

Распределение ВПИ вследствие ТБС по группам инвалидности в Краснодарском крае за 2006–2010 гг.

Год	I группа				II группа				III группа				Всего			
	Трудоспо- собн. возраст		Пенси- онный возраст		Трудоспо- собный возраст		Пенси- онный возраст		Трудоспо- собн. возраст		Пенси- онный возраст		Трудоспо- собный возраст		Пенси- онный возраст	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2006	10	0,7	0	0	1241	87,46	157	96,9	168	11,8	5	3,1	1419	100	162	100
2007	13	0,94	2	0,13	1247	88,7	103	89,57	145	10,3	10	8,7	1405	100	115	100
2008	4	0,3	1	1,01	1175	86,3	93	93,94	183	13,4	5	5,1	1362	100	99	100
2009	2	0,15	1	1,08	1157	85,1	84	90,3	201	14,8	8	8,6	1360	100	93	100
2010	18	1,83	1	1,5	848	86,4	59	86,8	115	11,7	8	11,76	981	100	68	100

Проанализировано распределение ВПИ по группам инвалидности. У большинства ВПИ установлена вторая группа инвалидности (86,5–88,4%). За анализируемый период имела место стойкая тенденция к снижению удельного веса инвалидов II группы; доля инвалидов III группы, напротив, увеличилась с 10,9% в 2006 году до 11,7% в 2010-м. Вместе с тем эта тенденция зарегистрирована только в группе лиц пенсионного возраста, в которой доля ВПИ II группы уменьшилась на 10,1%, а доля ВПИ III групп напротив, увеличилась в 3,8 раза (с 3,1% в 2006 году до 11,76% в 2010-м). Доля ВПИ I и II групп среди лиц трудоспособного возраста за анализируемый период не изменилась (табл. 3). Первая группа инвалидности при туберкулезе устанавливалась в единичных случаях (0,63–1,8%).

В структуре ВПИ вследствие туберкулеза в 2006 году преобладали жители села (56%). К 2010 году эта тенденция усилилась: доля жителей села увеличилась в 1,3 раза и составила 70,7%. Этот факт, вероятно, связан с тем, что в городах более качественно проводятся дополнительная диспансеризация населения и флюорографические осмотры.

Показатель первичной инвалидности при туберкулезе за анализируемый период у мужчин был в 5,8 раза выше, чем у женщин. Подобное соотношение связано с преобладанием социально дезадаптированных групп среди мужского населения [1, 2].

Таким образом, анализ первичной инвалидности вследствие туберкулеза взрослого населения Краснодарского края свидетельствует о стойкой тенденции к снижению уровня ПИ (на 35,9%), преобладании лиц мужского пола молодого возраста. Структура ПИ

вследствие легочного туберкулеза за анализируемый период изменилась: удельный вес инфильтративного туберкулеза снизился в 1,8 раза, доля диссеминированного туберкулеза увеличилась в 1,9 раза. Выявлено преобладание в структуре первичной инвалидности удельного веса инвалидов II группы с тенденцией к увеличению доли инвалидов III группы среди лиц пенсионного возраста.

Вышеизложенное определяет необходимость финансирования региональных программ по профилактике туберкулеза легких, совершенствованию диагностики и лечения диссеминированной и фиброзно-кавернозной форм как основных причин первичной инвалидности. Преобладание в структуре первичной инвалидности II и III групп, лиц мужского пола трудоспособного возраста определяет необходимость проведения реабилитационных мероприятий с акцентом на профессиональный и социальный аспекты у этой категории инвалидов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалева С. И., Корнилова З. Х., Батыров Ф. А. // Пробл. туб. – 1997. – № 6. – С. 42–45.
2. Томашевский А. Ф., Гришко А. Н., Гульельми А. А., Лебедев А. А. и др. // Кубанский науч. мед. вестн. – 1999. – № 7 (43). – С. 11–14.
3. Туберкулез / Под ред. А. Г. Хоменко. – М., 1996.
4. Туберкулез. Особенности течения, возможности фармакотерапии / Под ред. А. К. Иванова. – СПб, 2009. – 108 с.
5. Фтизиатрия: национальное руководство / Под ред. М. И. Перельмана. – М., 2007. – 512 с.
6. Хоменко А. Г. // Пробл. туб. – 1997. – № 6. – С. 9–11.

