

зидентами нормальной микрофлоры полости рта *Streptococcus* spp. и *Lactobacillus* spp.

Прослеживается средняя обратная корреляционная связь *Streptococcus* spp. и *Lactobacillus* spp. со следующими показателями: возраст, *Staphylococcus* spp., *Candida* spp., БГКП. Также достоверно определена прямая зависимость между грибами рода *Candida* и БГКП.

Заключение

Показано, что количественный и видовой состав микроорганизмов в ротовой жидкости обследованных с отсутствием зубов отличается от нормативных значений и показателей контрольной группы.

Установлено, что при снижении количества одного из резидентов нормальной флоры создаются условия для роста и размножения патогенных и условно-патогенных штаммов. Следовательно, незначительные изменения микробиоценоза усугубляют степень дисбиотического сдвига. Таким образом, подготовка полости рта к протезированию должна включать не только санацию, но и коррекцию дисбиотических состояний с целью профилактики осложнений после изготовления ортопедических конструкций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рыжова И.П., Присный А.А., Шинкаренко Н.Н., Саливончик М.С. Состояние микрофлоры полости рта под влиянием съемных конструкций зубных протезов. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2014; 2: 151.
2. Доменюк Д.А., Гаража С.Н., Иванчева Е.Н., Пивоварова Н.И., Попов А.А. Оценка колонизации металлоакриловых зубных протезов условно-патогенной микрофлорой в эксперименте in vitro. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2009; 7: 47–51.
3. Мамедов Р.М., Ализаде А.Р., Ибрагимова Л.К., Гамзаев Б.М. Состояние стоматологического статуса взрослого населения в зависимости от наличия заболеваний слизистой оболочки полости рта. *Проблемы стоматологии*. 2013; 5: 18–20.
4. Гайдарова Т.А., Попова Н.В. Количественный и качественный состав микрофлоры полости рта больных хроническим генерализованным пародонтитом. *Сибирский медицинский журнал*. 2010; 4: 95–8.
5. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. Болезни пародонта. *Патогенез, диагностика, лечение*. М.: МИА; 2004: 64–5.
6. Гильмиярова Ф.Н., Радомская В.М и др. Нарушение гомеостаза полости рта при адентии. *Вестник РУДН, серия Медицина*. 2001; 3: 114–7.

7. Рединова Т.Л., Иванова Л.А., Мартюшева О.В., Чередникова Л.А., Чередникова А.Б. Микробиологические и клинические характеристики дисбиотического состояния в полости рта. *Стоматология*. 2009; 6: 12–8.
8. Цепов Я. М. Микрофлора полости рта и ее роль в развитии воспалительных генерализованных заболеваний пародонта. *Пародонтология*. 2007; 4: 3–8.
9. Taboridze I., Ivanishvili R. The effect of the direct composite veneers restorations on the microbial status of oral cavity. *European Sci. J.* 2013; 61–71.

Поступила 13.05.15

REFERENCES

1. Ryzhova I.P., Prisnyy A.A., Shinkarenko N.N., Salivonchik M.S. State of the oral microflora under the influence of removable dentures. *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy*. 2014; 2: 151. (in Russian)
2. Domenyuk D.A., Garazha S.N., Ivancheva E.N., Pivovarova N.I., Popov A.A. Evaluation of the colonization metalloakrilovykh dentures conditionally pathogenic microflora in the experiment in vitro. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik*. 2009; 7: 47–51. (in Russian)
3. Mamedov R.M., Alizade A.R., Ibragimova L.K., Gamzaev B.M. State of the dental status of the adult population depending on the presence of diseases of the mucous membranes of the oral cavity. *Problemy stomatologii*. 2013; 5: 18–20. (in Russian)
4. Gaydarova T.A., Popova N.V. Quantitative and qualitative composition of microflora of the oral cavity of patients with chronic generalized periodontitis. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal*. 2010; 4: 95–8. (in Russian)
5. Grigor'yan A.S., Grudyanov A.I., Rabukhina N.A., Frolova O.A. *Periodontal Diseases. Pathogenesis, diagnosis, treatment. [Bolezni parodonta. Patogenez, diagnostika, lechenie]*. Moscow: MIA; 2004: 64–5. (in Russian)
6. Gil'miyarova F.N., Radomskaya V.M et al. Disturbance of homeostasis of the oral cavity in edentulous. *Vestnik RUDN, seriya Meditsina*. 2001; 3: 114–7. (in Russian)
7. Redinova T.L., Ivanova L.A., Martyusheva O.V., Cherednikova L.A., Cherednikova A.B. Microbiological and clinical characteristics of a dysbiotic state in the oral cavity. *Stomatologiya*. 2009; 6: 12–8. (in Russian)
8. Tsepov Ya. M. Microflora of the oral cavity and its role in the development of generalized inflammatory periodontal disease. *Parodontologiya*. 2007; 4: 3–8. (in Russian)
9. Taboridze I., Ivanishvili R. The effect of the direct composite veneers restorations on the microbial status of oral cavity. *European Sci. J.* 2013; 61–71.

