

2. Релапароскопия «по требованию» позволила у 20,5 % больных избежать напрасных релапаротомий.

3. В основной группе больных осложнения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем встретились в 21,7 % случаев и были легко устранимы. В группе сравнения значимые осложнения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем имели место в 57,1 % случаев и длительное время сохраняли рефрактерность к проводимой терапии.

4. Релапароскопия на спонтанном дыхании с применением многофункциональных пневмообтураторов и лапаролифтинга на малоопневматическом режиме снижает риски сердечно-легочных осложнений и с успехом может применяться у больных пожилого и старческого возраста с подозрением на послеоперационный перитонит.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бебуришвили А. Г., Михин И. В., Акинчиц А. Н. и др. // Эндоскопическая хирургия. — 2006. — № 5. — С. 25—29.
2. Вишневецкая А. Н. Возможности лапароскопии в диагностике и лечении послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Владивосток, 2011. — 24 с.

3. Карелина Н. В. «Безгазовая» лапароскопия в лечении желчнокаменной болезни: Автореф ... канд. мед. наук. — В. Новгород, 2009. — 104 с.

4. Макуров А. А. Оптимизация лапароскопических технологий в диагностике и лечении опухолевой и хирургической патологии органов брюшной полости: Автореф. ... канд. мед. наук. — Рязань, 2010. — 27 с.

5. Федоров И. В., Сигал Е. И., Славин Л. Е. // Эндоскопическая хирургия. — М.: Гэотар-Медиа, 2009. — 544 с.

6. Draghici L., Draghici I., Ungureanu A., et al. // J Med Life. — 2012. — Vol. 15, № 5. — P. 288—296.

7. Martinez-Casas I., Sancho J. J., Nve E. // Langenbecks Arch Surg. — 2010. — Vol. 395, № 5. — P. 527—534.

8. Shah A. Postoperative Peritonitis. // Internet Journal of Surgery. — 2006. — Vol. 7, № 1. — P. 16—18.

9. Swank H. A., Mulder I. M., Hoofwijk A. G., et al. // Br J Surg. — 2013. — Vol. 100, № 5. — P. 704—710.

## Контактная информация

**Климович Игорь Николаевич** — д. м. н., доцент кафедры госпитальной хирургии, ВолГМУ, e-mail: klimovichigor1122@yandex.ru

УДК 616.31-002:579.252.55

## СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПРИ НАРУШЕНИЯХ МИКРОЭКОСИСТЕМЫ ПОЛОСТИ РТА

**Т. Н. Климова, В. О. Крамарь, О. Г. Крамарь, Д. С. Добренков**

*Волгоградский государственный медицинский университет*

Изучен стоматологический статус пациентов с нарушениями микробного состава полости рта. Подтверждено участие микрофлоры в генезе стоматологических заболеваний, в том числе процессов деструкции твердых тканей зубов и тканей пародонта.

*Ключевые слова:* дисбактериоз полости рта, стоматологический статус, стоматологические заболевания.

## DENTAL STATUS IN IMPAIRED MICROECOSYSTEM OF THE ORAL CAVITY

**T. N. Klimova, V. O. Kramar, O. G. Kramar, D. S. Dobren'kov**

Dental status of patients with disorders of microbial composition of the oral cavity was studied. The participation of the microflora in the genesis of dental disease, including degradation processes of hard dental and periodontal tissues was confirmed.

*Key words:* dysbiosis of the oral cavity, dental status, dental disease.

В последние годы неизменно возрастает интерес ученых к проблеме роли стоматологического здоровья в обеспечении качества жизни населения [1, 2]. Анализ литературных данных убедительно свидетельствует о неуклонном росте числа лиц, страдающих различными заболеваниями полости рта [3, 6]. Проблема этиопатогенеза стоматологических нарушений сохраняет свою актуальность и в наши дни [5].

Согласно современным представлениям, возникновение и развитие наиболее распространенных стоматологических заболеваний, таких как кариес зубов и воспа-

лительные заболевания пародонта, напрямую связано с составом микрофлоры полости рта [4, 5]. Большинство исследователей переходят к рассмотрению дисбиотических нарушений как патогенетического фактора в развитии той или иной патологии, а в некоторых случаях — «пускового механизма» заболеваний [2, 3, 5].

Нарушение динамического равновесия в экосистеме полости рта наступает задолго до того, как появится манифестирующая клиническая симптоматика. Но уже на этой стадии происходят изменения в устойчивости организма к воздействию факторов внешней среды [5].

В настоящее время обсуждается проблема этиологической значимости микрофлоры полости рта при стоматологических заболеваниях.

## ЦЕЛЬ РАБОТЫ

С учетом вышеизложенного целью исследования явилось изучение стоматологического статуса пациентов с диагностированными изменениями в составе микробиоценоза полости рта.

## МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Для решения поставленных задач проведено комплексное обследование 850 человек.