Поступила 03.02.2012

Э. Г. ВЕДЕШИНА, С. А. БАБИЧЕВ

КОРРЕКЦИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ

Кафедра стоматологии ФПК и ППС, кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии
Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Кубанская набережная, 52/1, оф. 5. E-mail: vedeshine@bk.ru

Произведена микробиологическая оценка эффективности терапии 92 больных хроническим генерализованным пародонтитом с применением жидкого синбиотика нормофлорина®-Д. Доказано, что наилучшие показатели достигнуты

при включении в комплексную терапию пародонтита жидкого синбиотика нормофлорина®-Д с регулярным применением каждые 3 месяца.

Ключевые слова: микробиоценоз полости рта, пародонтит, лечение.

E. G. VEDESHINA, S. A. BABICHTEV

ORAL CAVITY MICROBIOCENOSIS CORRECTION IN PATIENTS WITH PERIODONTITIS

*Dentistry department F. I. Q. and P. R. S.,
department of microbiology, virology and immunology Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Kubanskaya naberezhnaya str., 52/1, of. 5. E-mail: vedeshine@bk.ru*

We've evaluated the effectiveness of therapy 92 patients with chronic generalized periodontitis with the use of liquid synbiotic Normoflorin®-D. It is proved that the best performance achieved by the inclusion in the combined therapy of periodontitis liquid synbiotic Normoflorin®-D with the regular use every 3 months.

Key words: oral cavity microbiocenosis, periodontitis, treatment.

Введение

Микрофлора человека – сложная саморегулирующая система, способная восстанавливаться при грамотной коррекции [16].

Исследования последних лет показали, что нарушение нормального микробиоценоза полости рта растет из года в год и у жителей Российской Федерации превышает 90%, вызывая при этом воспалительные заболевания в тканях пародонта, и, как правило, сопровождается дисбиозом полости рта, выраженность которого соответствует степени поражения пародонта [1, 11, 14].

Одно из ведущих мест в развитии данной патологии занимает резидентная облигатно-анаэробная и микроаэрофильная микрофлора полости рта [10].

Доказана этиологическая роль *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Tannerella forsythensis* (прежнее название – *Bacteroides forsythus*), *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (прежнее название – *Actinobacillus actinomycetemcomitans*) и *Treponema denticola* в развитии патологического процесса в тканях пародонта [6, 12, 17, 19].

Современные исследования предоставили новые данные о роли в развитии болезней пародонта *Eikenella corrodens*, *Fusobacterium nucleatum*, *Candida albicans* и др. [5, 20].

На основании молекулярно-генетических исследований установлено, что присутствия в ПК одного вида микроорганизма (монокультуры), как правило, недостаточно для развития воспалительного процесса, и чаще оно представлено микстовыми формами [9].

Переходя к вопросу о коррекции дисбиотических нарушений полости рта, следует отметить, что наиболее целесообразно и физиологично для организма человека включение в схему лечения бактериосодержащих препаратов, способствующих восстановлению микробиоценоза полости рта [8, 13].

Целью нашего исследования явилось определение динамики изменения микробиоценоза полости рта у больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести в зависимости от способов его коррекции.

Методика исследования

Настоящее исследование проведено на кафедрах стоматологии ФПК и ППС и микробиологии, вирусоло-

гии и иммунологии Кубанского государственного медицинского университета и на базе микробиологической лаборатории МУЗ городской больницы № 2 КМЛДО г. Краснодара.

