

сухость полости рта отмечали соответственно 10 (73,6%), 6 (43,1%) и 8 (77,8%) больных ХРАС основной группы и (69%), 19 (45,2%) и 13 (66,7%) больных ХРАС группы сравнения.

Нарушение общего состояния и увеличение регионарных лимфатических узлов имели место соответственно у 20 (68,1%) и 17 (30,6%) больных ХРАС основной группы и у 15 (61,9%) и 14 (33,3%) - группы сравнения. Гиперемия, отек и выраженная глубина афт в основной группе наблюдались соответственно у 16 (66,7%), 11 (38,9%) и 14 (50%) больных, в группе сравнения – у 29 (66,7%), 15 (35,7%) и 20 (47,6%). Количество рецидивов у больных ХРАС легкой степени тяжести основной группы было 1-2 раза в год, продолжительность рецидивов – от 7-10 дней, длительность ремиссии – 6-7 месяцев. Боль и жжение проявлялись при приеме обычной пищи, а прием острых блюд сопровождался явлениями дискомфорта. У больных ХРАС средней тяжести основной группы на месте афт появлялись язвы, покрытые серо-белым налетом. Количество афт не более 4-6, однако диаметр увеличивался и был в пределах 1,0-1,2 мм. При анализе состояния краев эрозии наблюдается воспалительный инфильтрат, гиперемия, отек. Рецидивы у этих больных отмечались 2-3 раза в год, продолжительность рецидивов – 10-13 дней, длительность ремиссии – 4-6 месяцев. У больных с тяжелым течением ХРАС основной группы нарушения общего характера были более выраженными: они жаловались на постоянную головную боль, горечь во рту, боли в правом подреберье, сильные боли и жжение эрозивной поверхности, отмечалась значительная гиперемия и отек с воспалительным инфильтратом в пределах элементов поражения – афт и эрзий, покрытых фиброзно-некротическим налетом, регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны.

Оценка гигиенического состояния полости рта является одним из показателей развития воспалительных заболеваний СОПР. До лечения в основной группе исходный показатель ГИ (ОНИ-S) полости рта регистрировались как «плохой» и был равен $2,43 \pm 0,24$, в группе сравнения – $2,26 \pm 0,26$, в контрольной группе – $1,22 \pm 0,12$. После проведенного лечения показатели в основной группе и группе сравнения отличались от исходных, но в основной группе ($0,56 \pm 0,27$) они имели достоверную разницу ($p > 0,05$), а в группе сравнения ($0,61 \pm 0,25$) и группе контроля ($1,00 \pm 0,31$) различались недостоверно ($p > 0,05$). При сравнении показателей ГИ (ОНИ-s) в группе сравнения и в контрольной группе после стоматологического лечения выявлена недостоверная разница ($p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, больные ХРАС у беременных после комплексного лечения к 10-му дню уровень гигиены оценивался как «удовлетворительный», к 30-му дню и до конца сроков наблюдения ГИ (ОНИ-s) – как хороший. У пациентов основной группы с легкой формой ХРАС жжение уменьшалось на $3,5 \pm 0,75$ дня, со среднетяжелой формой – на $5,6 \pm 0,01$ дня, с тяжелой формой – на $7,51 \pm 0,1$ дня. Оценка гигиенического состояния полости рта у беременных с ХРАС поможет выбрать наиболее эффективную схему лечения.

ОЦЕНКА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ПАЦИЕНТЫ С ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТОМ

Ибрагимова М.Х., Омонова Ш.Ф.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение. В настоящее время доказано, что этиологическим фактором воспалительных поражений пародонта являются пародонтопатогены зубной бляшки. Современные исследования демонстрируют, что *A.actinomycescomitans* играет существенную роль в развитии быстро прогрессирующего пародонтита, содержание этого микроорганизма напрямую коррелирует с величиной пародонтального кармана и со степенью тяжести воспалительно-деструктивных изменений в пародонте. Однако, ряд авторов высказывает сомнение относительно этиологической роли данных бактерий в

развитии воспалительных заболеваний пародонта. Интерпретацию полученных результатов микробиологического исследования материалов проводили, учитывая дифференциальные признаки, образовавшихся в ходе роста колоний, характерные для каждого вида бактерий.

Для стафилококков характерны золотистые (*S. aureus*) или белые (*S. epidermidis*, *S. saprophyticus*) колонии. У микрококков колонии окрашены, как правило, в желтый (с различными оттенками – от желто-зеленого до оранжевого) или розовый (вплоть до красного) цвета. Подавляющее число штаммов *S. aureus* и некоторые штаммы *S. epidermidis* растворяют эритроциты, образуя прозрачную зону гемолиза вокруг колоний. Микрококки гемолитическими свойствами не обладают.

Стрептококки дифференцируют между собой по виду гемолиза на кровяном агаре, который обусловлен лизисом эритроцитов. При этом вокруг колоний образуется прозрачная зона, вплоть до полного просветления среды шириной от десятых долей до нескольких миллиметров. Колонии β - гемолитических стрептококков могут быть: мукоидные диаметром 1,5-2,5мм, правильной округлой формы, напоминающие своим видом капельки росы; шероховатые, 1,5-2,5мм в диаметре, круглые колонии, серовато-белого цвета, с характерным слегка приподнятым центром; гладкие, мелкие, 1-1,5мм в диаметре, колонии сферической формы с ровным краем, с блестящей влажной поверхностью. α -гемолитические или зеленающие стрептококки образуют на кровяном агаре α -реакцию в виде полупрозрачной, зеленоватого оттенка зоны, и образованием мелких колоний, диаметром 1-1,5мм серовато - зеленоватого цвета с гладкой или шероховатой поверхностью. γ - стрептококки инертны в отношении эритроцитов и гемоглобина; они не меняют вид кровяного агара и называются негемолитическими.

