



Рис. 4. Спектрограмма слова «торс», произнесенного тем же пациентом с мостовидным протезом оптимальной конструкции

видно, что звук [с] занимает частоту от 0,5 до 10 кГц, более характерную для звука [ш].

После проведенного ортопедического лечения дефект произношения ликвидирован. Спектрограмма на рис. 4 показывает сужение спектра звука [с] и смещение его в сторону высоких частот, что соответствует норме произношения.

Обсуждение. Исследование функциональной адаптации речевого аппарата при протезировании включенных дефектов верхнего зубного ряда в переднем отделе остается малоизученной проблемой. В то же время жалобы пациентов на нарушение функции речи при протезировании верхних передних зубов нередки и составляют, по нашим исследованиям, до 12%. Даже такой низкий процент становится причиной конфликтной ситуации между врачом и пациентом. Решение возникших конфликтов довольно длительное и сложное, что порождает группу так называемых «сложных пациентов». Эта группа больных становится источником жалоб, отнимающих у врача много времени на их разборы. Для предотвращения таких конфликтов необходимо более тщательно подходить к планированию предстоящего ортопедического лечения, не забывая о психологическом и функциональном состоянии.

Заключение. Таким образом, данные инструментального акустического анализа с использованием специализированных компьютерных программ звуковых анализаторов подтверждают значительные улучшения в произношении звуков речи, связанных по месту образования с передним отделом верхнего зубного ряда.

Данные инструментального акустического анализа спектрограмм и сонограмм, проведенного с помощью компьютерных технологий, помогут врачам-стоматологам-ортопедам в планировании и проведе-

нии ортопедического лечения и позволят избежать возникновения возможных осложнений, что значительно повысит эффективность ортопедического лечения включенных дефектов верхнего зубного ряда в переднем отделе.

Библиографический список

1. Агапов В.В. Самооценка качества речи больными с приобретенными дефектами верхней челюсти // Ортопедическая стоматология в XXI веке: сб. науч. тр. М., 2002. С. 122–123.
2. Адилханян В.А. Техника изготовления прямых временных реставраций // Новое в стоматологии. 2008. № 4. С. 25–28.
3. Бизяев А.А., Гоог Л.А., Коннов В.В. Протезирование пациентов с отсутствием передних зубов верхней челюсти с учетом угла наклона небного свода // Российский стоматологический журнал. 2008. № 1. С. 24–25.
4. Кибкало А.П., Мяков Ю.В. Морфология и функциональная обусловленность язычной поверхности верхних резцов // Панорама ортопедической стоматологии. 2001. № 2. С. 11–12.
5. Ларионов В.М. Фонетическая адаптация к мостовидным протезам при протезировании переднего отдела верхней челюсти // Российский стоматологический журнал. 2004. № 6. С. 24–26.
6. Луцкая И.К., Новак Н.В. Реставрация фронтальных зубов с коррекцией режущего края // Институт стоматологии. 2008. № 3. С. 48–52.
7. Царра В., Hein A. Естественные пропорции // Новое в стоматологии. 2008. № 7. С. 25–28.
8. Бизяев А.А., Гоог Л.А., Коннов В.В. Причины нарушения речевой функции в зависимости от конструкции мостовидных протезов переднего отдела верхнего зубного ряда // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 1. С. 134–136.
9. Галяшина Е.И. Судебная фоноскопическая экспертиза. М.: Медицина, 2002. 304 с.
10. Walton, T.R. An up to 15-year study of 515 metal-ceramic fixed partial dentures: Part 2 // Outcome. International Journal of Prosthodontics. 2003. № 1. P. 325–321.

УДК 611.31.–002.888-071-085.373

Оригинальная статья

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КАНДИДОЗОМ ПОЛОСТИ РТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Н.В. Булкина — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, профессор, доктор медицинских наук; **А.Д. Панченко** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, аспирант кафедры терапевтической стоматологии.

EVALUATION OF CLINICAL EFFICACY OF IMMUNOCORRECTION THERAPY FOR CURING ORAL CAVITY CANDIDOSIS

N. V. Bulkina — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Therapeutic Stomatology, Professor, Doctor of Medical Science; **A. D. Panchenko** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Therapeutic Stomatology, Post-graduate.