Received 13.05.15

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.314.17-002.191-06:616.36]-08

Демьяненко С. А., Марченко Н. В., Кириченко В. Н., Тофан Ю. В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГРАНУЛИРУЮЩЕГО ПЕРИОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ С ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского, Медицинская академия им. С. И. Георгиевского, Симферополь

В статье приведены результаты лечения хронического гранулирующего периодонтита у 56 пациентов. В 1-й (основной) группе (20 больных) проводили комплексное лечение с использованием гепатопротектора Галстена и пребиотика Хилак форте. Во 2-ю (контрольную) группу вошли 36 пациентов, которых лечили по традиционной методике. Установлено, что применение указанной комбинации способствует ускорению процессов репарации тканей периодонта к 30-м суткам, ведет к сокращению сроков лечения. Это подтверждается снижением активности показателей аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы и щелочной фосфатазы.

Ключевые слова: гранулирующий периодонтит; комплексное лечение; гепатопротектор; пребиотик; химический анализ крови.

Для цитирования: *Российский стоматологический журнал*. 2015; 19(5): 12–15.

Для корреспонденции: Тофан Юлия Владимировна, Julia.tofan@yandex.ru

For correspondence: Tofan Yuliya Vladimirovna, Julia.tofan@yandex.ru

Dem'yanenko S. A., Marchenko N.V., Kirichenko V. N., Tofan Yu. V.

EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF CHRONIC GRANULOMATOUS PERIODONTITIS IN PATIENTS WITH HEPATOBILIARY PATHOLOGY

Federal state Autonomous educational institution "Crimean Federal University named after V. I. Vernadsky medical Academy named after S. I. Georgievsky, Simferopol

The article shows the results of chronic granulomatous periodontitis treatment that has been carried out among 56 patients. Comprehensive treatment with usage of hepatoprotector and prebiotics Galstena and Hylak forte was chosen for the patients in the main group (20 persons).

There were 36 patients in the second group; they were treated according to the traditional methods.

It was determined that use of this combination assisted in acceleration of periodontium tissues repair processes by the 30th day, resulted in terms treatment reducing. It is confirmed by reducing rates of ALT, AST, and alkaline phosphatase.

Key words: *granulomatous periodontitis; comprehensive treatment; hepatoprotector; prebiotic; blood chemistry.*

Citation: *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal. 2015; 19(5): 12–15.*

Среди актуальных проблем современной стоматологии заболевания периодонта занимают одно из ведущих мест, что обусловлено высокой их распространенностью и тяжестью течения. У взрослого населения хронический гранулирующий периодонтит (ХГП) занимает после кариеса и пульпита третье место и является основной причиной удаления зубов [1, 2].

Многие исследователи рассматривают хронический одонтогенный очаг как источник гетеро- и аутоенсибилизации организма, который может привести к развитию висцеральной патологии [3].