Все участвующие в исследовании 92 больных хроническим генерализованным пародонтитом средней (ХГПС) степени тяжести в зависимости от проводимого лечения были разделены на 5 групп. Базисное лечение пародонтита проводилось у всех больных согласно рекомендуемым стандартам [7, 15]. В отдельных группах наблюдения дополнительно назначался жидкий синбиотик Нормофлорин®-Д [2] по разработанному нами усовершенствованному способу лечения пародонтита [4].

I основная группа – 20 больных: со второй недели лечения (после противомикробной терапии) местно – Нормофлорин®-Д – инстилляции в каждый пародонтальный карман и аппликации на десну в течение 10 минут. Внутрь с первого дня лечения Нормофлорин®-Д по 20 мл, утром и вечером, за 20–30 минут до еды в течение 30 дней.

II основная группа – 15 больных: со второй недели лечения (после противомикробной терапии) местно – Нормофлорин®-Д – инстилляции в каждый пародонтальный карман и аппликации на десну в течение 10 минут. Внутрь с первого дня лечения Нормофлорин®-Д по 20 мл, утром и вечером, за 20–30 минут до еды в течение 30 дней.

I группа сравнения – 20 больных: со второй недели лечения (после противомикробной терапии) местно – плацебо (стерильный физ. р-р) – инстилляции в каждый пародонтальный карман и аппликации на десну в течение 10 минут. Внутрь с первого дня лечения Нормофлорин®-Д по 20 мл, утром и вечером, за 20–30 минут до еды в течение 30 дней.

II группа сравнения – 19 больных: со второй недели лечения (после противомикробной терапии) местно Нормофлорин®-Д – инстилляции в каждый пародонтальный карман и аппликации на десну в течение 10 минут. Нормофлорин®-Д внутрь не назначали.

Контрольная группа (традиционная терапия) – 18 больных: со второй недели лечения (после противомикробной терапии) местно – плацебо (стерильный физ. р-р) – инстилляции в каждый пародонтальный карман и аппликации на десну в течение 10 минут.

Повторные курсы лечения в I основной группе, I, II группах сравнения и контрольной группе назначались

через 6 месяцев, а во II основной группе – через 3 месяца.

Стоматологический статус больных ХГПС оценивали, используя индекс гигиены (ГИ, Green-Vermillion, 1964), ПМА (в модификации С. Parma, 1960), индекс кровоточивости (Mühlleman, 1971, в модификации Cowell, 1975), ПИ (Russel, 1956), CPITN, для определения степени подвижности зубов использовали шкалу Miller в модификации Fleszar (1980). Клиническое исследование проводилось до начала лечения, через 14 дней, а контрольные осмотры – через 1, 3, 6 месяцев и 1 год.

Микробиологическое исследование, включающее выделение микрофлоры из зубодесневого кармана у 92 больных ХГПС, осуществляли трехкратно: до лечения, через 14 дней лечения, через 3 месяца от начала лечения.

Нами было произведено 276 микробиологических исследований содержимого зубодесневого кармана.

Забор материала для бактериологического исследования производили с помощью заборника пробы содержимого зубодесневого кармана и/или зубодесневой борозды для микробиологического исследования [3].

Отобранные пробы содержимого пародонтальных карманов помещали в бульон Шадлера и немедленно доставляли в лабораторию, где в дальнейшем проводили первичный посев количественным методом на специальные питательные среды: кровяной агар, шоколадный агар, желточно-солевой агар, желчно-эскулиновый агар, кровяной агар с гемином и витамином К, среды Эндо, Сабуро, Рогоза.

Культивирование микроорганизмов осуществляли в аэробных, анаэробных и микроаэрофильных условиях соответственно. Для культивирования анаэробных микроорганизмов использовали анаэроостат «Genbox» (bioMerieux) с генераторами для создания анаэробной атмосферы.

Количественный состав (численность) микроорганизмов определяли путем подсчета колониеобразующих единиц в 1 мл пробы.

Выделенные культуры микроорганизмов идентифицировали по культуральным, морфологическим, тинкториальным, биохимическим и антигенным свойствам в соответствии с определителем бактерий Берджи.

Предварительную идентификацию выделенных культур микроорганизмов проводили на основании алгоритмов, предложенных в руководстве Manual of Clinical Microbiology [18].

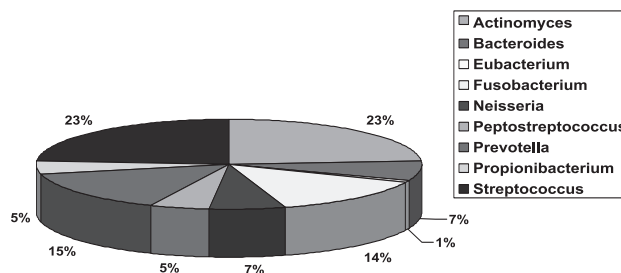
Окончательную идентификацию выделенных культур выполняли как классическими методами, так и с помощью бактериологических анализаторов autoSCAN-4 (Dade – Bering) и miniAPI (bioMerieux).

Результаты и их обсуждение

При изучении микробиоценоза полости рта у больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести во всех группах было установлено, что микрофлора содержимого зубодесневых карманов до лечения была идентична и состояла из следующих таксонов: *Actinomyces*, *Bacteroides*, *Eubacterium*, *Fusobacterium*, *Neisseria*, *Peptostreptococcus*, *Prevotella*, *Propionibacterium*, *Streptococcus*.

На рисунке представлен относительный вклад различных родов микроорганизмов в состав микрофлоры ротовой полости у больных ХГПС до лечения во всех исследуемых группах.

Полученные данные свидетельствовали о том, что в микрофлоре содержимого зубодесневых карманов до



Характеристика состава микрофлоры у больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести до лечения во всех исследуемых группах

лечения доминирующими видами являлись стрептококки – 23%, актиномицеты – 23%. На фоне измененной нормальной микрофлоры наблюдалось увеличение количества анаэробов – бактероидов, фузобактерий и превотелл.

Всего было выделено и идентифицировано 385 культур микроорганизмов, из них 173 анаэробных и 212 аэробных и факультативно-анаэробных видов.

Динамика микробиоценоза полости рта у больных ХГПС в группах наблюдения отражена в таблице.

Как видно из таблицы, в I и II основных группах через 14 дней не удалось обнаружить основной массы анаэробных бактерий, способствующих развитию болезни пародонта, таких как *Bacteroides*, *Fusobacterium*. В шесть раз снизилась высеваемость *Prevotella*, входящих в комплекс анаэробных патогенов. Также не обнаруживались *Eubacterium*, *Neisseria* и *Peptostreptococcus*. Подобная тенденция сохранялась, и через 3 месяца от начала лечения в 40% случаев появились микроорганизмы рода *Eubacterium*.

В I и II группах сравнения видовой состав по сравнению с I и II основными группами изменился в меньшей степени, через 14 дней не высевались *Bacteroides*, *Eubacterium*, *Peptostreptococcus*, уменьшилось количество образцов с наличием *Fusobacterium* и *Prevotella*. Через 3 месяца в I и II группах сравнения отмечалось увеличение количества анаэробных микроорганизмов на 10–40% и 5,3–21,1% соответственно.

В контрольной группе через 14 дней лечения количество образцов с содержанием *Fusobacterium* и *Prevotella* уменьшилось в два раза, микроорганизмы рода *Bacteroides* не были обнаружены, однако спустя 3 месяца от начала лечения микробный пейзаж соответствовал первоначальному (до начала лечения).

Важно отметить, что через 14 дней от начала комплексного лечения с дополнительным применением жидкого синбиотика Нормофлорина®-Д (внутри и местно) у 80% больных ХГПС в I и II основных группах были выделены лактобактерии, в I и II группах сравнения – у 30% и 47,4% соответственно. Однако через 3 месяца от начала лечения высеваемость лактофлоры в I и II основных группах уменьшилась в четыре раза, такая же закономерность наблюдалась в I и II группах сравнения.

Таким образом, в ходе нашего исследования установлено, что наиболее эффективным способом коррекции микробиоценоза полости рта у больных ХГПС является включение в схему традиционной терапии жидкого синбиотика Нормофлорина®-Д (внутри и местно) с повторным курсом лечения каждые 3 месяца.

Динамика микробиоценоза полости рта у больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести

Группы и сроки наблюдения		Название рода (абс., %)									
		Actinomyces	Bacteroides	Eubacterium	Fusobacterium	Neisseria	Peptostreptococcus	Prevotella	Propionibacterium	Streptococcus	Lactobacillus
Контрольная группа n = 18	До лечения	$\frac{18}{100}$	$\frac{8}{44,5}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{10}{55,6}$	$\frac{4}{22,2}$	$\frac{4}{22,2}$	$\frac{10}{55,6}$	$\frac{4}{22,2}$	$\frac{18}{100}$	$\frac{0}{0}$
	Через 14 дней	$\frac{18}{100}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{5}{27,8}$	$\frac{3}{16,7}$	$\frac{4}{22,2}$	$\frac{5}{27,8}$	$\frac{4}{22,2}$	$\frac{18}{100}$	$\frac{0}{0}$
	Через 3 месяца	$\frac{18}{100}$	$\frac{4}{22,2}$	$\frac{3}{16,7}$	$\frac{11}{61,1}$	$\frac{1}{5,6}$	$\frac{2}{11,1}$	$\frac{11}{61,1}$	$\frac{2}{11,1}$	$\frac{18}{100}$	$\frac{0}{0}$
I основная группа n = 20	До лечения	$\frac{20}{100}$	$\frac{4}{20}$	$\frac{3}{15}$	$\frac{8}{40}$	$\frac{8}{40}$	$\frac{2}{10}$	$\frac{12}{60}$	$\frac{4}{20}$	$\frac{20}{100}$	$\frac{0}{0}$
	Через 14 дней	$\frac{20}{100}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{2}{10}$	$\frac{1}{5}$	$\frac{20}{100}$	$\frac{16}{80}$
	Через 3 месяца	$\frac{20}{100}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{8}{40}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{4}{20}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{20}{100}$	$\frac{4}{20}$
II основная группа n = 15	До лечения	$\frac{15}{100}$	$\frac{3}{20}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{6}{40}$	$\frac{6}{40}$	$\frac{3}{20}$	$\frac{12}{80}$	$\frac{3}{20}$	$\frac{15}{100}$	$\frac{0}{0}$
	Через 14 дней	$\frac{15}{100}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{2}{13,3}$	$\frac{1}{6,7}$	$\frac{15}{100}$	$\frac{12}{80}$
	Через 3 месяца	$\frac{15}{100}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{6}{40}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{3}{20}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{15}{100}$	$\frac{3}{20}$
I группа сравнения n = 20	До лечения	$\frac{20}{100}$	$\frac{4}{20}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{16}{80}$	$\frac{4}{20}$	$\frac{4}{20}$	$\frac{12}{60}$	$\frac{4}{20}$	$\frac{20}{100}$	$\frac{0}{0}$
	Через 14 дней	$\frac{20}{100}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{3}{15}$	$\frac{1}{5}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{2}{10}$	$\frac{2}{10}$	$\frac{20}{100}$	$\frac{6}{30}$
	Через 3 месяца	$\frac{20}{100}$	$\frac{2}{10}$	$\frac{8}{40}$	$\frac{4}{20}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{8}{40}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{20}{100}$	$\frac{1}{5}$
II группа сравнения n = 19	До лечения	$\frac{19}{100}$	$\frac{8}{42,1}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{12}{63,2}$	$\frac{3}{15,8}$	$\frac{6}{31,6}$	$\frac{11}{57,9}$	$\frac{3}{15,8}$	$\frac{19}{100}$	$\frac{0}{0}$
	Через 14 дней	$\frac{19}{100}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{1}{5,3}$	$\frac{1}{5,3}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{2}{10,5}$	$\frac{2}{10,5}$	$\frac{19}{100}$	$\frac{8}{47,4}$
	Через 3 месяца	$\frac{19}{100}$	$\frac{1}{5,3}$	$\frac{4}{21,1}$	$\frac{2}{10,5}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{4}{21,1}$	$\frac{0}{0}$	$\frac{19}{100}$	$\frac{2}{10,5}$