Дата поступления — 08.12.2010 г.

Дата принятия в печать — 20.05.2011 г.

Булкина Н.В., Панченко А.Д. Оценка эффективности комплексного лечения больных кандидозом полости рта с применением иммунокорригирующей терапии // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 2. С. 477–481.

Цель исследования: повышение эффективности лечения больных кандидозом полости рта. Обследовано и проведено лечение 97 больных кандидозом полости рта. Осуществлены: культуральная диагностика и определение чувствительности возбудителя к антифунгальным препаратам, микроскопия нативного мазка со слизистой оболочки полости рта. В слюне определяли содержание иммуноглобулинов для оценки местного иммунологического статуса пациента. С целью выявления специфических антител к дрожжеподобным грибам использован иммуноферментный анализ крови. Всем больным проводилась комплексная терапия. Основной группе в качестве иммунокорректора назначался иммуномодулятор «Гепон» в виде аппликаций на слизистую оболочку полости рта. 64,8% пациентов с диагнозом «хронический кандидоз полости рта» имеют пониженное содержание иммуноглобулина G в сыворотке крови. Установлено снижение уровня иммуноглобулинов класса IgA, IgG, IgM в ротовой жидкости. Доказана эффективность в плане восстановления местного иммунного статуса пациентов. Показано, что местное применение «Гепона» позволяет повысить качество лечения, увеличить период ремиссии.

Ключевые слова: кандидоз, иммунитет, лечение.

Bulkina N. V., Panchenko A. D. Evaluation of clinical efficacy of immunocorrection therapy for curing oral cavity candidosis // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 2. P. 477–481.

The research goal is to increase the efficacy of oral cavity candidosis treatment. 97 patients with oral cavity candidosis have been examined and treated. Diagnostics of germ culture, microscopical investigation of smear of oral mucosa and the sensitivity determination of causal agents to antifungal drugs have been performed. In order to assess immunological status of patients the concentration of immunoglobulins in their saliva has been determined. In order to find out specific antibodies for yeast-like fungi immune-enzyme blood analysis has been used. All the patients have received complex treatment. The control group has been administered immunomodulator «Gepon» for application to oral mucosa. 64.8% of patients with chronic oral cavity candidosis have had low concentration of immunoglobulin G in their blood serum. The concentration of immunoglobulins IgA, IgG and IgM in oral fluid has been lower than normal. The treatment efficiency has been considered as a way of recovery of local immunological status. Local administration of «Gepon» has been proved to increase the treatment quality and remission period.

Key words: candidosis, immunity, treatment.

Введение. В последние десятилетия оппортунистические инфекции, вызываемые условно-патогенными грибами, занимают особое место в практике клиницистов различных специальностей. Дрожжеподобные грибы широко распространены в окружающей среде, а кроме того, могут находиться в организме человека как сапрофиты, обуславливая кандидозность [1]. Слизистая оболочка полости рта может служить местом колонизации и инфицирования потенциально патогенными микроорганизмами [2]. Ключевым фактором начала инфекционного кандидозного процесса является нарушение неспецифической и специфической резистентности организма, как на местном, так и на общем уровне [3]. В пораженных тканях грибок существует как в виде почкующихся клеток, так и в виде ростковых трубок — псевдомицелия и истинного мицелия. Род *Candida* включает 163 вида, но основную роль в патологии человека играют ограниченное число видов при резком доминировании *C. Albicans* [1, 2]. Грибы рода *Candida* относят к полноценным Т-зависимым антигенам. Наиболее активными стимуляторами клеточного иммунитета считают белки *Candida*, гуморального — маннанпротеины клеточной стенки грибов [4]. Как при глубоком, так и при поверхностном кандидозе вырабатываются антитела, представленные иммуноглобулинами всех классов. Специфические антитела класса IgG к белкам клеточной стенки грибов *Candida* находят у большинства больных кандидозом [5]. В современной терапии кандидоинфекции слизистой оболочки

доминируют антифунгальные азолы. Эти препараты могут использоваться местно или системно. Однако после проведенной терапии сохраняется склонность у некоторой части больных к рецидивам, причина которых так и остается неясной. По мнению некоторых авторов, причина рецидивирования кроется в несостоятельности иммунной системы организма [6, 7]. В частности, считается, что ключевую роль играет недостаточность локальных иммунных механизмов, опосредованных клетками иммунной системы.