Вместе с тем нарушение барьерной функции печени способствует прорыву условно-патогенных и патогенных бактерий в систему гемокрикуляции из кишечника с последующим инфицированием различных органов и систем и нарушением метаболических процессов, в том числе органов ротовой полости [4, 5].

Развитие гепатогенных осложнений стоматологического характера зависит от вида гепатобилиарной патологии. При острых формах гепатита А, когда гепатоциты продуцируют в значительных количествах острофазные белки, развивается инфекционно-воспалительная стадия гепатоорального синдрома, проявляющаяся повышенной транслокацией бактерий, бактериемией и системной эндотоксинемией [4].

В этой стадии нарушается функция слюнных желез (гипосаливация), снижается уровень антимикробной защиты полости рта (SIgA), лизоцима, пероксидазы, развивается оральная дисбиоз. При гепатите увеличивается активность кислой фосфатазы, что свидетельствует об активации остеокластов, и повышается активность протеолитических ферментов, содержание кальция и фосфора проявляет тенденцию к снижению, минерализующая способность кости падает, а коллагенообразующая, напротив, увеличивается [4].

Доказано, что основную этиологическую роль в развитии апикального периодонтита (АП) играют факультативно-анаэробные и аэробные микроорганизмы, которые могут вегетировать в корневом канале как в виде монокультуры, так и в ассоциациях с актиномицетами, грибами рода *Candida* и другими микроорганизмами. На сегодняшний день общепризнано, что продукты их жизнедеятельности должны быть удалены из каналов механическими и химическими методами. При этом каждый в отдельности метод недостаточно эффективен, а их сочетание утвердилось как химико-механическое препарирование [7].

В комплексной терапии АП особое внимание уделяют комплексному лечению с использованием материалов, обладающих гепатопротекторными свойствами. Однако большое количество осложнений и нестойкость достигаемого лечебного эффекта по-прежнему остаются препятствием на пути их внедрения в клинику. В связи с этим поиск новых эффективных способов комплексного лечения ХГП остается актуальным направлением в стоматологии.

Выбор нами гепатопротектора Галстена и пребиотика Хилак форте обусловлен их свойством оказывать гепатопротекторное, антидисбиотическое, остеопротекторное действие, нормализовать микробный гомеостаз [9, 14].

Задачей настоящего исследования явилось повышение эффективности и сокращение сроков комплексного лечения больных ХГП на фоне гепатобилиарной патологии путем сочетанного использования гепатопротектора и пребиотика (Галстена и Хилак форте).

В клинике обследовано и проведено комплексное лечение 56 пациентов мужского пола в возрасте от 25 до 40 лет. По анамнестическим данным все пациенты были сопоставимы (перенесенный ранее гепатит А).

У всех больных проводили клинико-анамнестическое обследование, рентгенографическое исследование однокорневых зубов верхней и нижней челюсти до и после лечения через 1, 3 и 6 мес. При этом учитывали степень резорбции костной ткани до лечения, сроки и характер восстановления структуры кости после лечения. Изучали состояние периапикальных тканей зубов с помощью модифицированного периапикального индекса РАИ А. М. Соловьева [10, 13].

Дополнительно всем пациентам для выявления гепатобилиарной патологии (ГПБ) проводили УЗИ желчевыводящих путей и биохимический анализ крови на аспаргатамино-трансферазу (АСТ), аланинаминотрансферазу (АЛТ) и щелочную фосфатазу (ЩФ) [3].

Материал и методы

Комплексное лечение пациентов 1-й (основной) группы (20 человек) включало профессиональную гигиену полости рта, лечение корневых каналов с использованием алгоритма эндодонтического вмешательства по протоколу Д. Кантаторе [8]. Назначали комплекс Хилак форте по 40 капель 3 раза в день и Галстена по 10 капель 3 раза в день в течение 1 мес [9, 14].

Лечение пациентов 2-й (контрольной) группы (36 человек) проводилось традиционным методом.

