

впливу мікрофлори на перебіг запальних процесів в пародонті та виникнення або прогресування деяких системних захворювань на тлі сенсibiliзації організму людини.

Для встановлення особливостей мікробіоценозу ПР у пацієнтів з ГХКГ нами було визначено характер мікробіоценозу (спектр, частота виникнення і кількість мікроорганізмів) у практично здорових осіб молодого віку.

Вивчення стану мікробіоценозу порожнини рота оцінювали у пацієнтів за даними, які були отримані з основних біотопів порожнини рота. Структура біоценозу ротової рідини практично здорових людей молодого віку досить стабільна як в якісному, так і в кількісному відношенні, мікроорганізми представлені 4-ма основними родами: стрептококи, нейсерії, лактобацили, пептострептококи.

Вивчення мікробіоценозу основних біотопів порожнини рота у здорових осіб було проведено в двох вікових групах: 18-24 роки та 25-30 років (32 особи). При цьому видовий склад домінуючої флори біоценозу ротової рідини зберігався в обох вікових групах. Однак відзначалось значне зростання, практично на 2,6-2,8 порядку стрептококів (за рахунок *Streptococcus mutants*) у пацієнтів з карієсом зубів і на 3,2-3,4 порядку *Porphyromonas gingivalis* у пацієнтів з генералізованим хронічним катаральним гінгівітом, а також зниження на 1,5-1,8 lg КУО/мл кількості лактобацил у цих же пацієнтів відповідно. У 60,3 % пацієнтів зустрічаються колонії грибів роду *Candida* з помірним ростом.

При вивченні мікробіоценозу порожнини рота у пацієнтів 18-30 років, встановлено, що в ротовій рідині є додаткові мікроорганізми, такі як *Veillonella*, а також пародонтопатогенні мікроорганізми – *Prevotella intermedia*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans* та *Bacteroides forsythus*. При цьому кількість пародонтопатогенних мікроорганізмів в ротовій рідині пацієнтів, що хворіють на хронічний катаральний гінгівіт, в 1,5-4 рази перевищує у здорових. На нашу думку, саме наявність симбіозу цих мікроорганізмів в порожнині рота провокує запалення в тканинах пародонту і на тлі індивідуальних факторів ризику в порожнині рота визиває хронічний катаральний гінгівіт. У пацієнтів з хронічним локалізованим катаральним гінгівітом при посіві зразків ротової рідини на дисбактеріоз зона просвітління складає $7,4 \pm 0,41$ мм, що відповідає I ступеню дисбактеріозу.

Таким чином, картина мікробіоценозу в порожнині рота у пацієнтів із стоматологічними захворюваннями значно відрізняється від здорових людей. Аналіз кількісного та якісного складу мікрофлори порожнини рота у пацієнтів з карієсом зубів та хронічним катаральним гінгівітом свідчить про її різноманітність. При цьому відзначалась перевага умовно - патогенних і патогенних мікроорганізмів, кількість яких достовірно перевищувала дані показників сапрофітної мікрофлори. Разом з тим, отримані цифрові дані мікробіологічних досліджень у пацієнтів з поєднаною патологією твердих тканин зубів та тканин пародонту свідчать про значний дисбіоз порожнини рота, який характеризується зниженням активності компенсаторних реакцій і відсутністю можливостей протистояти мікробній агресії у зв'язку з порушенням колонізаційної резистентності, що може відбиватися на перебігу та лікуванні основних стоматологічних захворювань.



УДК 616.31:616.9:616.314-083

І. В. Ковач, д. мед. н., О. Г. Шварцнау

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Державна установа «Інститут стоматології

Національної академії медичних наук України»

ОЦІНКА ЗАГАЛЬНОЇ МІКРОБНОЇ КОЛОНІЗАЦІЇ ЗУБНИХ ПОВЕРХОНЬ ДО І ПІСЛЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ГІГІЄНИ

Поширеність основних стоматологічних захворювань – карієсу зубів і захворювань пародонту на сьогоднішній день не має тенденцію до зниження в Україні. Невід'ємним компонентом поліпшення стоматологічного здоров'я населення і профілактики основних стоматологічних захворювань є професійна гігієна порожнини рота (ПГ). Правильна і регулярна ПГ порожнини рота займає провідне місце в комплексі заходів, що запобігають виникненню карієсу зубів і захворювань пародонту.