Цель исследования: повышение эффективности лечения больных кандидозом полости рта, восстановлении местного иммунного статуса путем применения в терапии иммуномодулятора «Гепон».

Методы. Для решения поставленных задач было обследовано и проведено лечение 97 больных кандидозом полости рта (женщин — 68 (70%), мужчин — 29 (30%)), из них с хроническими формами кандидоза 63 человека и с обострением хронических форм кандидоза 34 человека. Средний возраст пациентов составил $48,2 \pm 2,1$ года. В качестве группы контроля обследованы 27 практически здоровых лиц (ПЗЛ) в возрасте от 21 до 65 лет, в среднем $45,3 \pm 0,2$ года. Для получения объективных результатов больные всех обследуемых групп были сопоставимы по возрасту, полу, продолжительности болезни. Все больные были без выраженной сопутствующей патологии. Основную группу составили 35 пациентов, в лечение которых был включен иммунокорректирующий препарат «Гепон». Группу сравнения составили 35 пациентов с кандидозом полости рта, которые получали лечение по стандартной схеме, без применения иммуномодуляторов.

Ответственный автор — Панченко Анна Дмитриевна.
Адрес: 410030, г. Саратов, ул. Б. Затонская, 19/21, кв. 45.
Тел.: 8-917-303-25-78.
E-mail: annastom85@yandex.ru

У пациентов был собран анамнез, проведены осмотр, основные и дополнительные методы исследования. Производилась микроскопия нативного мазка со слизистой оболочки полости рта по И.А. Алексееву-Беркману. Была выполнена культуральная диагностика с целью идентификации возбудителя и определения его чувствительности к антифунгальным препаратам на микропанели «Fungi test», США. Материалом для исследования служила ротовая жидкость больных кандидозом полости рта и ротовая жидкость группы контроля, а также венозная кровь пациентов всех групп. Забор ротовой жидкости и венозной крови осуществляли в утренние часы, натощак. В слюне определяли содержание иммуноглобулинов для оценки местного иммунологического статуса пациента. С целью выявления специфических антител к дрожжеподобным грибам был использован иммуноферментный анализ крови на анализаторе «Alfa Prime» фирмы «Meredith Diagnostics» (Англия), с использованием диагностического набора определения титра иммуноглобулинов G к грибам рода *Candida* фирмы «Вектор-Бест» (Россия). Для исследований использовалась сыворотка крови. Исследование иммунологических показателей ротовой жидкости проводилось до лечения, после проведения комплексной терапии иммунограмма ротовой жидкости была выполнена через месяц. Математическая обработка результатов исследования проводилась с помощью статистического пакета программ EXCEL и «Statistika 6,0» Производились вычисления величин: средняя арифметическая (M), средняя ошибка средней арифметической (m), мерой достоверности разности результатов определялся критерий Стьюдента (t).

Всем больным проводилась комплексная терапия. В схему лечения больных основной группы в качестве иммунокорректора назначался иммуномодулятор «Гепон» в виде аппликаций на слизистую оболочку полости рта в течение 20 минут. Лиофильно высушенный препарат «Гепон», 0,002 г, растворяли перед употреблением в 5 мл стерильного физиологического раствора NaCl. Полученный 0,04%-ный раствор «Гепона» наносился на стерильный ватный тампон, распределялся по слизистой оболочке полости рта, выдерживался в течение 20 минут. Процедуру повторяли 3 раза с интервалами 3 дня. Контрольный осмотр проводился через 7 дней и через 14 дней. Все методы лечения были направлены на

более длительный результат терапии, продление периода ремиссии.