Результаты и обсуждение

Анализ динамики изменений клинических симптомов в ранние сроки наблюдений показал, что по всем изучаемым параметрам имеются достоверные различия, указывающие на меньшую выраженность местных и общих воспалительных реакций у представителей 1-й группы. Жалобы отсутствовали, слизистая оболочка в области пролеченных зубов имела бледно-розовый цвет, перкуссия зубов безболезненна, отмечено отсутствие патологической подвижности, сохранение функции зуба.

Положительная динамика, подтвержденная рентгенографическими исследованиями, также свидетельствует о стабилизации процессов регенерации. Использование предложенной нами методики способствовало более активной и эффективной репарации периапикальных тканей.

У пациентов основной группы изменения рентгенологической картины наблюдались уже через месяц. РАИ изменился у 16 исследуемых от 5 до 2 баллов, у 4 – от 5 до 3 баллов (рис. 1, 2 на вклейке).

У лиц контрольной группы изменения рентгенологической картины наблюдались в более поздние сроки. У 20 пациентов РАИ изменился от 5–6 до 2 баллов через 3 мес, у 5

Биохимические показатели крови (в ед/л) у больных в исследуемых группах ($M \pm m$)

Показатель	Норма ($n = 15$)	Контрольная группа ($n = 26$)		Основная группа ($n = 20$)	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
АЛТ	45 ± 10	163 ± 20	147 ± 12	170 ± 21	130 ± 12
		72,4%*	9,8%	73,5%*	23,5%
		$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$
		$p_2 < 0,05$	$p_2 > 0,05$	$p_1 < 0,05$	$p_1 > 0,05$
АСТ	37 ± 10	140 ± 12	129 ± 12	148 ± 12	105 ± 11
		73,6%*	7,8%	75,0%*	29,1%
		$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$
		$p_2 < 0,05$	$p_2 > 0,05$	$p_1 < 0,05$	$p_1 > 0,05$
ЩФ	120 ± 10	800 ± 42	614 ± 45	780 ± 53	408 ± 45
		61,7%*	23,3%	55,6%*	47,6%
		$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$
		$p_2 < 0,05$	$p_2 > 0,05$	$p_1 < 0,05$	$p_1 > 0,05$
		$p_3 < 0,05$	$p_3 < 0,05$		

Примечание. % – разница в сравнении с показателем до лечения; %* – разница в сравнении с нормой; p – степень достоверности по отношению к норме (здоровые); $p_{1,2}$ – степень достоверности по отношению к показателям 1-й и 2-й групп соответственно; p_3 – степень достоверности по отношению к показателям до лечения.

пациентов – через 6 мес, у 1 – через 12 мес соответственно (рис. 3, 4 на вклейке).

Анализ рентгенографических данных подтвердил целесообразность сочетанного использования гепатопротектора и пребиотика (Галстена и Хилак форте) в комплексном лечении ХГП, приведшего к более выраженному восстановлению костной ткани у пациентов в 1-й (основной) группе через 1 мес после лечения.

В это же время у представителей 2-й (контрольной) группы лечение привело лишь к частичной стабилизации процесса. Полное восстановление костной ткани наблюдалось в сроки от 3 до 12 мес.

Обследование функции печени и желчевыводящих путей свидетельствовало о том, что у большей части пациентов (85,7%) имелись дискинетические нарушения. По результатам УЗИ желчевыводящих путей определялось повышение эхогенности внутрипеченочных желчных протоков, сужение их просвета, в просвете желчного пузыря визуализировались неоднородный желчный осадок, множественные мелкие конкременты. Все больные с ГБП получали медикаментозное лечение в соответствии с протоколом лечения, которое осуществляли специалисты в данной области.

Анализ биохимических показателей крови после лечения показал, что у пациентов в 1-й группе показатель ЩФ достоверно снизился с 780 ± 53 ед/л ($p_3 < 0,05$) до 408 ± 45 ед/л (47,6%). Отмечено достоверное снижение активности АЛТ в эти же сроки на 23,5% ($p_3 < 0,05$) в сравнении с показателем до лечения и АСТ на 29,1% ($p_3 < 0,05$).

У больных гранулирующим периодонтитом во 2-й группе биохимический показатель АЛТ существенно снизился на 9,8% ($p_3 < 0,05$). Активность АСТ в этот срок снизилась на 7,8% ($p_3 < 0,05$) в сравнении с показателем до лечения, а ЩФ – на 23,3% ($p_3 < 0,05$).

Нами установлено, что в характере изменений биохимических показателей печеночных маркеров периферической крови у пациентов в 1-й и 2-й группах на фоне ГБП прослеживаются закономерности (см. таблицу).

Сроки восстановления цифровых значений показателей находились в прямой зависимости от методов проводимого лечения. Так, если у представителей 1-й (основной) группы этот период длился 1 мес, у пациентов 2-й (контрольной) группы – от 3 до 12 мес.

Таким образом, клиническими, рентгенологическими и лабораторными методами исследования обоснована целесообразность сочетанного применения гепатопротектора (Галстена) и пребиотика (Хилак форте) в комплексном лечении ХГП.

Выводы

1. Сочетанное использование гепатопротектора и пребиотика (Галстена и Хилак форте) в комплексном лечении ХГП приводило к более выраженному восстановлению костной ткани у пациентов в 1-й (основной) группе через 1 мес после лечения. В это же время у представителей 2-й (контрольной) группы результатом лечения стала лишь частичная стабилизация процесса.

2. Сроки восстановления цифровых значений показателей печеночных маркеров периферической крови на фоне ГБП находились в прямой зависимости от методов проводимого лечения. У представителей 1-й (основной) группы этот период длился 1 мес, у пациентов во 2-й (контрольной) группе – от 3 до 12 мес.

ЛИТЕРАТУРА

- Боровский Е.В., Жохова Н.С. *Эндодонтическое лечение (пособие для врачей)*. М.: АО «Стоматология»; 1997.
- Иванов А.С., Иордановшвили А.К. *Инфекционные верхушечные периодонтиты*. Санкт-Петербург: Санитарно-гигиенический медицинский институт; 1992.
- Шерлок Ш., Дули Дж. *Заболевания печени и желчных путей*. М: ГЭОТАР; 1999.
- Левицкий А.П., Демьяненко С.А. *Гепатооральный синдром*. Симферополь, 2012; 9, 22, 118.
- Троценко Б.В. *Лекции по частной гистологии*. Симферополь; 2003.
- Левицкий А.П., Демьяненко С.А., Цисельский Ю.В. *Антимикробная функция печени*. Одесса: КПОГТ; 2011.
- Скрипникова Т.П., Скрипников П.Н., Просандаева Г.Ф. *Эндодонтическое лечение. Обтурация корневых каналов. Пособие для врачей-стоматологов (Раздел 6)*. Полтава; 2005.
- Кантаторе Д. Ирригация корневых каналов и ее роль в очистке и стерилизации системы корневых каналов. *Новости Dentsply*. 2004; 10: 58–65.
- Урсова Н.И. Итоги и перспективы использования Хилак® Форте в практической медицине. *Трудный пациент*; 2005.
- Рабухина Н.А., Григорьян А.С., Григорьянц Л.А., Бадалян В.А. Сопоставление рентгенологических, клинических и морфофункциональных показателей при околоверхушечных деструктивных поражениях. *Клиническая стоматология*. 1999; 3: 24–7.
- Горячев Н.А. *Консервативная эндодонтия: практическое руководство*. Казань: Медицина; 2002: 112–3.
- Батюков Н.М. Сравнительная оценка эффективности методов обработки и пломбирования корневых каналов с использованием современных технологий. *Клиническая эндодонтия*. 2007; 7(1): 22–7.
- Соловьева А.М. Применение модифицированного периапикального индекса РА1 для оценки результатов эндодонтического лечения постоянных зубов с незавершенным формированием корневой. *Пародонтология*. 1999; 13 (3): 48–50.
- Григорьева И.Н., Шабалин А.В., Тихонов А.В. Исследование эффективности препарата «Галстена» у пациентов с дискинезией желчевыводящих путей, хроническим холециститом и желчекаменной болезнью. *Клиническая медицина*. 2001; 11: 52–4.

Поступила 28.04.15

REFERENCE

- Borovskiy E.V., Zhohova N.S. *Endodontic treatment (manual for doctors)*. [Endodonticheskoe lechenie (posobie dlya vrachev)]. Moscow: AO Stomatologiya; 1997. (in Russian)
- Ivanov A.S., Iordanovshvili A.K. *Infectious apical periodontitis*. [Infeksionnye verkhushchnye periodontity]. Sanitarно-gigienicheskiy meditsinskiy institut; 1992. (in Russian)

3. Sherlock Sh., Duli J. *Diseases of liver and biliary tracts. [Zabolevaniya pecheni i zhelchnykh putey]*. Moscow: GEOTAR; 1999. (in Russian)
4. Levitskiy A.P., Demyanenko S.A. *Hepato-oral syndrome. [Gepato-oral'nyy sindrom]*. Simferopol', 2012; 9, 22, 118. (in Russian)
5. Trotsenko B.V. *Lectures on special histology. [Lektzii po chastnoy gistologii]*. Simferopol'; 2003. (in Russian)
6. Levitskiy A.P., Demyanenko S.A., Tsiselskiy Y.V. *The antimicrobial function of the liver. [Antimikrobnaya funktsiya pecheni]*. Odessa: KPOGT, 2011. (in Russian)
7. Skripnikova T.P., Skripnikov P.N., Prosandaeva G.F. *Endodontic treatment. Obturation of root canals. Manual for dentists (Section 6). [Endodonticheskoe lechenie. Obturatsiya kornevykh kanalov. Posobie dlya vrachey-stomatologov (Razdel 6)]*. Poltava, 2005. (in Russian)
8. Kantatore D. The irrigation of root canals and its role in root canals' system cleaning and sterilization. *Novosti Dentsply*. 2004; 10: 58–65. (in Russian)
9. Ursova N. I. The outcome and prospects of Hylak®Forte usage in practical medicine. *Trudnyy patient*; 2005. (in Russian)
10. Rabuhina N.A., Grigoryan A.S., Grigoryants L.A., Badalyan V.A. Comparison of X-ray, clinical and morphofunctional findings in periapical destructive lesion. *Klinicheskaya stomatologiya*. 1999; 3: 24–7. (in Russian)
11. Goryachev N.A. *Conservative endodontic treatment: practical guidance. [Konservativnaya endodontiya: prakticheskoe rukovodstvo]*. Kazan: Meditsina; 2002: 112–3. (in Russian)
12. Batyukov N.M. Comparative efficiency assessment of methods of root canals treatment and filling using high technologies. *Klinicheskaya stomatologiya*. 2007; 7(1): 22–7. (in Russian)
13. Solov'yova A.M. Application of modified periapical index PAI for results' assessment of endodontic treatment of permanent teeth with incomplete roots formation. *Parodontologiya* 1999; 13 (3): 48–50. (in Russian)
14. Grigoryeva I.N., Shabalin A.V., Tihonov A.V. Efficiency research of «Galstena» among the patients with biliary dyskinesia, chronic cholecystitis and cholelithiasis. *Klinicheskaya meditsina*. 2001; 11: 52–4. (in Russian)

Received 28.04.15

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.31-002.828:616.155.392.8-036.12]-07

Кириллова В. П., Ткач Т. М., Лямин А. В., Трунин Д. А., Серазетдинова А. Р.

ПЛЕНКООБРАЗУЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ ГРИБОВ РОДА *CANDIDA*, ВЫДЕЛЕННЫХ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ

Кафедры стоматологии, терапевтической стоматологии, общей и клинической микробиологии, иммунологии и аллергологии ИПО ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», 443099, Самара

*Статья посвящена актуальной проблеме, касающейся бактериальных биопленок, образуемых микрофлорой полости рта, в частности грибами рода *Candida* у больных хроническим миелолейкозом. Как сложноорганизованный многоклеточный организм биопленка осложняет привычную схему лечения кандидоза слизистой оболочки полости рта у данной категории больных. Исследована пленкообразующая активность и антимикотикорезистентность грибов рода *Candida*, выделенных со слизистой оболочки полости рта 30 пациентов с хроническим миелолейкозом. В 37% случаев выявлено несоответствие клинического и микробиологического диагноза «кандидоз». Установлена низкая пленкообразующая активность грибов рода *Candida*, сопровождающаяся их высокой антимикотикорезистентностью. Даны клинические рекомендации с учетом полученных лабораторных данных.*

Ключевые слова: бактериальная биопленка; пленкообразующая активность; грибы рода *Candida*; хронический миелолейкоз; антимикотикорезистентность; панрезистентность.

Для цитирования: Российский стоматологический журнал. 2015; 19(5): 15–18.

Kirillova V.P., Tkach T.M., Lyamin A.V., Trunin D.A., Serazetdinova A.R.

CAPACITY FOR FORMATION OF BIOFILM OF THE MUSHROOMS OF SORT OF *CANDIDA*, DISTINGUISHED FROM THE MUCOUS MEMBRANE OF CAVITY OF MOUTH OF PATIENTS BY A MYELOSIS

Department of stomatology Department of therapeutic stomatology Department of General and clinical Microbiology, immunology and Allergy, Samara state medical University, 443099, Samara

*Article is sanctified to the issue of the day of the bacterial biofilms formed by the microflora of cavity of mouth, in particular by the mushrooms of sort of *Candida* for patients by a myelosis. As an integral metazoon, a biofilm complicates the usual chart of treatment of candidiasis of mucous membrane of cavity of mouth at this category of patients. A capacity for formation of biofilms and stability are investigational to antimycotic preparations of the mushrooms of sort of *Candida*, distinguished from the mucous membrane of cavity of mouth 30 patients with a myelosis. In 37% cases disparity of clinical and microbiological diagnosis is educed "candidiasis". A subzero capacity is set for formation of biofilms the mushrooms of sort of *Candida* attended with their high stability to antimycotic preparations. Clinical recommendations are given taking into account the obtained laboratory data.*

Key words: bacterial biofilm, capacity for formation of biofilm, mushrooms of sort of *Candida*, myelosis, stability to antimycotic preparations.

Citation: *Rossiyskiy stomatologicheskij zhurnal*. 2015; 19(5): 15–18.

Для корреспонденции: Анастасия Равильевна Серазетдинова, serazetdinova-a@mail.ru

For correspondence: Anastasiya Ravil'evna Serazetdinova, serazetdinova-a@mail.ru

Введение

Бактериальная биопленка – это сложноорганизованная форма существования адгезированных бактерий, продуцирующих внеклеточный матрикс и находящихся в разной степени

К ст. Арутюнова А.В. и соавт.

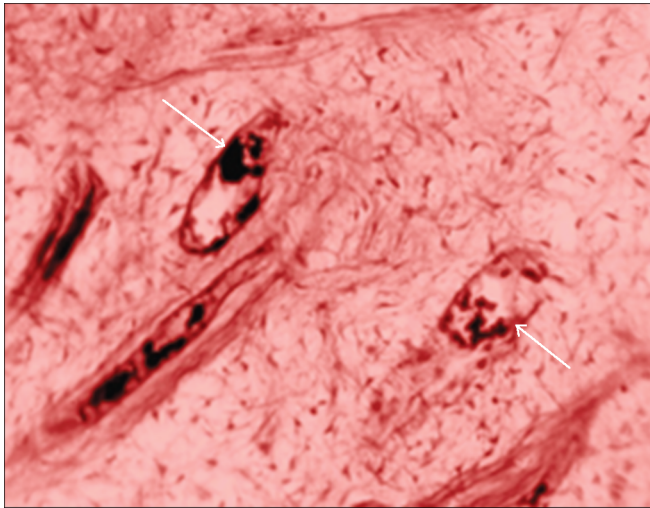


Рис. 2. Микропрепарат. Фрагмент коронковой части пульпы зуба при пародонтите, повышение концентрации волоконных элементов.

