

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

УДК 616.31

Л. А. ИВАНОВА

Ижевская государственная медицинская академия

## Стоматологические проявления дисбиоза полости рта

Иванова Лилия Аркадьевна

заочный аспирант кафедры терапевтической стоматологии ИГМА

г. Ижевск, ул. Революционная, 199, тел. (3412) 59-20-62, e-mail: lili19762008@mail.ru

*Изучено состояние слизистой оболочки и ткани пародонта, пораженность зубов кариесом при дисбиозе полости рта. Установлено, что дисбиотическое состояние полости рта характеризуется не только изменениями слизистой оболочки, но и более существенной пораженностью пациентов кариесом зубов и более тяжелым течением воспалительных заболеваний тканей пародонта.*

**Ключевые слова:** полость рта, дисбиоз, клиника

L. A. IVANOVA

## Stomatological displays of disbiosis in oral cavity

*The condition of a mucous membrane, parodont, teeth caries is investigated at disbiosis of oral cavity. It is established that disbiotic condition of oral cavity is characterized not only changes of a mucous membrane, but also more essential caries of a teeth and heavier current of inflammatory diseases of parodont.*

**Keywords:** oral cavity, disbiosis, clinical features

При дисбиозе полости рта возникают различные изменения слизистой оболочки полости рта в виде ее покраснения, отека, участков десквамации, появления налета, особенно на дорсальной поверхности языка [1, 2, 3]. О. И. Ефимович и др. [4] предлагают выделять 4 степени дисбиоза в полости рта:

1) дисбиотический сдвиг — незначительные изменения количества одного вида условно-патогенного микроорганизма при сохранении нормального видового состава микрофлоры полости рта (латентная или компенсированная форма сдвига, при наличии которой могут отсутствовать выраженные клинические признаки заболевания);

2) дисбактериоз I-II степени (субкомпенсированная форма) — выявление 2-3 патогенных видов на фоне некоторого снижения титра лактобактерий;

3) дисбактериоз III степени (субкомпенсированный) — обнаружение патогенной монокультуры при резком снижении количества или полном отсутствии представителей нормальной (физиологической) микрофлоры;

4) дисбактериоз IV степени (декомпенсированный) — наличие ассоциаций патогенных видов бактерий с дрожжеподобными грибами.

При этом авторы клинические проявления дисбиоза отмечают только на дорсальной поверхности языка. Другие стоматологические проявления ими не описаны.

Целью нашей работы было — изучить не только состояние слизистой оболочки при дисбиозе полости рта,

но и пораженность зубов кариесом, а также оценить ткани пародонта.

**Материалы и методы**

Было обследовано 80 человек в возрасте от 18 до 56 лет. Степень тяжести дисбиоза оценивали в три стадии [5]. При клиническом осмотре определяли состояние: гигиены — индекс Подшадлей-Халея (1968), индекс Силнес-Лоу (1967); зубов — индекс КПУ (К — кариес, П — пломба, У — удаленный); тканей пародонта — индекс КПИ (П. А. Леус, 1988) и слизистой оболочки дорсальной поверхности языка. Выраженность изменений на дорсальной поверхности языка (ИДПЯ) оценивали в баллах: 0 — нет изменений; 1 — налет на дорсальной поверхности языка; 2 — налет и незначительный гиперкератоз нитевидных сосочков дорсальной поверхности языка; 3 — налет и выраженный гиперкератоз нитевидных сосочков дорсальной поверхности языка.

Микробиологический состав полости рта исследовали культуральным методом. Забор материала и посев на специальные среды проводили в бактериологической лаборатории Республиканского кожно-венерологического диспансера г. Ижевска. Материал забирали натошак или через 3-4 часа после еды. В день взятия пробы обследуемый должен был воздержаться от чистки зубов, применения лекарственных препаратов и полоскания полости рта. Техника взятия пробы материала была следующая: смыв

Таблица 1

Сопоставление клинических стоматологических показателей в обследованных группах ( $M \pm m$ )

| Группы        | КПУ, абс. ед. | Гигиенические индексы  |                   | КПИ, баллы | ИДПЯ, баллы |
|---------------|---------------|------------------------|-------------------|------------|-------------|
|               |               | Подшадлей-Халея, баллы | Силнес-Лоу, баллы |            |             |
| Первая (n=26) | 12,50±0,48    | 0,72±0,03              | 0,85±0,08         | 1,12±0,08  | 1,19±0,08   |
| Вторая (n=30) | 14,80±0,36    | 1,25±0,07              | 1,52±0,05         | 2,45±0,06  | 1,53±0,13   |
| p1-2          | <0,001        | <0,001                 | <0,001            | <0,05      | <0,05       |
| Третья (n=24) | 18,80±0,51    | 1,57±0,03              | 1,92±0,03         | 2,91±0,02  | 1,66±0,18   |
| p1-3          | <0,001        | <0,001                 | <0,001            | <0,001     | <0,025      |
| p2-3          | <0,001        | <0,001                 | <0,001            | <0,001     | >0,05       |

