

*Абдумомунова А.А.*

## ПРОЯВЛЕНИЯ ДИЗБАКТЕРИОЗА В ПОЛОСТИ РТА

*A.A. Abdumomunova*

### MANIFESTATION OF MOUTH CAVITY DYSBACTERIOSIS

*Показано, что у 57 пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ были выявлены дисбиотические изменения различной степени выраженности, наибольший удельный вес которых приходился на возрастную группу 50- 60 лет и старше. В 53,7% случаев у пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта выявлен дизбактериоз, отягощенный кандидамикозом.*

**Ключевые слова:** *дизбактериоз, заболевания слизистой оболочки полости рта.*

*Based on the study of 57 patients with diseases of oral cavity tunica mucosa and red margin of lips it was found that dysbiotic changes of various degree were predominant in the 50 to 60 –year age group and older patients. In 53,7% of patients with diseases of oral cavity tunica mucosa there was identified candidiasis- complicated dysbacteriosis.*

**Key words:** *dysbacteriosis, diseases of oral cavity tunica mucosa.*

**Введение.** В настоящее время все большее внимание уделяется изучению микрофлоры полости рта, что объясняется значением симбиозных отношений организма человека и микробов в регуляции жизненно- важных функций. Микроорганизмы, обитающие в полости рта, находятся в сложных экологических взаимоотношениях. Изменение состава аутофлоры под влиянием разнообразных факторов может приводить к развитию дизбактериоза.

Дизбактериоз – бактериологическое понятие, которое характеризуется изменением соотношения представителей нормальной микрофлоры: снижением числа или полным исчезновением некоторых видов микроорганизмов за счет увеличения количества других и появлением микроорганизмов, которые обычно встречаются в незначительном количестве или совсем не определяются [Ушаков Р.Н., Царев В.Н., 1998].

В последние годы отмечается неуклонный рост числа заболеваний, связанных с нарушением биологического равновесия между микроорганизмами и разнообразными популяциями нормальной микробной флоры. Являясь вторичной патологией, дизбактериоз полости рта усугубляет тяжесть и ухудшает прогноз течения основного процесса, а успешное устранение дисбиотических нарушений улучшает результаты лечения первичного заболевания [Уразгалиева Н.Т., 2004].

Значительное увеличение грибковых поражений слизистой оболочки рта, обусловленных ассоциациями патогенных грибов с различными бактериями, меняет симптопатологию, затруд-

няет диагностику, а в терапии требует применения лекарственных средств, которые в определенной мере обладали бы способностью восстанавливать микробиоценоз слизистой оболочки полости рта. До настоящего времени нет достаточно четких представлений о характере дизбактериозов при заболеваниях слизистой оболочки полости рта.

Цель нашего исследования – определить частоту и степень выраженности дизбактериоза полости рта у больных с патологией слизистой оболочки полости рта.

**Материалы и методы исследования.** Нами было проведено обследование 54 больных (основная группа) в возрасте от 30 до 69 лет, обратившихся или направленных на кафедру терапевтической стоматологии Кыргызской государственной медицинской академии с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Контрольную группу составили 15 пациентов, обратившихся за помощью по поводу лечения кариеса и его осложнений.

Клиническое обследование больных заключалось в тщательном сборе анамнеза с выяснением причин, способствующих развитию дизбактериоза, выяснении давности заболевания или времени появления его первых признаков. Учитывали также характер течения заболевания, проводимое ранее лечение и его эффективность, аллергологический статус, режим питания и труда, характер вредностей, сведения о гигиене полости рта, виде используемых гигиенических средств и регулярности их применения. При наличии сопутствующих соматических заболеваний больные обследовались и лечились у соответствующего специалиста.

Объективное обследование больных включало: осмотр кожных покровов лица, красной каймы губ, углов рта и слизистой оболочки рта, передних дужек миндалин, языка - отмечали их цвет, влажность, консистенцию, наличие высыпаний. Выявляли местные раздражающие факторы; аномалии прикуса и положения зубов, наличие протезов, ортодонтических аппаратов, состояние пародонта.