ЛИТЕРАТУРА

1. Барер Г. М. Терапевтическая стоматология. Часть 2. Болезни пародонта. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 224 с.
2. Бондаренко В. М., Шапошникова Л. И. Нормофлорины®. Клинический эффект жидких симбиотических биокомплексов, содержащих физиологически активные клетки бифидобактерий и лактобацилл. – М., 2007. – 95 с.
3. Ведешина Э. Г. с соавт. Заборник пробы содержимого зубодесневого кармана и/или зубодесневой борозды для микробиологического исследования. Патент РФ № 85332 от 10.08.2009 г. // Изобретения, полезные модели. Роспатент. – М. – Бюл. № 22. 10.08.2009.
4. Ведешина Э. Г. с соавт. Способ лечения пародонтита. Патент на изобретение № 2400243. Зарегистрировано в Гос. реестре изобретений РФ 27.09.2010 г. // Изобретения, полезные модели. Роспатент. – М. – Бюл. № 27. 27.09. 2010.
5. Григорьян А. С., Грудянов А. И., Фролова О. А., Шильникова И. И. и др. Видовой состав анаэробной микрофлоры пародонталь-

ного кармана в зависимости от стадии пародонтита // Стоматология. – 2009. – № 4. – С. 43–47.

6. Григорьян А. С., Рахметова С. Ю., Зырянова Н. В. Микроорганизмы в заболеваниях пародонта: экология, патогенез, диагностика – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 16–20.

7. Грудянов А. И. Заболевания пародонта // Медицинское информационное агентство. – М., 2009. – 331 с.

8. Грудянов А. И., Дмитриева Л. А., Фоменко Е. В. Применение пробиотиков в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта // Медицинское информационное агентство. – М., 2006. – С. 48–58.

9. Грудянов А. И., Овчинникова В. В. Частота выявления различных представителей пародонтопатогенной микрофлоры при пародонтите разной степени тяжести // Стоматология. – 2009. – № 3. – С. 34–37.

10. Зеленова Е. Г., Заславская М. И., Салина Е. В. и др. Микрофлора полости рта: норма и патология. – Н. Новгород, 2004. – 158 с.

11. Иванова Л. А., Рединова Т. Л., Мартюшева О. В., Чередникова Л. А., Чередникова А. Б. Микробиологические и клинические характеристики дисбиотического состояния в полости рта // *Стоматология*. – 2009. – № 6. – С. 12–18.
12. Микробиология и иммунология для стоматологов: Пер. с англ. / Под ред. Р. Дж. Ламонта, М. С. Лантц, Р. А. Берне, Д. Дж. Лебланка; пер. с англ. под ред. В. К. Леонтьева. – М.: Практическая медицина, 2010. – 504 с.
13. Соколова И. И., Скидан К. В., Воропаева Л. В., Томилина Т. В. и др. Микрофлора полости рта, дисбактериоз и пути его коррекции пробиотиками // *Экспериментальна і клінічна медицина*. – 2010. – № 2. – С. 64–69.
14. Рабинович И. М., Рабинович О. Ф., Банченко Г. В. и др. // Микробиологическая характеристика полости рта в норме и при дисбактериозе. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 16 с.
15. Терапевтическая стоматология: Национальное руководство / Под ред. Л. А. Дмитриевой, Ю. М. Максимовского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 121–142.
16. Шендеров Б. А. Нормальная микрофлора человека и некоторые вопросы микробиологической технологии // *Антибиотики и медицинская биотехнология*. – М., 1987. – № 3. – С. 164–170.
17. Holt S. C., Ebersson J. L. *Porphyromonas gingivalis*, *Treponema denticola* and *Tannerella forsythia*: the «red complex», a prototype polybacterial pathogenic consortium in periodontitis // *Periodontology* 2000. – 2005. – Vol. 38. – P. 72–122.
18. Murray P. R., Baron E. J., Jorgensen J. N., Tenover F. C., Tenover P. C. (ed.). *Manual of Clinical Microbiology*, 8th edition, ASM Press, Washington, D. C. – 2003. – P. 263–441.
19. Rudney J. D., Chen R., Sedgewick G. J. *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis* and *Tannerella forsythensis* are components of a polymicrobial intracellular flora within human buccal cells // *J. dent. res.* – 2005. – Vol. 84. № 1. – P. 59–63.
20. Wolf H. F., Edith M. & Klaus H. Reteitschak // *Пародонтология: Перевод с нем / Под ред. проф. Г. М. Барера*. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – С. 37–52.

Поступила 12.01.2012

Л. Г. ГАЛЬЦОВА¹, В. Э. СМЯЛОВСКИЙ¹, Г. И. НЕЧАЕВА², И. В. ДРУК²

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И СТРОЕНИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

¹БУЗОО «Клинический диагностический центр»,
Россия, 644024, г. Омск, ул. Ильинская, 9, тел. (3812) 303234;
²кафедра внутренних болезней и семейной медицины
ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия Росздрава»,
Россия, 644099, г. Омск, ул. Ленина, 12, тел. (3812) 236700. E-mail: largalcova@mail.ru

В ходе проведенного комплексного клинко-инструментального обследования 120 пациентов с признаками дисплазии соединительной ткани, включавшего в себя общеклинические методы, дуплексное сканирование экстракраниальных артерий, транскраниальную доплерографию и магнитно-резонансную ангиографию, были выявлены функциональные особенности церебральной гемодинамики, структурные особенности экстракраниальных и интракраниальных артерий у данной группы пациентов.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, церебральная гемодинамика, синдром вегетативной дистонии.

L. G. GALTSOVA¹, V. E. SMIALOVSKI¹, G. I. NECHAEVA², I. V. DRUK²

FEATURES OF CEREBRAL HAEMODYNAMICS AND STRUCTURE OF ARTERIES CIRCLE OF WILLIS AT PATIENTS WITH DYSPLASIA A CONNECTIVE TISSUE

¹Clinical diagnostic centre,
Russia, 644024, Omsk, Ilinsky street, 9, tel. (3812) 303234;
²Omsk state medical academy Roszdrava,
Russia, 644099, Omsk, Lenin's street, 12, tel. (3812) 236700. E-mail: largalcova@mail.ru

This study reports on the features of cerebral haemodynamics and anatomic variants of the circle of Willis at patients with dysplasia a connective tissue. During the spent complex examination of 77 patients with signs dysplasia the connective tissue, including clinic methods, duplex scanning, transcranial Doppler and magnetic resonance angiography, have been revealed functional features of cerebral haemodynamics, structural features extracranial and intracranial cerebral arteries, anatomic variants of the circle of Willis and at the patients with dysplasia a connective tissue.

Key words: dysplasia connective tissue, cerebral haemodynamics, circle of Willis.

Введение

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) остается актуальной проблемой современной медицины, так как она широко распространена в популяции, носит прогрессирующий характер и лежит в основе формиро-

вания большого количества соматической патологии. В последние годы отмечается рост случаев внезапной смерти среди лиц молодого возраста обусловленных патологией сосудов, в том числе церебральных артерий. Несмотря на актуальность и значимость цереброваску-