с тканей полости рта осуществляли одним тампоном фирмы «Сорап» в последовательности — от внутренней поверхности щек, неба, языка (особенно тщательно протирали дорсальную поверхность) и по наружной поверхности десен. Для определения общей микробной обсемененности (ОМЧ) из исследуемого материала готовили серию десятикратных разведений в изотоническом растворе натрия хлорида. Из соответствующих разведений делали высевы с учетом условий культивации на чашки Петри с питательными агаром: ЖСА, Сабура, Эндо, Колумбия агар, лактоагар, кровяной агар. По истечении срока инкубации подсчитывали число выросших колоний и определяли ОМЧ (число колониеобразующих единиц — КОЕ в 1 мл). Идентификацию выделенных микроорганизмов осуществляли общепринятыми методами с учетом морфологических, культуральных и биохимических свойств [6]. После анализа полученных микробиологических данных выделили три группы. В первую группу вошло 26 человек, у которых определен дисбиоз I-ой степени (11 мужчин и 15 женщин, средний возраст — 42,1 года); во вторую — 30 человек (14 мужчин и 16 женщин, средний возраст — 45,4 года), у которых диагностирован дисбиоз II-ой степени; третью группу составили 24 пациента (11 мужчин и 13 женщин, средний возраст — 44,2 года) у которых выявлен дисбиоз III степени.

Полученные цифровые данные подвергали математико-статистической обработке по Стьюденту.

### Результаты и обсуждение

Установлено, что пациенты разных групп имели четко очерченную и несхожую «картину» стоматологического статуса (табл. 1). Так, из таблицы 1 видно, что интенсивность кариеса (КПУ) и заболеваний пародонта (КПИ) у лиц с дисбиозом полости рта II степени значительно тяжелее, чем у обследованных первой группы. Причем, тяжесть этих заболеваний существенно нарастает по мере усиления дисбиоза. Такая же закономерность определяется и в показателях, характеризующих гигиеническое состояние полости рта.

Гигиенические индексы у пациентов со II степенью дисбиоза оказались на 42-44% выше, чем у пациентов, у которых по микробиологическим данным диагностирована I степень дисбиоза, а у обследованных с дисбиозом III степени, они были выше на 54-56%, чем у обследованных с дисбиозом I степени.

Из представленных данных видно, что на дорсальной по-

верхности языка у пациентов второй группы имели место более выраженные изменения в виде гиперкератоза нитевидных сосочков и налета, чем у обследованных первой группы. В то время как изменения слизистой оболочки дорсальной поверхности языка у пациентов второй и третьей группы имели схожий характер. Однако степень выраженности патологических изменений на дорсальной поверхности языка у пациентов третьей группы была выше, чем в остальных группах.

### Выводы

Таким образом, можно констатировать, что дисбиотическое состояние полости рта характеризуется не только изменениями слизистой оболочки, особенно на дорсальной поверхности языка, но и более существенной пораженностью пациентов кариесом зубов, а также более тяжелым течением у них воспалительных заболеваний тканей пародонта.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Рабинович И. М. Роль микрофлоры в патологии слизистой оболочки полости рта. / И. М. Рабинович, Г. В. Банченко, О. Ф. Рабинович, Е. В. Иванова, Е. Г. Сабанцева, О. И. Ефимович. // Стоматология. — 2002. — № 5. — С. 48-50.
2. Зеленова Е. Г. Микрофлора полости рта: норма и патология: Учебное пособие. / Е. Г. Зеленова, М. И. Заславская, Е. В. Салина, С. П. Рассанов // Издательство НГМА. — Нижний Новгород, 2004. — 158 с.
3. Хазанова В. В. Изучение микробиоценоза при хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта. / В. В. Хазанова, И. М. Рабинович, Е. А. Земская, О. Ф. Рабинович, Н. А. Дмитриева // Стоматология. — 1996. — Т. 75, № 2. — С. 26.
4. Ефимович О. И. Применение имудона в комплексной терапии дисбактериозов полости рта. / О. И. Ефимович, И. М. Рабинович, Н. В. Разживина, Н. А. Дмитриева // Воспалительные заболевания слизистой оболочки глотки, полости рта и пародонта. Научный обзор Solvay pharma. — С. 27-29.
5. Иванова Л. А. Микрофлора полости рта здорового человека. / Л. А. Иванова, А. Б. Черединова // Современные аспекты медицины и биологии. Часть 2. Материалы V межрегиональной межвузовской научной конференции молодых ученых и студентов 21-24 апреля 2008 г. — Ижевск, 2008. — С. 312-314.
6. Приказ Министерства Здравоохранения СССР № 535 от 22 апреля 1985 г. Об унификации микробиологических методов исследования, применяемых в клинко-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений.