0,73)×10<sup>7</sup></u> (5,4±0,73)×10 <sup>7</sup>
<i>S. epidermidis</i>	<u>21/65,6</u> 20/66,6	<u>(9,9±1,31)×10<sup>6</sup></u> (9,9±1,31)×10 <sup>6</sup>	<u>48/80,0</u> 49/84,4	<u>(7,8±0,90)×10<sup>7</sup></u> (7,9±0,89)×10 <sup>7</sup>
<i>E.coli</i>	<u>6/18,7</u> 5/16,6	<u>(1,2±0,40)×10<sup>6</sup></u> (1,2±0,40)×10 <sup>6</sup>	<u>16/26,6</u> 19/32,7	<u>(7,2±2,3)×10<sup>6</sup></u> (7,0±2,1)×10 <sup>6</sup>
<i>S.pyogenes</i>	<u>19/59,3</u> 16/53,3	<u>(6,4±1,58)×10<sup>6</sup></u> (6,5±1,57)×10 <sup>6</sup>	<u>36/60,0</u> 34/58,6	<u>(4,6±1,40)×10<sup>7</sup></u> (4,7±1,40)×10 <sup>7</sup>
<i>S.aureus</i>	<u>14/43,7</u> 13/43,3	<u>(8,5±0,72)×10<sup>6</sup></u> (8,6±0,71)×10 <sup>6</sup>	<u>34/56,6</u> 35/60,3	<u>(6,2±0,72)×10<sup>7</sup></u> (6,1±0,71)×10 <sup>7</sup>
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	<u>13/40,6</u> 12/40,6	<u>(1,0±0,30)×10<sup>8</sup></u> (1,0±0,30)×10 <sup>8</sup>	<u>29/48,3</u> 28/48,2	<u>(4,3±1,30)×10<sup>8</sup></u> (4,2±1,31)×10 <sup>8</sup>
<i>Candida albicans</i>	<u>22/68,7</u> 18/60,0	<u>(3,1±0,21)×10<sup>6</sup></u> (3,0±0,20)×10 <sup>6</sup>	<u>46/76,6</u> 44/75,8	<u>(8,5±2,6)×10<sup>6</sup></u> (8,4±2,6)×10 <sup>6</sup>
<i>S.capitis</i>	<u>2/6,2</u> 3/10,0	<u>(7,9-0,1)×10<sup>6</sup></u> (2,1±0,87)×10 <sup>3</sup>	<u>2/3,3</u> 3/5,1	<u>(1,1±0,1)×10<sup>3</sup></u> (1,1±0,18)×10 <sup>3</sup>
<i>S.mitis</i>	<u>5/15,6</u> 5/16,6	<u>1,9×10<sup>3</sup>; 2,4×10<sup>3</sup></u> (1,2±0,10)×10 <sup>3</sup>	<u>3/5,0</u> 3/5,1	<u>(0,4±0,13)×10<sup>3</sup></u> (0,4±0,13)×10 <sup>3</sup>
<i>S.salivaris</i>	<u>0</u> 0	<u>0</u> 0	<u>0</u> 0	<u>0</u> 0
<i>S.mutans</i>	<u>0</u> 0	<u>0</u> 0	<u>0</u> 0	<u>0</u> 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>	<u>9/30,0</u> 8/26,6	<u>(7,4±0,80)×10<sup>6</sup></u> (7,2±0,80)×10 <sup>6</sup>	<u>18/30,0</u> 16/26,6	<u>(3,6±0,44)×10<sup>7</sup></u> (3,5±0,43)×10 <sup>7</sup>
<i>S. haemolyticus</i>	<u>9/30,0</u> 9/30,0	<u>(8,6±0,93)×10<sup>6</sup></u> (8,7±0,93)×10 <sup>6</sup>	<u>24/40,0</u> 23/38,3	<u>(4,6±0,60)×10<sup>7</sup></u> (4,5±0,62)×10 <sup>7</sup>
<i>S. epidermidis</i>	<u>22/73,3</u> 19/63,3	<u>(9,2±1,22)×10<sup>6</sup></u> (9,0±1,22)×10 <sup>6</sup>	<u>49/81,6</u> 44/73,3	<u>(6,1±0,71)×10<sup>7</sup></u> (6,0±0,70)×10 <sup>7</sup>
<i>E.coli</i>	<u>8/26,6</u> 6/20,0	<u>(1,2±0,40)×10<sup>6</sup></u> (1,2±0,40)×10 <sup>6</sup>	<u>16/26,6</u> 15/25,0	<u>(6,8±2,1)×10<sup>6</sup></u> (6,7±2,2)×10 <sup>6</sup>
<i>S.pyogenes</i>	<u>16/53,3</u> 14/46,6	<u>(8,1±2,30)×10<sup>6</sup></u> (8,0±2,30)×10 <sup>6</sup>	<u>38/63,3</u> 35/58,3	<u>(4,6±1,40)×10<sup>7</sup></u> (4,5±1,41)×10 <sup>7</sup>
<i>S.aureus</i>	<u>8/26,6</u> 6/20,0	<u>(8,3±0,50)×10<sup>6</sup></u> (8,2±0,50)×10 <sup>6</sup>	<u>32/53,3</u> 31/51,6	<u>(5,1±0,63)×10<sup>7</sup></u> (5,0±0,64)×10 <sup>7</sup>
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	<u>13/43,3</u> 10/33,3	<u>(9,0±3,00)×10<sup>7</sup></u> (9,0±3,00)×10 <sup>7</sup>	<u>23/38,3</u> 26/43,3	<u>(4,0±1,31)×10<sup>8</sup></u> (3,9±1,30)×10 <sup>8</sup>
<i>Candida albicans</i>	<u>17/56,6</u> 19/63,3	<u>(3,1±0,21)×10<sup>6</sup></u> (3,0±0,20)×10 <sup>6</sup>	<u>47/78,3</u> 43/71,6	<u>(8,0±2,6)×10<sup>6</sup></u> (7,8±2,7)×10 <sup>6</sup>
<i>S.capitis</i>	<u>2/6,66</u> 4/13,3	<u>(2,5±0,1)×10<sup>3</sup></u> (2,8±0,35)×10 <sup>3</sup>	<u>2/3,3</u> 3/5,0	<u>(1,1-0,1)×10<sup>3</sup></u> (1,0±0,17)×10 <sup>3</sup>
<i>S.mitis</i>	<u>5/16,6</u>	<u>(1,2±0,40)×10<sup>3</sup></u>	<u>2/3,3</u>	<u>(6,0-0,2)×10<sup>2</sup></u>

## Актуальні проблеми сучасної медицини

	6/20,0	(1,1±0,40)×10 <sup>3</sup>	4/6,6	(0,5±0,16)×10 <sup>3</sup>
<i>S. salivaris</i>	<u>0</u> 0	<u>0</u> 0	<u>0</u> 0	<u>0</u> 0
<i>S. mutans</i>	<u>0</u> 0	<u>0</u> 0	<u>0</u> 0	<u>0</u> 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 сапрофітна 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>	<u>2/6,2</u> 4/13,3	<u>(1,8-0,6)×10<sup>4</sup></u> (5,6±0,23)×10 <sup>4</sup>	<u>4/6,6</u> 7/12,0	<u>(9,2±1,6)×10<sup>3</sup></u> (1,0±2,4)×10 <sup>4</sup>
<i>S. haemolyticus</i>	<u>2/6,2</u> 4/13,3	<u>(2,4+0,2)×10<sup>4</sup></u> (6,1±0,27)×10 <sup>4</sup>	<u>5/8,3</u> 7/12,0	<u>(1,1±2,7)×10<sup>4</sup></u> (1,5±2,6)×10 <sup>4</sup>
<i>S. epidermidis</i>	<u>1/3,1</u> 3/10,0	<u>1,6×10<sup>4</sup></u> (1,1±0,38)×10 <sup>4</sup>	<u>4/6,6</u> 8/13,7	<u>(1,6±0,45)×10<sup>4</sup></u> (1,8±0,34)×10 <sup>4</sup>
<i>E. coli</i>	<u>1/3,1</u> 2/6,6	<u>7,8 × 10<sup>3</sup></u> (5,6±0,3)×10 <sup>4</sup>	<u>1/1,6</u> 3/5,1	<u>8,6×10<sup>3</sup></u> (9,4±0,31)×10 <sup>4</sup>
<i>S. pyogenes</i>	<u>0/0</u> 4/13,3	<u>0</u> (5,7±1,20)×10 <sup>3</sup>	<u>1/1,6</u> 6/10,3	<u>3,6 × 10<sup>3</sup></u> (7,5±1,36)×10 <sup>3</sup>
<i>S. aureus</i>	<u>0/0</u> 3/10,0	<u>0</u> (5,1±1,15)×10 <sup>3</sup>	<u>1/1,6</u> 5/8,6	<u>6,0 × 10<sup>3</sup></u> (5,7±1,1)×10 <sup>3</sup>
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	<u>0/0</u> 2/6,6	<u>0</u> (9,4-0,3)×10 <sup>3</sup>	<u>0</u> 3/5,1	<u>0</u> (1,5±0,43)×10 <sup>4</sup>
<i>Candida albicans</i>	<u>0/0</u> 4/13,3	<u>0</u> (4,6±1,15)×10 <sup>3</sup>	<u>0</u> 10/29,4	<u>0</u> (5,8±1,9)×10 <sup>3</sup>
<i>S. capitis</i>	<u>12/37,5</u> 8/26,6	<u>(2,5±0,7)×10<sup>4</sup></u> (2,2±0,68)×10 <sup>3</sup>	<u>3/18,7</u> 5/14,7	<u>(1,3±0,36)×10<sup>3</sup></u> (1,1±0,33)×10 <sup>3</sup>
<i>S. mitis</i>	<u>12/37,5</u> 6/20,0	<u>1,7×10<sup>3</sup>; 1,6×10<sup>3</sup></u> (1,4±0,31)×10 <sup>3</sup>	<u>4/25,0</u> 5/14,7	<u>(1,6±0,51)×10<sup>3</sup></u> (1,1±0,43)×10 <sup>3</sup>
<i>S. salivaris</i>	<u>8/25,0</u> 3/10,0	<u>(1,6±0,41)×10<sup>3</sup></u> (1,3±0,31)×10 <sup>3</sup>	<u>5/31,2</u> 6/17,6	<u>(1,5±0,44)×10<sup>3</sup></u> (1,3±0,40)×10 <sup>3</sup>
<i>S. mutans</i>	<u>8/25,0</u> 1/3,3	<u>2,1×10<sup>3</sup>; 1,9×10<sup>3</sup></u> 1,9×10 <sup>3</sup>	<u>4/25,0</u> 5/14,7	<u>(1,8±0,46)×10<sup>3</sup></u> (1,4±0,39)×10 <sup>3</sup>

