

ріод також мали статистично вірогідну динаміку зниження. Так, рівень ЛІІ зменшився на 30 %, показники ІЗН знизилися на 25 % щодо попередніх значень. Під час проведення терапії цефтазидимом (орзидом) не спостерігалось явищ наростання неврологічної симптоматики, пов'язаної з нейротоксичною дією препарату, на фоні його внутрішньовенного введення.

Про відсутність токсичної дії даного антибіотика свідчить і динаміка показників креатиніну, який знижувався наприкінці третьої доби до норми, і рівня АЛТ, зменшення якої було зафіксоване на 45,7 %.

Через 10 діб після прийому цефтазидиму (орзиду) було відмічено нормалізацію температури тіла, зниження лейкоцитозу до $(6,9 \pm 1,3) \cdot 10^9/\text{л}$. І хоча показники ЛІІ у 28,6 % випадків (4 пацієнти) були підвищені на 10 %, значення ІЗН, рівень креатиніну, АЛТ і загального білірубіну в цей період відповідали нормальним значенням.

Клінічний стан пацієнтів за шкалою АРАСНЕ ІІ оцінювався в середньому в (4 ± 1) бал.

Таким чином, використання цефтазидиму (орзиду) в комп-

лексній терапії дітей молодшого віку з клінічними ознаками септичного процесу дозволило нам одержати позитивний клінічний ефект за відсутності ознак токсичної дії препарату на організм.

Висновки

1. При вивченні чутливості мікрофлори до основних антибактеріальних препаратів у групі обстежених хворих було виявлено, що високу активність щодо Гр(-) паличкової флори проявляли цефтазидим (орзид) — 74,2 %, — аміноглікозиди ІІІ покоління (амікацин) — 74,2 %, — фторхінолони — 71,4 % — і карбапенеми — 78,1 %.

2. При введенні в схему комплексної антибактеріальної терапії цефтазидиму (орзиду) спостерігалась вірогідна динаміка зниження гематологічних показників ендогенної інтоксикації (індексу зрушення нейтрофілів за О. М. Капітаненко і лейкоцитарного індексу інтоксикації за Кальф — Каліфом), зниження рівня креатиніну й аланінамінотрансферази за відсутності ознак нейротоксичної дії препарату на організм.

3. Використання цефтазидиму (орзиду) в комплексній

терапії у дітей молодшого віку з клінічними ознаками септичного процесу за умови вибіркової чутливості виділеної мікрофлори до препарату і неефективності попередньої антибактеріальної терапії дозволило одержати позитивний клінічний ефект за відсутності ознак токсичної дії препарату на організм.

ЛІТЕРАТУРА

1. Белобородов В. Б. Сепсис — современная проблема клинической медицины // Рус. мед. журнал. — 1997. — № 24 (5). — С. 1589-1596.

2. Исаков Ю. Ф., Белобородова Н. В. Сепсис у детей. — М., 2001. — 369 с.

3. Archibald L., Phillips L., Monnet D. Antimicrobial resistance in isolates from inpatients and outpatients in the United States: increasing importance of the intensive care unit // Clin. Infect. Dis. — 1997. — Vol. 24. — P. 211-215.

4. Eggimann Ph., Pittet D. Infection Control in the ICU // Chest. — 2001. — Vol. 120. — P. 2059-2093.

5. Kollef M. H. The prevention of ventilator-associated pneumonia // N. Engl. J. Med. — 1999. — Vol. 340. — P. 627-634.

6. Inadequate Antimicrobial Treatment of Infections / M. H. Kollef, G. Sherman, S. Ward, V. J. Fraser // Chest. — 1999. — Vol. 115. — P. 462-474.

УДК 616.314:615.477.88:616.311-002.828

І. А. Паненко, Ю. Г. Романова

ЧАСТОТА РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ГРИБКОВИХ УРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПАЦІЄНТІВ ЗІ ЗНІМНИМИ ЗУБНИМИ ПРОТЕЗАМИ

Одеський державний медичний університет

Грибкові захворювання слизової оболонки порожнини рота — досить розповсюджена патологія у стоматології. За даними різних авторів, частота розповсюдження грибкових стоматитів у загальній кількості хворих з ураженням слизової оболонки порожнини рота становить від 50 до 90 % [1–4].

Як відомо, грибкові ураження слизової оболонки порожнини рота спричиняються грибами, які постійно присутні у флорі рота як сапрофіти, наприклад кандиди, актиноміцети, аспергіли, споротрихуми [4; 5]. Ці гриби перетворюються у патогенні та спричиняють клінічні мікози слизової оболонки

порожнини рота тільки при появі несприятливих для організму умов.

Особливу групу утворюють кандидози протезного походження, коли провокуючим фактором є базис знімного протеза. *Candida albicans* має велику адсорбційну здатність до стоматологічних полімерів



[6; 7]. Колонізація внутрішньої поверхні протезів грибами Кандида, що виникає при зниженні імунного захисту організму, з подальшим заселенням грибами всієї слизової оболонки рота сприяє розповсюдженню запального процесу у вигляді «грибкових стоматитів».

Слід зазначити, що досі є дуже мало даних про розповсюдження грибкових стоматитів у протезоносіїв з незнімними, а також із знімними зубними протезами.

Мета цього дослідження полягала у вивченні частоти спостережень грибкових уражень слизової оболонки порожнини рота у пацієнтів зі знімними зубними протезами та визначенні питомого рівня кандидозів у загальній кількості «протезних» стоматитів.

Для одержання статистично значущих показників було обстежено 100 осіб з повними знімними та частковими пластинковими зубними протезами, якими вони користувалися від 3 міс до 15 років і звернулися до стоматологічної установи зі скаргами на неприємні відчуття в порожнині рота. При цьому одні з них вперше звернулися з подібними скаргами, в анамнезі других спостерігалися часті рецидиви, але вони не зверталися по допомогу, треті зазначали постійну наявність на слизовій оболонці елементів ураження. Причому в останніх після призначеного лікування симптоми стоматиту зникали, але потім знов виникали. Усі пацієнти стверджували, що до використання знімних протезів ураження слизової оболонки порожнини рота у них не було.

При обстеженні у більшості пацієнтів (81 % від усіх, що звернулися по допомогу) було зафіксовано ураження слизової оболонки порожнини рота різного ступеня виразності. Наше завдання полягало в диференційному підході для виявлення саме грибкового стоматиту.

Матеріали та методи дослідження

Проведено огляд слизової оболонки порожнини рота у 100 протезоносіїв віком від 32 до 72 років. Діагностичною ознакою для відбору пацієнтів служила характерна для грибкових стоматитів клінічна картина ураження слизової оболонки: наявність щільно спаяного зі слизовою оболонкою порожнини рота білястого нальоту і поверхневих виразок та типових скарг [1; 4]. При цьому обов'язковою умовою була наявність патологічного осередку в ділянці протезного ложа [8].

Подальшу діагностику кандидозу в більшості випадків спрямовували на виявлення грибів під час бактеріологічного дослідження об'єктів ротової порожнини.

Матеріал для бактеріологічного дослідження брали зі слизової оболонки порожнини рота за допомогою стерильних ватно-марлевих тампонів з осередків ураження і з різних цяток на слизовій оболонці (тверде й м'яке піднебіння, язик, щока на рівні змикання зубів і в ділянці вивідних проток привушних слинних залоз, під'язиковий простір, кути рота).

Тампон поміщали в стерильну пробірку зі спеціальним середовищем. Після 5-хвилинного рівномірного струшування з пробірки відбирали 0,5 мл суспензії й рівномірно розподіляли по поверхні середовища Сабуро в чашці Петрі. Посіви витримували в термостаті 48 год при температурі 37 °С. Кількість вирослих колоній визначали з розрахунку: змив з 1 тампона в 1 мл середовища [1; 9].

Наявність грибкового стоматиту визначали за наявності сукупних факторів: характерної клінічної картини, кількості колоній Кандида (понад 1000 в 1 мл змиву з тампона).

Результати дослідження та їх обговорення

З 64 обстежених пацієнтів з повними знімними протезами при огляді слизової оболонки порожнини рота тільки у 55 осіб було відмічено запальне ураження слизової оболонки порожнини рота. Але при цьому клінічна картина, характерна для кандидозу, зафіксована лише у 32 і у 29 з них висіяно гриби, але лише у 23 пацієнтів кількість грибів була більше 1100 на тампон, що підтверджувало у них діагноз «грибковий стоматит». Отже, серед «протезних» стоматитів із повними знімними протезами питома вага грибкових стоматитів становила 42 %.

З-поміж 16 осіб з частковими пластинковими протезами характерна «кандидозна» клінічна картина ураження слизової оболонки порожнини рота спостерігалася лише у 5 пацієнтів, яким було поставлено діагноз «протезний стоматит»; гриби роду Кандида в кількості понад 2 тис. на тампоні були виявлені лише у 4 хворих, отже підтвердження діагнозу «грибковий стоматит» становило 25 % щодо зафіксованого у цій групі пацієнтів із протезним стоматитом (таблиця).

У пацієнтів з бюгельними протезами грибковий стоматит становив 20 % усіх випадків ураження слизової оболонки порожнини рота. У середньому ж, як показали наші дослідження, питома вага грибкових стоматитів у загальній кількості зафіксованих уражень слизової оболонки порожнини рота у пацієнтів зі знімними протезами дорівнює 29 %.

Виходячи з анамнезу пацієнтів, які стверджували, що до початку користування знімними зубними протезами у них не спостерігалася уражень слизової оболонки порожнини рота, а також беручи до уваги результати цих досліджень,



Кількість пацієнтів зі знімними зубними протезами, в яких виявлено гриби в ротовій порожнині

Вид зубного протеза	Кількість обстежених осіб	Кількість осіб з ураженнями слизової оболонки порожнини рота	Клінічна картина, характерна для кандидозу (з них осіб, у яких виявлено гриби)	Кількість грибів на тампон					Усього пацієнтів із вмістом грибів більше 1100 на тампон
				від 100 до 900 (1000)	від 1100 до 2000	від 2100 до 3000	від 3100 до 5000	від 5000 і більше	
Повний знімний протез (47 на верхній щелепі та 17 на нижній щелепі)	64	55	32 (29)	5	4	4	13	2	23
Частковий знімний протез (14 на верхній щелепі та 6 на нижній щелепі)	20	16	5 (4)	—	—	3	1	—	4
Бюгельний протез (9 на верхній щелепі та 7 на нижній щелепі)	16	10	2 (2)	—	—	2	—	—	2
Усього	100		39 (35)	5	4	9	14	2	29

можна зробити висновок, що знімний зубний протез є фактором, який сприяє створенню умов для зростання й підсиленого розмноження грибкової флори. Найбільш несприятливим у цьому відношенні є повний знімний протез, особливо на верхній щелепі. Із 23 пацієнтів з повними знімними протезами у 56 % було виділено від 3000 до 5000 грибів і у 9 % — понад 5000 в 1 мл змиву з тампона, який використовувався для взяття бактеріологічного матеріалу з поверхні слизової оболонки порожнини рота. Найменша частота уражень грибами слизової оболонки порожнини рота при використанні бюгельних протезів. Виділених колоній грибів більш ніж 3000 у пацієнтів з бюгельними протезами не спостерігалось. Проте навіть якщо бюгельний протез має найменшу площину стикання ак-

рилового базису з поверхнею слизової оболонки порожнини рота, він здатний ініціювати розвиток грибкової флори.

Таким чином, результати досліджень показали, що грибкові стоматити є досить розповсюдженими у протезоносців, що зумовлює необхідність пошуків профілактичних і лікувальних заходів у цієї категорії пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Марченко А. І., Руденко М. М. Кандидози слизової оболонки порожнини рота. — К.: Здоров'я, 1978. — 72 с.
2. Сергєєв А. Ю., Сергєєв В. Кандидоз (Природа інфекції, механізми агресії та захисту, лабораторна діагностика, клініка та лікування). — К.: Триада, 2001. — С. 213-213.
3. Малы́й В. П. Кандидоз // Сучасні інфекції. — 2002. — № 2. — С. 92-104.

4. Fotos P. G., Hellstein J. W. Candida and candidosis. Epidemiology, diagnosis and therapeutic management // Dent. Clin. North. Am. — 1992. — Vol. 36, N 4. — P. 857-878.

5. Почтар В. Н., Скиба В. Я. Кандидоз слизової оболонки порожнини рота // Вісник стоматології. — 2002. — № 4. — С. 101-106.

6. Kulak Y., Arıkan A. Existence of candida albicans and microorganisms in denture stomatitis patients // J. Oral-Rehabil. — 1997. — Vol. 24, N 10. — P. 788-790.

7. Sato M., Tsuchiya H. Growth inhibition of oral bacteria related to denture stomatitis by anti-candidal chalcones // Aust-Dent-J. — 1997. — Vol. 42, N 5. — P. 343-346.

8. Oral candida of asymptomatic denture wearers / I. Berdicevsky, H. Ben-Aryeh, R. Szargel, D. Gutman // Int. J. Oral. Surg. — 1980. — Vol. 9, N 2. — P. 113-115.

9. Бургер М. О. Справочник по микробиологическим и вирусологическим методам исследования. — М.: Медицина, 1967. — 267 с.