Для профілактики основних стоматологічних захворювань найбільший інтерес представляють різні способи професійної гігієни, а їх ефективність визначається тим, наскільки в ході застосування вдається усунути причинний фактор або зробити неможливим його вплив.

Одним з головних етіологічних факторів виникнення карієсу зубів та запалення в тканинах пародонту є мікробний, який в клініці ототожнюється із зубною бляшкою або м'яким зубним нальотом. В мікробіології порожнини рота важливими є розробка методів експрес-дослідження складу або вмісту зубоясеневі борозни і ротової рідини в умовах клініки, та прогнозування тривалості ремісії і моментів загострення на підставі мікробіологічних даних. Саме тому, вивчення мікробіологічних факторів має в даний час актуальне теоретичне і практичне значення, так як розкривають механізми взаємодії мікроорганізмів і тканин ротової порожнини. Тому для представлення повної картини впливу методів професійної гігієни порожнини рота на динаміку стану мікрофлори ротової порожнини, нами було вивчено мікробну колонізацію зубних поверхонь до і після проведення професійної гігієни у 20 обстежених пацієнтів.

Дослідження показали, що вихідний рівень загальної мікробної колонізації зубних поверхонь до обробки був досить високий практично у всіх пацієнтів. У всіх 86 пробах (від кожного з 20 пацієнтів забирали 4-5 відбитків) отриманий бактеріальний ріст. Оскільки мала площа діагностичної смужки давала досить обмежений простір для росту колоній, то виділення та ідентифікація чистих культур представлялися неможливими і тому вивчення колоній обмежувалося мікроскопією мазків. Мікроскопічно виявлено, що понад 80 % колоній (смужки з усіх поверхонь зубів) були утворені стрептококами. Так, середнє значення вихідного рівня мікробної колонізації зубної поверхні у пацієнтів основної групи склало $31,32 \pm 5,41$ КУО на 1 пробу. Обробка зубних поверхонь за розробленою нами методикою Ер-фло у всіх пацієнтів приводила до значного зниження показників бактеріальної колонізації зубних поверхонь: у пацієнтів основної групи в 62 посівах (72,1 %) зростання флори не виявлено. Середній показник мікробної колонізації зубної поверхні після обробки Ер-фло склав $4,27 \pm 1,45$ КУО на 1 пробу, що свідчило про достовірну ($p < 0,05$) ефективність очищення поверхні зубів після комплексної професійної гігієни порожнини рота. У групі порівняння до комплексу професійної гігієни середнє значення вихідного рівня мікробної колонізації зубної поверхні складало $34,41 \pm 6,32$ КУО на 1 пробу, а після механічного чищення достовірно знизилося до значень $5,66 \pm 2,93$ КУО.

Таким чином, аналіз отриманих результатів свідчить про виражений антимікробний ефект методу Ер-фло і механічної чистки (по всіх поверхнях) за рівнем загальної мікробної колонізації в порівнюваних групах. При цьому у осіб основної групи абсолютний рівень (до «0») антимікробного очищення було досягнуто на вестибулярній поверхні ($12,3 \pm 1,9$ КУО до чистки і «0» після), язичній поверхні ($102,5 \pm 9,2$ КУО до чистки і «0» після) та ріжучому краї ($7,3 \pm 1,2$ КУО до чистки і «0» після) з високим ступенем достовірності ($p < 0,05$), а 92 % очищеної площі – на жувальній поверхні зубів ($25,0 \pm 2,8$ КУО до чистки та $2,0 \pm 0,2$ КУО після). Отже, проведення обробки зубних поверхонь за методикою Ер-фло суттєво і достовірно знижує рівень загальної мікробної колонізації зубів. Істотно, що антимікробний ефект Ер-фло, на відміну від механічної чистки, проявляється на всіх зубних поверхнях, включаючи важкодоступні і складні за рельєфом язичні і жувальні зони зубів. Використання Ер-фло практично усуває з поверхні зубів *Str. mutans* – мікроорганізм, розмноження якого є пусковим механізмом у патогенезі основних стоматологічних захворювань (карієсу зубів і захворювань пародонту), що має велике значення у їх профілактиці та лікуванні.