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>3,1×10<sup>3</sup></u> (5,6±1,06)×10 <sup>3</sup>	<u>4/6,6</u> 7/11,6	<u>(6,3±1,33)×10<sup>3</sup></u> (7,9±1,56)×10 <sup>3</sup>
<i>S. haemolyticus</i>	<u>1/3,3</u> 4/13,3	<u>2,9×10<sup>3</sup></u> (5,9±1,01)×10 <sup>3</sup>	<u>3/5,0</u> 6/10,0	<u>(5,7±1,36)×10<sup>3</sup></u> (6,8±1,35)×10 <sup>3</sup>
<i>S. epidermidis</i>	<u>2/6,6</u> 3/10,0	<u>(9,1±0,2)×10<sup>3</sup></u> (9,6±1,31)×10 <sup>3</sup>	<u>5/8,3</u> 7/11,6	<u>(9,4±2,03)×10<sup>3</sup></u> (1,1±0,36)×10 <sup>4</sup>
<i>E. coli</i>	<u>1/3,3</u> 2/6,6	<u>5,1 × 10<sup>3</sup></u> (4,8-0,6)×10 <sup>3</sup>	<u>2/3,3</u> 5/8,3	<u>(6,3-0,4)×10<sup>2</sup></u> (7,5±2,3)×10 <sup>3</sup>
<i>S. pyogenes</i>	<u>0/0</u> 3/10,0	<u>0</u> (5,1±1,15)×10 <sup>3</sup>	<u>0</u> 6/10,0	<u>0</u> (6,3±1,51)×10 <sup>3</sup>
<i>S. aureus</i>	<u>0/0</u> 3/10,0	<u>0</u> (3,6±0,93)×10 <sup>3</sup>	<u>1/1,6</u> 5/8,3	<u>5,1 × 10<sup>3</sup></u> (4,8±0,93)×10 <sup>3</sup>
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	<u>0/0</u> 2/6,6	<u>0</u> (7,6±0,4)×10 <sup>3</sup>	<u>0</u> 5/8,3	<u>0</u> (8,4±1,63)×10 <sup>4</sup>
<i>Candida albicans</i>	<u>0/0</u> 4/13,3	<u>0</u> (3,9±0,80)×10 <sup>3</sup>	<u>0</u> 7/11,6	<u>0</u> (4,5±1,43)×10 <sup>3</sup>
<i>S. capitis</i>	<u>12/40,0</u> 8/26,6	<u>(2,8±0,8)×10<sup>3</sup></u> (2,3±0,5)×10 <sup>3</sup>	<u>25/41,6</u> 15/25,0	<u>(2,3±0,34)×10<sup>3</sup></u> (2,1±0,33)×10 <sup>3</sup>



<i>S.mitis</i>	$\frac{11}{36,6}$ $\frac{7}{23,3}$	$(2,1 \pm 0,6) \times 10^3$ $(1,2 \pm 0,30) \times 10^3$	$\frac{24}{40,0}$ $\frac{15}{25,0}$	$(2,0 \pm 0,37) \times 10^3$ $(1,6 \pm 0,33) \times 10^3$
<i>S.salivaris</i>	$\frac{7}{23,3}$ $\frac{4}{13,3}$	$(1,7 \pm 0,47) \times 10^3$ $(1,5 \pm 0,4) \times 10^3$	$\frac{9}{15,0}$ $\frac{12}{20,0}$	$(1,6 \pm 0,43) \times 10^3$ $(1,4 \pm 0,40) \times 10^3$
<i>S.mutans</i>	$\frac{8}{26,6}$ $\frac{1}{3,3}$	$(2,3 \pm 0,8) \times 10^3$ $2,1 \times 10^3$	$\frac{2}{3,3}$ $\frac{4}{6,6}$	$(2,0 \pm 0,6) \times 10^3$ $(1,7 \pm 0,41) \times 10^3$