Результаты. В результате проведенных исследований содержание иммуноглобулинов G в сыворотке крови контрольной группы составляет $1,5 \pm 0,2$ г/л, что соответствует общепризнанной норме. В группе больных с хроническими формами кандидоза 52,3% пациентов имеют повышенное содержание иммуноглобулинов G в сыворотке крови, 8,6% уменьшенное содержание иммуноглобулинов G, 4,1% отрицательные значения иммуноглобулинов G. У обследованных пациентов с обострениями хронических форм кандидоза получили результаты: 11,6% уменьшенное содержание иммуноглобулинов G в сыворотке крови, 14,1% повышенное содержание иммуноглобулинов G, 9,3% содержание иммуноглобулинов соответствовало нормальным значениям. Большая часть обратившихся пациентов с диагнозом «кандидоз полости рта» имеют пониженное содержание иммуноглобулина G. При проведении иммунограммы ротовой жидкости определили титр иммуноглобулинов класса IgA, IgG, IgM. По результатам тестов в группе больных с хроническими формами кандидоза наблюдалось уменьшение содержания секреторного IgA до $0,037 \pm 0,025$ г/л при норме $0,069 \pm 0,028$ г/л, снижение IgG в ротовой жидкости до $0,028 \pm 0,022$ г/л, при $0,042 \pm 0,017$ г/л в контроле, а также снижение содержания IgM до $0,036 \pm 0,017$ г/л при норме $0,055 \pm 0,011$ г/л. При исследовании уровня иммуноглобулинов у пациентов с обострением хронических форм кандидоза количество секреторного IgA равнялось $0,032 \pm 0,022$ г/л, IgG $0,031 \pm 0,017$ г/л, IgM $0,04 \pm 0,017$ г/л (табл. 1). Повторная иммунограмма ротовой жидкости была выполнена через месяц, после проведенной местной иммунотерапии, а так же в группе пациентов, получивших лечение по стандартной схеме. Содержание иммуноглобулинов в ротовой жидкости у пациентов с хроническими формами и обострением хронических форм кандидоза полости рта составило: IgG $0,044 \pm 0,025$ г/л при норме $0,042 \pm 0,17$ г/л, показатель IgA повысился до $0,08 \pm 0,021$ г/л при норме $0,069 \pm 0,028$ г/л, IgM составил $0,05 \pm 0,016$ г/л при $0,055 \pm 0,011$ г/л в группе контроля, что соответствует средним значениям уровня иммуноглобулинов в ротовой жидкости. Традиционное лечение больных кандидозом полости рта без применения иммуномодуляторов сопровождалось положительной динамикой не только клинических, но и иммунологических пока-

Таблица 1

Содержание иммуноглобулинов (г/л) в ротовой жидкости у пациентов с различной формой кандидоза

| Показатель иммунитета | Практически здоровые лица n=27 | Хронический атрофический кандидоз n=21 | Хронический псевдомембранозный кандидоз n = 27 | Хронический гиперпластический кандидоз n = 15 | Обострение хронических форм кандидоза n=34 |
|-----------------------|-----------------------------------|---|---|--|---|
| Ротовая жидкость | | | | | |
| Ig A | $0,069 \pm 0,028$ | $0,027 \pm 0,014^*$ | $0,034 \pm 0,02^*$ | $0,051 \pm 0,02^*$ | $0,032 \pm 0,022^*$ |
| Ig G | $0,042 \pm 0,017$ | $0,025 \pm 0,01^*$ | $0,03 \pm 0,015^*$ | $0,031 \pm 0,017^*$ | $0,031 \pm 0,017^*$ |
| Ig M | $0,055 \pm 0,011$ | $0,03 \pm 0,011^*$ | $0,04 \pm 0,013^*$ | $0,04 \pm 0,011^*$ | $0,04 \pm 0,017^*$ |
| Кровь | | | | | |
| Ig G | $1,5 \pm 0,2$ | $1,21 \pm 0,21^*$ | $1,34 \pm 0,16^*$ | $1,31 \pm 0,02^*$ | $1,3 \pm 0,15^*$ |

Примечание: показатели имеют достоверное отличие по сравнению со значениями в контрольной группе практически здоровых лиц ($p < 0,05$).