Стрелками указаны места скопления в очаге микроинвазии макрофагов, лейкоцитов, плазматических клеток.

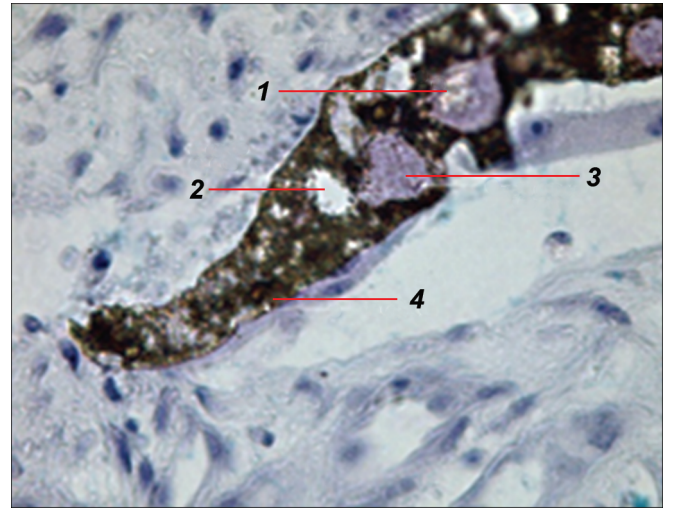


Рис. 3. Микропрепарат. Макрофаг в стадии фагоцитоза.

Растровая электронная микроскопия. Ув. 6500.

1 – ядро макрофага, 2 – остаточное тельце, 3 – пищеварительная вакуоль. 4 – микрофлора.

К ст. Демьяненко С.А. и соавт.

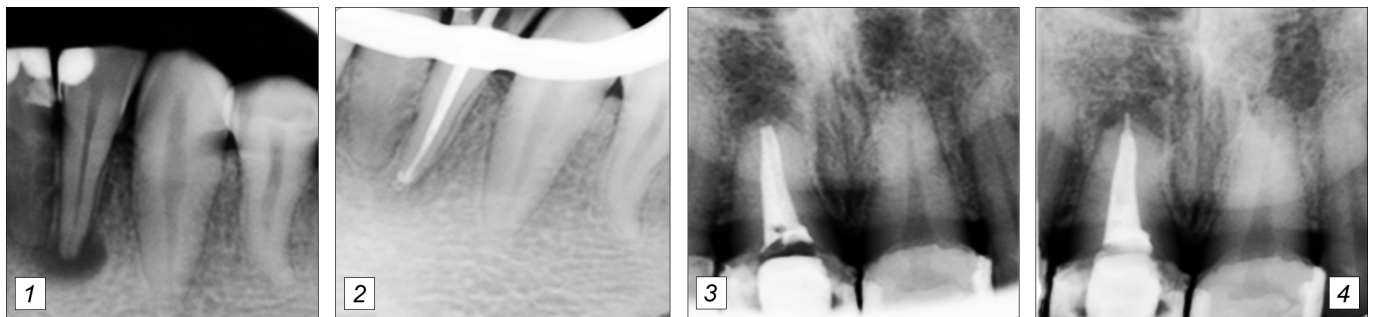


Рис. 1. Рентгенограмма пациента С., 35 лет. Диагноз: хронический гранулирующий периодонтит зуба 32. Основная группа, до лечения.

Рис. 2. Рентгенограмма пациента С., 35 лет. Диагноз: хронический гранулирующий периодонтит зуба 32. Основная группа, 1 мес после лечения.

Рис. 3. Рентгенограмма пациента А., 40 лет. Диагноз: хронический гранулирующий периодонтит зуба 11. Контрольная группа, до лечения.

Рис. 4. Рентгенограмма пациента А., 40 лет. Диагноз: хронический гранулирующий периодонтит зуба 11. Контрольная группа, 6 мес после лечения.

К ст. В. П. Кирилловой В.П. и соавт.



Рис. 1. Здесь и на рис. 2: пояснения в тексте.



Рис. 2.