Стоматологический статус пациентов оценивали по следующим параметрам: интенсивность кариеса по индексу КПУ, гигиену полости рта – с помощью индекса Грина - Вермийона (ИГ), для оценки состояния тканей пародонта использовали папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс

(РМА), индекс кровоточивости по Мюллерману (ИК).

Диагноз «дизбактериоз» устанавливали на основании выделения и количественного определения основных видов микроорганизмов полости рта. Микробиологические методы исследования включали количественное определение микрофлоры слизистой оболочки полости рта. Материал для бактериологического исследования забирали методом мазков с локальных зон полости рта, преимущественно со слизистой оболочки щек и языка. При обработке полученных результатов систематизацию больных проводили по степени выраженности дисбиотических изменений в соответствии с рекомендациями Хазановой В.В и соавторов [1996] и Ефимович О.И. [2002] (табл.1).

Хотя это деление весьма условно, оно позволяет более дифференцированно подходить к диагностике и лечению заболевания, а при динамическом бактериологическом контроле – прогнозировать его течение.

Таблица 1

**Изменения состава микрофлоры по степеням**

Изменения микробиоценоза	Характеристика состояния микробных популяций
<b>Дисбиотический сдвиг</b>	Латентная или компенсированная форма - характерны незначительные изменения - превышение количества одного вида условно-патогенного микроорганизма при сохранении нормального видового состава микрофлоры полости рта. Выраженные клинические признаки заболевания могут отсутствовать.
<b>Дизбактериоз I - II степени</b>	Субкомпенсированная форма - характеризуется выявлением 2-3 патогенных видов на фоне некоторого снижения титра лактобактерий. У таких больных, как правило, имеются клинические симптомы болезни.
<b>Дизбактериоз III степени</b>	Характеризуется выявлением патогенной монокультуры при резком снижении количества или полном отсутствии представителей нормальной (физиологической) микрофлоры.
<b>Дизбактериоз IV степени.</b>	Характеризуется наличием ассоциаций патогенных видов бактерий с дрожжеподобными грибами.

**Полученные результаты и их обсуждение.**

По результатам клинико-микробиологических исследований в контрольной группе не было выявлено ни одного пациента с дисбиотическими изменениями в полости рта. В основной группе у

37 больных был выявлен дизбактериоз IV степени, у 11 больных - дизбактериоз I - II степени и у 6 больных - дизбактериоз III степени. Распределение больных в зависимости от возраста и степени выраженности дисбиотических изменений представлены в таблице 2.

Таблица 2

**Распределение больных в зависимости от степени выраженности дисбиотических изменений**

Возраст	Количество больных	Степень выраженности дизбактериоза			
		дисбиотический сдвиг	дизбактериоз I - II степени	дизбактериоз III степени	дизбактериоз IV степени.
30-39	7	-	3	2	2
40-49	12	-	4	3	5
50-59	18	-	3	1	14
60-69	17	-	1	-	16
Всего:	54	-	11	6	37

Из таблицы видно, что наибольший удельный вес дисбиотических изменений приходится на возрастную группу 50- 60 лет и старше, у лиц 30-39 лет дисбиотические изменения встречаются реже. При этом наиболее выраженные изменения микробиологического статуса проявлялись дизбактериозом IV степени. При изучении микробиоценоза слизистой оболочки полости рта у больных с дизбактериозами выявлено увеличение количества грибов рода *Candida* у 29 больных. Увеличение в микробных ассоциациях удельного веса грибов рода *Candida* можно расценивать как дизбактериоз, отягощенный кандидамикозом.

Клинические проявления дизбактериоза (кандидоза) слизистой оболочки полости рта были многообразны и во многом зависели от локализации поражения. Так, в частности, наши наблюдения показали, что наиболее часто кандидоз локализуется в области языка и красной каймы губ в виде атрофической и псевдомембранозной форм. Значительно реже микотическому поражению подвергались слизистая оболочка неба и десен.