Цель: Оценить микробиологические статусы хронического катарального гингивита пациенты с хроническим гепатитом.

Материалы и методы. Для микробиологического исследования у пациентов с хроническим катаральным гингивитом производился забор следующего материала:

- ротовую жидкость, путем сплевывания, собирали в стерильные флаконы в количестве 1 мл, которые закрывали стерильной крышкой,
- содержимое зубодесневой борозды брали на стерильный, гигроскопичный ватный фитилек на стоматологическом зонде и опускали также в стерильный флакон с 1 мл физиологического раствора, закрывая стерильной крышкой. Выделение микроорганизмов из их естественной среды обитания - тканей и жидкостей полости рта – осуществлялось путем посева исследуемых материалов на искусственные питательные среды. Используемый нами метод носит название культурального исследования. Посев на питательные среды исследуемого материала проводили, взяв 0,1 мл ротовой жидкости и 0,1 мл из флакона, в котором находился физиологический раствор и содержимое зубодесневой борозды.

Результаты. При проведении микробиологических исследований ротовой жидкости и содержимого зубодесневой борозды были обнаружены следующие основные виды микроорганизмов: стрептококки, стафилококки, микрококки, нейссерии, *Corynebacterium species*, *Enterodacter species*, *Pseudomonas species*, *Candida albicans*. Наиболее часто встречались, 20% и более случаев обнаружения, β -гемолитические стрептококки, нейссерии, грибы *Candida albicans*.

Количественные микробиологические показатели данных микроорганизмов наиболее достоверно снижались после проведения профессиональной гигиены полости рта, аналогично показателям клинических исследований. Поэтому проводили анализ динамики следующих микроорганизмов: β - гемолитических стрептококков, *Neisseria*, *Candida albicans*. Среднее количество колоний *Neisseria* при гингивитах средней степени тяжести в 4,6 раза больше чем при легких гингивитах, при равном количестве случаев обнаружения данного вида микроорганизмов в содержимом зубодесневой борозды. Среднее количество колоний грибов *Candida albicans* достоверно не отличалось при хронических катаральных гингивитах легкой и средней степени тяжести, при большей частоте обнаружения при легких формах гингивита в 6,1 раза. Количественные

микробиологические показатели микроорганизмов: стрептококки, стафилококки, микрококки, нейссерии, *Corynebacterium species*, *Enterodacter species*, *Pseudomonas species*, *Candida albicans*, наиболее достоверно снижались после проведения профессиональной гигиены полости рта, аналогично показателям клинических исследований.

Заключение. Таким образом, после проведения профессиональной гигиены полости рта и коррекции гигиенического состояния полости у подростков с хроническими катаральными гингивитами, с уменьшением интенсивности воспаления и улучшением гигиенического состояния полости рта изменялись и количественные микробиологические показатели исследуемых микроорганизмов. Профессиональная гигиена полости рта является эффективным методом профилактики и лечения хронических катаральных гингивитов пациенты 18-21 летнего возраста при создании устойчивой мотивации пациентов на улучшение гигиенического состояния полости рта, что подтверждается проведенными нами клиническими и лабораторными исследованиями.

КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ПАРОДОНТА ПРИ ЖИРОВОМ ГЕПАТОЗЕ

Ибрагимова М.Х., Рузыкулов М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Имеется тесная взаимосвязь изменений слизистой оболочки полости рта и заболеваний внутренних органов, в частности патологии печени. Исследования полости рта при жировом гепатозе представляет интерес для клиницистов стоматологов, так как патологические процессы, развивающиеся в печени приводят к различным нарушениям в слизистой оболочке полости рта. Часто больные с гепатозами предъявляют жалобы на жжение и покалывание в области языка и губ, чувство жжения и болезненности слизистой оболочки часто сочетается с ощущением зуда, особенно в области неба. У больных с жировым гепатозом выявляется хронический катаральный гингивит различных степеней тяжести: легкая, средняя и тяжелая. Кроме этого изменяется состояние сосочкового аппарата языка, появление десквамативных очагов, появление борозд на спинке языка, усиливаются процессы ороговения эпителия и скорость его слущивания, отмечается кровоточивость десен. На красной кайме губ могут появляться трещины с замедленной эпителизацией, склонные к инфицированию, могут наблюдаться явления кандидомикоза. Из субъективных ощущений у больных отмечаются ощущения горечи, нарушения вкуса, жжение и зуд на небе, застойная гиперемия слизистой оболочки десны. Возможно появление очагового или диффузного помутнения эпителия в участках слизистой оболочки твердого неба и десны.

Цель: Изучить клиническое состояние СОПР и пародонта у пациентов с жировым гепатозом.

Материалы и методы. Обследованы 32 пациента от 19 до 32 лет с жировым гепатозом, диагноз которых был установлен гастроэнтерологом на основании УЗИ; из них 16 вошли в основную группу, 16 – группу сравнения, 10 здоровых лиц являлись контролем. Определены индекс гигиены, индекс КПУ, РМА, рентгенологический и статистический методы исследования.

Полученные результаты. Больные жаловались на боли в правом подреберье, жжение, зуд и кровоточивость десен, нарушение вкуса. Слизистая оболочка десен гиперемирована в области фронтальных зубов верхней челюсти, отмечается воспаление десневых сосочков (88,8%), пародонтальные карманы легкой степени (37,5%), средней степени (34,1%), тяжелой степени (27,4%). У больных отмечается ощущение горечи во рту (43,6%), жжение и боли языка (56,3%). При определении гигиенического индекса пациентов с жировым гепатозом отмечается плохая гигиена полости рта (ГИ 3,45). Интенсивность кариеса КПУ отмечается в пределах высоких величин (15,6), КУП