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

У хворих на ГП 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 висівалися 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>	$\frac{1}{3,1}$ $\frac{4}{13,3}$	$6,7 \times 10^3$ $(5,9 \pm 0,23) \times 10^4$	$\frac{3}{5,0}$ $\frac{7}{12,0}$	$(7,5 \pm 1,5) \times 10^3$ $(1,0 \pm 2,4) \times 10^4$
<i>S. haemolyticus</i>	$\frac{2}{6,2}$ $\frac{4}{13,3}$	$(1,7 \pm 0,3) \times 10^4$ $(6,2 \pm 0,27) \times 10^4$	$\frac{3}{5,0}$ $\frac{7}{12,0}$	$(1,0 \pm 2,5) \times 10^4$ $(1,3 \pm 2,4) \times 10^4$
<i>S. epidermidis</i>	$\frac{1}{3,1}$ $\frac{3}{10,0}$	$9,4 \times 10^3$ $(1,2 \pm 0,39) \times 10^5$	$\frac{4}{6,6}$ $\frac{8}{13,7}$	$(1,3 \pm 0,35) \times 10^4$ $(1,6 \pm 0,34) \times 10^4$
<i>E.coli</i>	$\frac{1}{12,5}$ $\frac{2}{6,6}$	$7,1 \times 10^3$ $6,3 \times 10^4; 8,7 \times 10^4$	$\frac{1}{1,6}$ $\frac{3}{5,1}$	$9,3 \times 10^3$ $(9,6 \pm 0,33) \times 10^4$
<i>S.pyogenes</i>	$\frac{0}{0}$ $\frac{3}{10,0}$	$0$ $(6,8 \pm 1,3) \times 10^3$	$0$ $\frac{6}{10,3}$	$0$ $(7,3 \pm 1,36) \times 10^3$
<i>S.aureus</i>	$\frac{0}{0}$ $\frac{3}{10,0}$	$0$ $(9,6 \pm 2,7) \times 10^3$	$\frac{1}{1,6}$ $\frac{5}{8,6}$	$5,6 \times 10^3$ $(5,8 \pm 1,2) \times 10^3$
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	$\frac{0}{0}$ $\frac{2}{6,6}$	$0$ $(9,8 \pm 0,2) \times 10^3$	$0$ $\frac{3}{5,1}$	$0$ $(1,3 \pm 0,42) \times 10^4$
<i>Candida albicans</i>	$\frac{0}{0}$ $\frac{4}{13,3}$	$0$ $(4,9 \pm 1,16) \times 10^3$	$0$ $\frac{10}{29,4}$	$0$ $(6,0 \pm 2,0) \times 10^3$
<i>S.capitis</i>	$\frac{22}{68,8}$ $\frac{8}{26,6}$	$(2,6 \pm 0,6) \times 10^3$ $(2,0 \pm 0,67) \times 10^3$	$\frac{33}{55}$ $\frac{5}{14,7}$	$(1,5 \pm 0,35) \times 10^3$ $(1,1 \pm 0,33) \times 10^3$
<i>S.mitis</i>	$\frac{29}{90,1}$ $\frac{6}{20,0}$	$(1,5 \pm 0,40) \times 10^3$ $(1,4 \pm 0,30) \times 10^3$	$\frac{43}{71,7}$ $\frac{6}{17,6}$	$(1,7 \pm 0,51) \times 10^3$ $(1,2 \pm 0,45) \times 10^3$
<i>S.salivaris</i>	$\frac{28}{87,5}$ $\frac{3}{10,0}$	$(1,7 \pm 0,41) \times 10^3$ $(1,2 \pm 0,34) \times 10^3$	$\frac{56}{93,3}$ $\frac{6}{17,6}$	$(1,5 \pm 0,41) \times 10^3$ $(1,5 \pm 0,42) \times 10^3$
<i>S.mutans</i>	$\frac{24}{75,0}$ $\frac{1}{3,3}$	$(2,4 \pm 0,6) \times 10^3; 2,1 \times 10^3$	$\frac{44}{73,3}$ $\frac{5}{14,7}$	$(1,9 \pm 0,50) \times 10^3$ $(1,5 \pm 0,42) \times 10^3$