Жалобы обследованных больных характеризовались значительным разнообразием. Наиболее часто пациенты жаловались на сухость губ (16,3%), жжение в языке (43%), налет на языке (25,2%), жжение и сухость слизистой оболочки полости рта (11,7%), неприятный запах изо рта (2%), в 1,8% случаев отмечалась канцерофобия.

Показатели интенсивности кариеса, состояния гигиены полости рта и тканей пародонта у обследованных пациентов представлены в таблице 3.

Таблица 3  
Стоматологический статус пациентов основной и контрольной групп

Показатель	Основная группа	Контрольная группа	P
КПУ	15,3 ± 1,6	9,6 ± 1,2	< 0,05
ИГ	3,0 ± 0,3	1,8 ± 0,2	< 0,05
РМА	46,9 ± 4,2	28,0 ± 2,3	< 0,05
ИК	0,7 ± 0,153	0,3 ± 0,09	< 0,05

Полученные данные показывают, что состояние зубов, гигиены полости рта и тканей пародонта у пациентов основной группы достоверно хуже, чем у больных контрольной группы. Следовательно, прежде чем назначить лечение дизбактериоза слизистой оболочки полости рта с учетом его клинических проявлений, у таких больных необходимо провести комплекс мероприятий по снижению интенсивности кариеса и заболеваний тканей пародонта.

Как известно, в развитии дизбактериоза (в том числе и кандидоза) слизистой оболочки полости рта важная роль, помимо патогенности грибов, принадлежит уровню сопротивляемости организма, определяемого функциональным состоянием механизмов специфической и неспецифической защиты от инфекции. Так как кандидозная инфекция локализуется чаще всего на слизистых оболочках, непосредственно сообщаемых с внешней средой, важным является вопрос о состоянии местного иммунитета при дизбактериозе слизистой оболочки полости рта.

В связи с тем, что лечение дизбактериозов и кандидозов представляет собой значительные трудности, а одной из основных причин их развития является бесконтрольный и бессистемный прием антибиотиков, основную ставку при лечении дизбактериозов следует делать на предварительное определение чувствительности патогенных грибов к антимикотическим препа-

ратам. При этом необходимо учитывать и местную иммунологическую резистентность.

#### Выводы

1. У всех обследованных пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ были выявлены дизбиотические изменения различной степени выраженности.
2. Наиболее выраженные изменения микробиологического статуса у обследованных больных проявлялись дизбактериозом IV степени.
3. Наибольший удельный вес дизбиотических изменений приходился на возрастную группу 50- 60 лет и старше.
4. В 53,7% случаев у пациентов основной группы выявлено увеличение в микробных ассоциациях удельного веса грибов рода *Candida*, что можно расценивать как дизбактериоз, отягощенный кандидамикозом.

#### Литература:

1. Ефимович О.И. Клинико-лабораторное обоснование терапии дизбактериоза слизистой оболочки полости рта: Автореф. дисс. ...канд. мед наук. – Москва, 2002. – 32с.
2. Рабинович И.М., Дмитриева Н.А., Ефимович О.И. Коррекция микробиологических изменений у больных с дизбактериозом полости рта // Труды съезда Стоматологической Ассоциации России. – М., 2000. – С.281-283.
3. Уразгалиева Н.Т. Дизбактериоз слизистой оболочки полости рта // Сб. материалов научно-практической конференции «Стоматология Астаны: вчера, сегодня, завтра. Развитие стоматологической помощи в г. Астане и внедрение новых технологий» – Астана, 2004. – С. 164-165.
4. Ушаков Р.Н., Царев В.Н. Микрофлора полости рта: её значение в развитии стоматологических заболеваний // Стоматология для всех. – 1998. - №3. – С.22-26.
5. Хазанова В.В., Рабинович О.Ф., Земская Е.А. Изучение микробиоценоза при хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта // Стоматология. – 1996. - №2. – С.26-28.