зателей (IgG $0,037 \pm 0,025$ г/л при норме $0,042 \pm 0,17$ г/л, показатель IgA повысился до $0,61 \pm 0,021$ г/л при норме $0,069 \pm 0,028$ г/л, IgM составил $0,45 \pm 0,016$ г/л при $0,055 \pm 0,011$ г/л в группе контроля), однако показатели достоверно отличались от контрольных значений. Анализ полученных нами данных дает основание сделать вывод о том, что указанные показатели могут служить объективными критериями оценки состояния местного иммунитета полости рта, и являются статистически достоверными. При анализе результатов определения чувствительности к противогрибковым препаратам пациентов различных возрастных групп выявили закономерность: с увеличением возраста пациентов повышается устойчивость к противогрибковым препаратам различных фармакологических групп. Самая высокая устойчивость развивается к полиеновым противогрибковым антибиотикам: нистатину — у 68,6% пациентов, амфотерицину В — 57% обратившихся. Затем к производным имидазола: клотримазол — 63%. Высокочувствительны выделенные штаммы грибов рода *Candida albicans* к производным триазола: флуконазол 83,5% пациентов и интраконазол 70,1% (табл. 2).

Клинический пример. Пациентка И., 31 год, обратилась на кафедру терапевтической стоматологии Саратовского государственного медицинского университета с жалобами на обильный мягкий налет на спинке языка, постоянное чувство жжения боковой поверхности языка справа и слева, сухость в полости рта. При опросе выяснилось, что налет на спинке языка существует длительное время — около года. Чувство жжения, со слов пациентки, ощущение «ошпаренности» языка появилось около двух недель назад. В анамнезе выявлены частые бронхиты, до пяти раз в год, сопровождающиеся приемом антибиотиков (как правило, флемоксин), последний курс был за три недели до обращения. При осмотре полости рта: слизистая оболочка преддверья и полости рта гиперемированна, сухая, слюна вязкая, в большом количестве. Спинка языка покрыта обильным мягким налетом, бело-желтого цвета, легко снимающимся при поскабливании. При его удалении обнажается гиперемированная поверхность спинки языка. На дорсальной поверхности языка ярко выражен сосудистый рисунок. В нативном мазке со спинки языка обнаружен мицелий и споры гриба в большом количестве (++++). При проведении культуральной диа-

гностики выявлены грибы рода *Candida albicans* и определена чувствительность к антифунгальным препаратам. Выделенные у пациента грибы рода *Candida albicans* чувствительны к клотримазолу, флуконазолу, умеренно устойчивы к итраконазолу, устойчивы к нистатину, амфотерицину В. При проведении иммунограммы ротовой жидкости определили титр иммуноглобулинов класса IgA, IgG, IgM. По результатам наблюдалось уменьшение содержания секреторного IgA до $0,03$ г/л при норме $0,069 \pm 0,028$ г/л, снижение IgG в ротовой жидкости до $0,026$ г/л при $0,042 \pm 0,017$ г/л в группе контроля, а также снижение содержания IgM до $0,04$ г/л при норме $0,055 \pm 0,011$ г/л. Иммуноферментный анализ крови показал повышенное содержание сывороточного иммуноглобулина G к грибам рода *Candida albicans*, его содержание $1,61$ г/л в сыворотке крови, при норме $1,5 \pm 0,2$ /л.

На основании анамнеза, осмотра и диагностических исследований был поставлен диагноз «хронический псевдомембранозный кандидоз». Лечение включало назначение Дифлюкана (по 50 мг, перорально один раз в день в течение 14 дней), который является селективным ингибитором синтеза стеролов в клетке грибов. В качестве иммунокорректора назначался иммуномодулятор «Гепон» в виде аппликаций на слизистую оболочку полости рта. Через 7 дней от начала приема Дифлюкана, после двукратной обработки полости рта «Гепоном» у пациентки уменьшились жалобы на чувство жжения, исчезла сухость полости рта, при этом налет на языке сохранился. При осмотре слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, увлажнена. Налет сохранился на корне языка. Местное применение «Гепона» оказало выраженное противовоспалительное действие, а также эффективно устранило сухость слизистой оболочки полости рта. На 14-й день обследования жалобы у пациентки отсутствовали. В полости рта слизистая оболочка бледно-розовая, увлажнена. Констатировали отсутствие налета на спинке языка. Эффективность лечения оценивали по количеству мицелия и почкующихся форм гриба *Candida albicans* в материале. В нативном мазке почкующихся форм гриба рода *Candida albicans* не обнаружено. Повторная иммунограмма ротовой жидкости была выполнена через месяц, после проведенной местной иммунотерапии. Содержание иммуноглобулинов в ротовой жидкости составило IgG $0,044$ г/л при нор-

Таблица 2

Результаты определения чувствительности к противогрибковым препаратам пациентов различных возрастных групп

| Противогрибковые препараты | 18–25 лет n = 8 (100%) | | 25–35 лет n = 12 (100%) | | 35–45 лет n = 20 (100%) | | 45–55 лет n = 25 (100%) | | 55–70 лет n = 35 (100%) | |
|----------------------------|------------------------------|--------------|-------------------------------|--------------|-------------------------------|------------|-------------------------------|-------------|-------------------------------|---------------|
| | чувств. | устойч. | чувств. | устойч. | чувств. | устойч. | чувств. | устойч. | чувств. | устойч. |
| Нистатин | 7 (87.5%) | 1 (12.5%) | 8 (66.6%) | 4 (33.3%) | 13 (65%) | 7 (35%) | 12 (48%) | 13 (52%) | 11 (31.4%) | 21 (68.6%) |
| Флуконазол | 8 (100%) | 0 (0%) | 10 (83.3%) | 2 (16.6%) | 19 (95%) | 1 (5%) | 21 (84%) | 4 (16%) | 23 (65.7%) | 9 (34.3%) |
| Итраконазол | 5 (62.5%) | 3 (37.5%) | 9 (75%) | 3 (25%) | 14 (70%) | 6 (30%) | 19 (76%) | 6 (24%) | 21 (60%) | 11 (40%) |
| Амфотерицин В | 4 (50%) | 4 (50%) | 7 (58.3%) | 5 (41.6%) | 11 (55%) | 9 (45%) | 16 (64%) | 9 (36%) | 15 (43%) | 17 (57%) |
| Клотримазол | 8 (100%) | 0 (0%) | 11 (91.6%) | 1 (8.3%) | 18 (90%) | 2 (10%) | 23 (92%) | 2 (8%) | 13 (37%) | 19 (63%) |

Примечание: чувств. — чувствительны; устойчив. — устойчивы.

ме $0,042 \pm 0,17$ г/л, показатель IgA повысился до $0,08$ г/л при норме $0,069 \pm 0,028$ г/л, IgM составил $0,05$ г/л при норме $0,055 \pm 0,011$ г/л, что соответствует средним значениям уровня иммуноглобулинов в ротовой жидкости.

Обсуждение. Большая часть обследованных с диагнозом «хронический кандидоз полости рта», имеют повышенное содержание сывороточного иммуноглобулина G, что не противоречит исследованиям, проведенным Ж. В. Степановой, Т. С. Куршаковой и J. Edwards et al. Концентрация Ig G при хроническом кандидозе полости рта повышается, так как Ig G непосредственно участвует в защитной реакции организма. Согласно исследованиям J. Edwards et al., антитела задерживают филаментацию и подготавливают последующее внутриклеточное уничтожение дрожжевых клеток. Сывороточный Ig G предотвращает склеивание клеток *C. albicans*. Изменение гуморального иммунитета обусловлено снижением функции иммунорегуляторных супрессорных Т-клеток, оказывающих существенное влияние на уровень В-клеточной активности и соответственно выработку антител. Полученные данные дают основание полагать, что снижение уровня местного гуморального иммунитета является одним из условий развития и частого рецидивирования кандидоза полости рта. Низкий титр антител свидетельствует о недостаточной активности местного иммунитета у больных кандидозом слизистой оболочки полости рта [3, 5]. Р. А. Мардх отмечает, что у большинства больных с недостаточностью Ig A отсутствуют сывороточные антитела к *C. albicans*. По нашим результатам, местное применение иммуномодулятора привело к увеличению количества общего Ig G в слюне, активации гуморального звена местного иммунитета ротовой полости в виде повышения продукции секреторного

IgA. Применение «Гепона» оказало выраженное противовоспалительное действие, а также эффективно устранило сухость слизистой оболочки полости рта.

Заключение. Лечение кандидоза, особенно его хронических форм, представляет значительные трудности ввиду склонности к рецидивам. По нашим отдаленным результатам, обострения кандидозной инфекции не наблюдалось в течение 10 месяцев. Данный факт позволяет сделать заключение, что только при восстановлении местного иммунного статуса можно рассчитывать на длительный результат лечения кандидозной инфекции, вызванной грибами рода *Candida albicans*.

Библиографический список

1. Шеклаков Н. Д., Милич М. В. Грибковые заболевания человека. М.: Медицина, 1970. С. 23–25.
2. Елизарова В. М., Дроботько Л. Н., Страхова С. Ю. Профилактика и лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта // Русский медицинский журнал. 1999. № 7. С. 919–200.
3. Степанова Ж. В. Кандидоз слизистых оболочек и гладкой кожи // Русский медицинский журнал. 2001. Т. 3, № 4. С. 173–175.
4. Антигенные и аллергические свойства маннопротеидного аллергена *Candida albicans*/Н. И. Глушко, Р. Л. Смирнова, Е. В. Агафонова, В. П. Нефедов // Современная микология в России: I съезд микологов. М.: Национальная академия микологии, 2002. С. 354–355.
5. Characterization of the cellular immune function of patients with chronic mucocutaneous candidiasis/D. Moraes-Vasconcelos, N. M. Orii, C. C. Romano [et al.] // Clin. Exp. Immunol. 2001. № 2. P. 247–253.
6. Kent H. L. Epidemiology of vaginitis // Amer. J. Obstet. Gynecol. 1999. Vol. 165. P. 1168–1175.
7. Marth P. A. The vaginal ecosystem // Amer. J. Obstet. Gynecol. 1991. Vol. 165 (2-4). P. 1163–1168.
8. Железняк В. А. Антиоксидантная терапия в комплексном лечении кандидоза полости рта: автореф. дис.... канд. мед. наук. Самара, 2010. 25 с.

удк 616.314.17-002-06: [616.33:616.342] –002.44-074-085.014.425.862 (045)

Оригинальная статья

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕКСИДОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Л. Ю. Островская — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, доцент кафедры терапевтической стоматологии, доктор медицинских наук; **Ю. А. Кобзева** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, ассистент кафедры терапевтической стоматологии, кандидат медицинских наук; **Н. А. Хариш** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, ассистент кафедры терапевтической стоматологии, кандидат медицинских наук.

CLINICAL AND LABORATORY SUBSTANTIATION OF MEXIDOL USE IN COMPLEX TREATMENT OF PERIODONTITIS IN PATIENTS WITH PEPTIC ULCERS

L. U. Ostrovskaya — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Therapeutic Stomatology, Assistant Professor, Doctor of Medical Science; **U. A. Kobzeva** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Therapeutic Stomatology, Assistant, Candidate of Medical Science; **N. A. Kharish** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Therapeutic Stomatology, Assistant, Candidate of Medical Science.

Дата поступления — 14.03.2011 г.

Дата принятия в печать — 20.05.2011 г.

Островская Л. Ю., Кобзева Ю. А., Хариш Н. А. Клинико-лабораторное обоснование использования мексидола в комплексном лечении пародонтита у пациентов, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 2. С. 481–485.

С целью определения клинико-патогенетической эффективности мексидола в комплексной терапии пародонтита у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки проведены обследование и лечение 296 больных. **Методы.** Всем проведено эндоскопическое, гистологическое и иммуногистохимическое обследование. Выполнено исследование содержания интерлейкина-6, -10, -18 в ротовой жидкости методом иммуноферментного анализа. Полученные материалы обработаны с использованием статистических пакетов программ Excel и Statistica 6.0 с последующим анализом полученных материалов, включающих параметрические и непараметрические методы одномерной и многомерной статистики. **Результаты.** Установлено, что использование в комплексном лечении больных пародонтитом на фоне язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки мексидола позволяет уменьшить выраженность местного воспаления, нормализовать про-