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>	$\frac{2}{6,6}$ $\frac{3}{10,0}$	$(3,4 \pm 0,2) \times 10^3$ $(4,9 \pm 0,96) \times 10^3$	$\frac{4}{6,6}$ $\frac{7}{11,6}$	$(7,8 \pm 1,54) \times 10^3$ $(8,1 \pm 1,43) \times 10^3$
<i>S. haemolyticus</i>	$\frac{1}{3,3}$ $\frac{4}{13,3}$	$1,9 \times 10^4$ ( $5,5 \pm 1,01) \times 10^3$	$\frac{3}{5,0}$ $\frac{6}{10,0}$	$(5,5 \pm 1,37) \times 10^3$ $(6,9 \pm 1,38) \times 10^3$
<i>S. epidermidis</i>	$\frac{1}{3,3}$ $\frac{3}{10,0}$	$6,9 \times 10^3$ $(9,3 \pm 1,30) \times 10^3$	$\frac{5}{8,3}$ $\frac{7}{11,6}$	$(9,1 \pm 2,01) \times 10^3$ $(1,2 \pm 0,38) \times 10^4$
<i>E.coli</i>	$\frac{1}{3,3}$ $\frac{2}{6,6}$	$4,7 \times 10^3$ $(5,6 \pm 0,2) \times 10^3$	$\frac{2}{3,3}$ $\frac{5}{8,3}$	$(8,5 \pm 0,4) \times 10^3$ $(7,1 \pm 2,2) \times 10^4$
<i>S.pyogenes</i>	$\frac{0}{0}$ $\frac{3}{10,0}$	$0$ $(5,6 \pm 1,10) \times 10^3$	$\frac{1}{5,2}$ $\frac{6}{10,0}$	$3,6 \times 10^3$ $(6,0 \pm 1,50) \times 10^3$
<i>S.aureus</i>	$\frac{0}{0}$ $\frac{3}{10,0}$	$0$ $(4,7 \pm 0,98) \times 10^3$	$0$ $\frac{5}{8,3}$	$0$ $(4,1 \pm 0,90) \times 10^3$
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	$\frac{0}{0}$ $\frac{2}{6,6}$	$0$ $(6,6 \pm 0,3) \times 10^3$	$\frac{1}{1,6}$ $\frac{5}{8,3}$	$5,4 \times 10^3$ $(7,5 \pm 1,60) \times 10^4$
<i>Candida albicans</i>	$\frac{0}{0}$ $\frac{3}{10,0}$	$0$ $(3,1 \pm 0,69) \times 10^3$	$\frac{1}{1,6}$ $\frac{7}{11,6}$	$3,4 \times 10^3$ $(4,1 \pm 1,41) \times 10^3$
<i>S.capitis</i>	$\frac{22}{73,3}$ $\frac{8}{26,6}$	$(2,1 \pm 0,9) \times 10^3$ $(2,3 \pm 0,7) \times 10^3$	$\frac{35}{58,3}$ $\frac{15}{25,0}$	$(2,0 \pm 0,30) \times 10^3$ $(2,0 \pm 0,30) \times 10^3$

## Актуальні проблеми сучасної медицини

<i>S. mitis</i>	<u>28/93,3</u> 7/23,3	<u>(1,3±0,44)×10<sup>3</sup></u> (1,3±0,39)×10 <sup>3</sup>	<u>45/75,0</u> 15/25,0	<u>(2,4±0,41)×10<sup>3</sup></u> (3,0±0,40)×10 <sup>3</sup>
<i>S. salivaris</i>	<u>26/86,7</u> 4/13,3	<u>(1,6±0,41)×10<sup>3</sup></u> (1,4±0,40)×10 <sup>3</sup>	<u>49/81,7</u> 12/20,0	<u>(1,5±0,41)×10<sup>3</sup></u> (1,4±0,40)×10 <sup>3</sup>
<i>S. mutans</i>	<u>21/70,0</u> 1/3,3	<u>(2,4±0,8)×10<sup>3</sup></u> 2,2×10 <sup>3</sup>	<u>33/55,0</u> 4/6,6	<u>(2,1±0,45)×10<sup>3</sup></u> (1,9±0,43)×10 <sup>3</sup>

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 меншому відсотку випадків (1,5 % - 8,3 %), ніж до початку лікування (у 25,0 % - 81,6 % хворих).

При цьому ступінь колонізації цими

мікробами пародонтальних кишень після лікування був істотно нижчим, чим до лікування і складав 10<sup>3</sup>-10<sup>4</sup> 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 x10<sup>3</sup></u> (6,1±0,25)×10 <sup>4</sup>	<u>3/5,0</u> 7/12,0	<u>(8,6±1,6)×10<sup>3</sup></u> (1,1±2,4)×10 <sup>4</sup>
<i>S. haemolyticus</i>	<u>2/6,2</u> 4/13,3	<u>(1,6±0,1)×10<sup>4</sup></u> (7,3±0,31)×10 <sup>4</sup>	<u>3/5,0</u> 7/12,0	<u>(1,1±2,6)×10<sup>4</sup></u> (1,3±2,4)×10 <sup>4</sup>
<i>S. epidermidis</i>	<u>1/3,1</u> 3/10,0	<u>1,1x10<sup>4</sup></u> (1,2±0,39)×10 <sup>5</sup>	<u>4/6,6</u> 8/13,7	<u>(1,4±0,33)×10<sup>4</sup></u> (1,7±0,35)×10 <sup>4</sup>
<i>E. coli</i>	<u>1/3,1</u> 2/6,6	<u>6,5 x10<sup>3</sup></u> (7,9±0,4)×10 <sup>4</sup>	<u>1/1,6</u> 3/5,1	<u>8,6x10<sup>3</sup>; 9,9x10<sup>3</sup></u> (9,7±0,33)×10 <sup>4</sup>
<i>S. pyogenes</i>	<u>0/0</u> 3/10,0	<u>0</u> (8,4±1,40)×10 <sup>3</sup>	<u>1/1,6</u> 6/10,3	<u>4,5 x 10<sup>3</sup></u> (8,9±1,51)×10 <sup>3</sup>
<i>S. aureus</i>	<u>0/0</u> 3/10,0	<u>0</u> (6,7±2,20)×10 <sup>3</sup>	<u>1/1,6</u> 5/8,6	<u>7,3 x 10<sup>3</sup></u> (6,8±1,3)×10 <sup>3</sup>
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	<u>0/0</u> 2/6,6	<u>0</u> (1,1±0,8)×10 <sup>4</sup>	<u>1/1,6</u> 3/5,1	<u>9,6 x 10<sup>3</sup></u> (1,8±0,51)×10 <sup>4</sup>
<i>Candida albicans</i>	<u>0/0</u> 3/10,0	<u>0</u> (7,3±1,43)×10 <sup>3</sup>	<u>1/1,6</u> 9/25,7	<u>5,1x10<sup>3</sup></u> (6,4±2,1)×10 <sup>3</sup>
<i>S. capitis</i>	<u>22/68,8</u> 8/26,6	<u>(2,6±0,7)×10<sup>3</sup></u> (2,0±0,68)×10 <sup>3</sup>	<u>41/68,3</u> 5/14,2	<u>(1,4±0,33)×10<sup>3</sup></u> (1,0±0,34)×10 <sup>3</sup>
<i>S. mitis</i>	<u>29/90,6</u> 6/20,0	<u>(1,5±0,10)×10<sup>3</sup></u> (1,1±0,35)×10 <sup>3</sup>	<u>42/70,0</u> 5/14,2	<u>(1,6±0,50)×10<sup>3</sup></u> (1,1±0,44)×10 <sup>3</sup>
<i>S. salivaris</i>	<u>31/96,9</u> 3/10,0	<u>(1,6±0,10)×10<sup>3</sup></u> (2,0±0,2)×10 <sup>4</sup>	<u>46/76,7</u> 6/17,1	<u>(1,6±0,40)×10<sup>3</sup></u> (1,4±0,46)×10 <sup>3</sup>
<i>S. mutans</i>	<u>28/87,5</u> 2/6,6	<u>(2,1±0,4)×10<sup>3</sup></u> (1,8±0,1)×10 <sup>3</sup>	<u>44/73,3</u> 6/17,1	<u>(1,7±0,45)×10<sup>3</sup></u> (1,4±0,40)×10 <sup>3</sup>

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 токсикарозу (через 6 місяців після лікування)

Вид мікроорганізмів	ГП + токсикароз (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>4,1x10<sup>3</sup></u> (6,8±1,21)×10 <sup>3</sup>	<u>4/6,6</u> 7/11,6	<u>(7,7±1,53)×10<sup>3</sup></u> (8,5±1,44)×10 <sup>3</sup>
<i>S. haemolyticus</i>	<u>1/3,3</u> 4/13,3	<u>2,1x10<sup>3</sup></u> (6,7±1,12)×10 <sup>3</sup>	<u>3/5,0</u> 7/11,6	<u>(7,1±1,47)×10<sup>3</sup></u> (7,7±1,41)×10 <sup>3</sup>
<i>S. epidermidis</i>	<u>1/3,3</u> 3/10,0	<u>4,3x10<sup>4</sup></u> (1,1±0,30)×10 <sup>4</sup>	<u>4/6,6</u> 7/11,6	<u>(9,8±2,11)×10<sup>3</sup></u> (1,1±0,37)×10 <sup>4</sup>
<i>E. coli</i>	<u>1/3,3</u> 2/6,6	<u>5,6 x10<sup>3</sup></u> (7,2±0,2)×10 <sup>3</sup>	<u>2/3,3</u> 6/10,0	<u>(8,6±0,1)×10<sup>3</sup></u> (8,9±2,6)×10 <sup>3</sup>
<i>S. pyogenes</i>	<u>0/0</u> 4/13,3	<u>0</u> (5,4±1,22)×10 <sup>3</sup>	<u>0</u> 6/10,0	<u>0</u> (7,4±1,58)×10 <sup>3</sup>
<i>S. aureus</i>	<u>0/0</u> 3/10,0	<u>0</u> (5,6±1,15)×10 <sup>3</sup>	<u>1/1,6</u> 5/8,3	<u>5,0 x 10<sup>3</sup></u> (6,8±1,21)×10 <sup>3</sup>
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	<u>0/0</u> 2/6,6	<u>0</u> (7,5±0,3)×10 <sup>3</sup>	<u>1/1,6</u> 4/6,6	<u>5,0 x 10<sup>3</sup></u> (9,7±2,10)×10 <sup>3</sup>
<i>Candida albicans</i>	<u>0/0</u> 4/13,3	<u>0</u> (4,1±0,70)×10 <sup>3</sup>	<u>1/1,6</u> 7/11,6	<u>4,3x10<sup>3</sup></u> (5,6±1,50)×10 <sup>3</sup>
<i>S. capitis</i>	<u>24/80,0</u> 8/26,6	<u>(2,6±0,8)×10<sup>3</sup></u> (1,9±0,6)×10 <sup>3</sup>	<u>46/76,6</u> 15/25,0	<u>(2,4±0,36)×10<sup>3</sup></u> (2,1±0,35)×10 <sup>3</sup>

<i>S.mitis</i>	$\frac{22}{73,3}$ $\frac{7}{23,3}$	$(1,0 \pm 0,9) \times 10^3$ $(1,5 \pm 0,6) \times 10^3$	$\frac{45}{75,0}$ $\frac{15}{25,0}$	$(2,3 \pm 0,40) \times 10^3$ $(1,8 \pm 0,38) \times 10^3$
<i>S.salivaris</i>	$\frac{27}{90,0}$ $\frac{3}{10,0}$	$(1,5 \pm 0,40) \times 10^3$ $(1,3 \pm 0,36) \times 10^3$	$\frac{49}{81,7}$ $\frac{13}{21,6}$	$(1,6 \pm 0,43) \times 10^3$ $(1,3 \pm 0,41) \times 10^3$
<i>S.mutans</i>	$\frac{28}{93,3}$ $\frac{2}{6,6}$	$(2,1 \pm 0,8) \times 10^3$ $(1,9 - 0,6) \times 10^3$	$\frac{43}{71,7}$ $\frac{4}{6,6}$	$(2,0 \pm 0,44) \times 10^3$ $(1,7 \pm 0,41) \times 10^3$

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 токсикарозом, *S.aureus* виявлені тільки у 1,6% хворих з ентеробіозом, анаероби *Fusobacterium nucleatum* та гриби *C.albicans* виявлені у 1,6 % хворих з токсикарозом. 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 токсикарозом 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 токсикарозом; у хворих на ГП II ступеня тяжкості у 55,0 % - 93,3 % хворих з ентеробіозом та 55,0% - 81,7 % пацієнтів з токсикарозом.

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 високої токсичності 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 пародонту 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 аутоімунних 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 паразитозами аутоімунних процесів, найсуттєвішими особливостями препарату є здатність інгібувати аутоімунні 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 загальних 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 окислення 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  $\beta$  - каротину і вітаміну Е в соєвій олії з додаванням гірчичної 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, імуномодулюючою, 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

- Borrell L.N. Analytical epidemiology of periodontitis / L.N. Borrell, P.N. Paranoú // *J. Clin. Periodontol.* - 2005. - Vol. 32, Suppl. 6. - P. 132-158.
- Аркадьєва Г.Е. Микробиоценоз ротової порожнини в нормі і деяких патологічних станах. Учебне посібник для лікарів / Г.Е. Аркадьєва. - СПб. : СПбГМУ ім. акад. І.І. Павлова, 2000. - 23 с.
- Добровольська М.К. Стан біоценозу клінічних зубоясенних кишень хворих на генералізований пародонтит / М.К. Добровольська, В.М. Гелей, Н.І. Гелей // *Клінічна стоматологія.* - 2014. - № 2. - С. 17-19.
- Горбачева І.А. Особенности гомеостаза и комплексная его коррекция у больных генерализованным пародонтитом / И.А. Горбачева, А.И. Кирсанов, П.С. Шабак-Спасский // *Пародонтология.* - 2001. - № 1-2 (19-20). - С. 12-13.
- Амбарцумян А.Д. Реабилитационные мероприятия при пародонтите путем восстановления нормального биоценоза полости рта / А.Д. Амбарцумян, Т.М. Бостанджян // *Пародонтология.* - 2004. - № 4 (33). - С. 41-43.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Рубинова Г.Е. Основные методы лабораторных исследований в клинической бактериологии / Г.Е. Рубинова. - М. : Медицина, 1994. - 234 с.
- Білько І.П. Вимоги до взяття та доставки матеріалу для мікробіологічних досліджень / І.П. Білько // *Сучасні інфекції.* - 2001. - № 3. - С. 106-109.
- Колесник Н.А. Теория и практика доказательной медицины / Н.А. Колесник, В.Н. Непомнящий, Е.С. Самусев - К. : Полиграф-плюс, 2006. - 200 с.
- 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.
- Пат. 109265 У, Україна, МПК А61В10/00. Спосіб комплексного лікування хронічного генералізованого пародонтиту І-ІІ ступеня тяжкості на тлі паразитозів (ентеробіозу і токсокарозу) / Н.М. Савельєва, С.А. Шнайдер, О.В. Денґа, А.П. Левицький, І.І. Соколова.
- Чебышев Н.В. Гельминтозы: органно-системные процессы в их патогенезе и лечении / Н.В. Чебышев, Ю.К. Боговлянский, Е.А. Гришина - М. : Медицина, 1998. - 240 с.
- Шипулин В.П. Оценка эффективности нового отечественного препарата "Эрбисол" у больных хроническим гепатитом / В.П. Шипулин, А.Н. Николаенко, А.А. Фомина [и др.] // *Врач. дело.* - 1995. - № 1-2. - С. 55 - 59.
- Корсунська О.І. Імунопротріні препарати у роботі лікаря загальної практики (фармакотерапевтичний довідник) / О.І. Корсунська, О.О. Нефьодов. - Дніпропетровськ : «Літограф», 2015. - 408 с.
- Уніч П.П. Екстра Ербісол у комплексній терапії хворих на розсіяний склероз / П.П. Уніч, С.М. Віничук, О.Н. Ніколаєнко // *Журнал практичного лікаря.* - 2003. - № 5. - С. 38-42.
- Николаенко А.Н. Основные направления в создании и внедрении нового лекарственного препарата Эрбисол / А.Н. Николаенко // *Новый украинский препарат «Эрбисол» : Тезисы докладов.* - Киев, 1994. - С. 4-9.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Мельничук Г.М. Медикаментозна лікування хвороб пародонта. Групи препаратів, механізм їх дії, показання та протипоказання до використання Частина І. 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.
- Беляков Д.А. Использование растений в противопаразитарных фитокомпозициях / Д.А. Беляков // *Материалы III межвузовской научно-практич. конф. молодых ученых «Молодёжь и медицинская наука», Тверь, 26 ноября 2015г.* - Тверь, 2015. - С. 40.
- Квертулин. Витамин Р, пребиотик, гепатопротектор / [А.П. Левицкий, О.А. Макаренко, И.А. Селиванская и др.]. - Одесса : КП ОГТ, 2012. - 20 с.
- Дорошенко С.І. Зміни мікробиоценозу порожнини рота в процесі комплексного лікування дітей із зубоцелюпними аномаліями та деформаціями на тлі захворювань тканин пародонта і цукрового діабету І типу / С.І. Дорошенко, О.В. Саранчук // *Український стоматологічний альманах.* - 2012. - № 2 (1). - С. 48-53.
- Мігенько Б.О. Трофічні виразки при післятромбофлебітичному синдромі, сучасні підходи до лікування хворих / Б.О. Мігенько, Л.С. Бабінець, Л.М. Мігенько, С.С. Рябокоч // *Здобутки клінічної і експериментальної медицини.* - 2016. - № 2. - С. 99-100.
- 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.
- Левицький А.П. Сравнительное действие кверцетина, инулина и квертулина на состояние печени крыс после оральной аппликации липополисахарида / А.П. Левицкий, Е.М. Левченко, О.А. Макаренко // *Вісник морської медицини.* - 2013. - № 2 (59). - С. 34-38.
- Ковалевська І. В. Визначення фізико-хімічних характеристик кверцетину / І. В. Ковалевська // *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики.* - 2014. - № 1. - С. 6-8.
- Левицький А.П. Гепатопротекторні властивості пасти з плодів чорниці при експериментальному токсичному гепатиті та кишковому дисбіозі / А.П. Левицький, С. Б. Осипенко, Ю. В. Цисельський [та ін.] // *Фітотерапія.* - 2009. - № 3. - С. 26-30.
- 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.
- Денґа 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. Денґа; Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця. - К., 2001. - 32 с.
- 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.
- 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., Міськів А.Л., Гутор 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 зубощелепними аномаліями. Нами проведено епідеміологічне обстеження 981 дитини віком 7, 12, та 15 років. Аналіз результатів обстеження дітей показав, що поширеність зубощелепних аномалій в середньому, становить  $74,2 \pm 1,46\%$ . Встановлено, що у структурі ЗЩА 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 : зубощелепні 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 періоді. 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 рівноваги між довкіллям і організмом порушується і це призводить до того, що пристосування до нових

умов може супроводжуватися порушенням нормального розвитку організму [1,4,6]. Розвиток одних органів впливає на розвиток інших, що, в свою чергу, визначає розвиток усього організму як єдиного цілого. Критичними періодами розвитку, коли організм дитини і підлітка чутливий до несприятливих впливів довкілля, є вік 6-7 років, 12-13 років та 14-15 років. Щоб оцінити фізичний розвиток дитини необхідно визначити біологічний вік та відповідність його календарному, зіставити основні антропометричні показники з віковими стандартами, а також оцінити гармонійність