Критерием включения в исследование был возраст от 17 до 55 лет, отсутствие острых обострений общесоматических заболеваний и лекарственной или наркотической зависимости. При выполнении работы соблюдены основные этические принципы. Протоколы клинических и лабораторных исследований одобрены Этическим комитетом ГОУ ВПО ВолГМУ Росздрава от 02.03.2010 г.

Организация работы основывалась на методологическом подходе в соответствии с правилами доказательной медицины.

Основные клинические симптомы заболевания выявлялись при тщательном целенаправленном расспросе, а также путем объективного осмотра. Изучение стоматологического статуса у находившихся под нашим наблюдением лиц проводилось по методике, рекомендованной ЦНИИС и ВОЗ.

Комплексный анализ кристаллограмм фаций ротовой жидкости, предложенный А. Ю. Пестовым (2013) как метод донозологической диагностики нарушений микробиоценоза полости рта, дал возможность с высокой достоверностью судить о состоянии микробиологического благополучия данной системы.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Ориентируясь на результаты экспресс-теста, проведенного у 850 обследуемых лиц, нормофлора установлена у 100 человек (11,8 %), в то время как у 750 пациентов (88,2 %) определены нарушения микрофлоры.

С учетом полученных данных о микробиологическом благополучии экосистемы полости рта нас интересовали показатели стоматологического здоровья при нормофлоре (I группа) и при дисбиотических нарушениях (II группа).

Обращает на себя внимание тот факт, что в первой группе наблюдаемых интактные зубные ряды без патологии зубочелюстной системы выявлены у 62 человек (62,0 %). В остальных случаях встречались либо пломбированные зубы (23; 23,0 %), либо начальные признаки воспалительных заболеваний пародонта (15; 15,0 %).

Что касается пациентов второй группы с нарушениями микробиоценоза полости рта (750), то все они страдали различными стоматологическими заболеваниями (рис.). Так, патология твердых тканей зубов диагностирована у 430 пациентов (57,3 %), при этом кари-

озный процесс зафиксирован в 42,7 % наблюдений (320), некариозные поражения — в 14,7 % (110). Кроме того, у обследуемого контингента людей зарегистрирована патология тканей пародонта — 180 человек (24,0 %), слизистой оболочки полости рта — 140 (18,7 %). Характерно, что в 20,7 % наблюдений (155 человек) встречались сочетанные поражения тканей зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта.

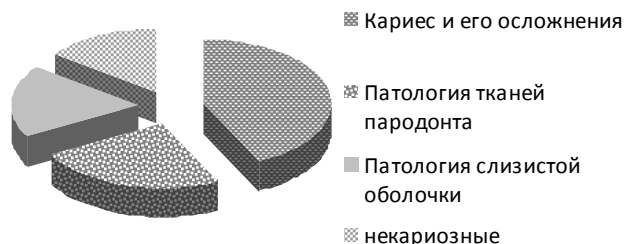


Рис. Стоматологический статус у пациентов с нарушениями микробиоценоза полости рта, %

Анализ полученных данных показал, что ведущее место по распространенности патологии зубов занимает кариес на фоне частичного их отсутствия. Значительная доля встречаемости приходится на заболевания твердых тканей при сохранности зубных рядов (42,6 %).

Обследование тканей пародонта выявило у 180 (24,0 %) обследуемых различные патологические изменения его тканей. При этом заболевания воспалительного происхождения зарегистрировали у 129 (71,7 %) наблюдаемых. Так, клиническая картина хронического пародонтита различной степени тяжести выявлена у 65 пациентов (36,1 %), при этом десневые сосочки были цианотичного цвета, реже гиперемизированные, течение заболевания сопровождалось стадией ремиссии. Пародонтальный карман был определен у 103 (57,2 %) человек, подвижность зубов I—III балла по Миллеру зафиксирована у 42 (23,3 %), гингивальная рецессия у 95 (52,8 %), над- и поддесневые отложения в виде твердого минерализованного налета и зубного камня обнаружены у 120 (66,7 %) обследуемых.

В полости рта в 28,3 % наблюдений (51) встречалась анемичная окраска десны, повышенная плотность, утолщенность, оголение шеек зубов, наличие клиновидных дефектов, веерообразное расхождение зубов. Описанная клиническая картина определена нами как пародонтоз и подтверждена рентгенологическим обследованием.

Обследование тканей пародонта у наблюдаемых пациентов выявило неоднородную клиническую и рентгенологическую картину, при этом признаки поражения структурных компонентов пародонта у одного обследуемого встречались, как правило, в комплексе.

Кроме того, осмотр полости рта обследуемых лиц в 18,7 % (140) наблюдений выявил различную патологию слизистой оболочки полости рта и губ. Установлено, что чаще всего диагностировался хейлит метеорологический (30,7 %; 43), кандидозный глоссит (22,1 %; 31) и кандидозный стоматит (22,8 %; 32), на долю хронического рецидивирующего афтозного стоматита приходилось 5,7 % наблюдений (8).

Таким образом, с учетом полученных данных стоматологического обследования пациентов второй группы, среди зарегистрированной патологии зубо-челюстной системы, наибольший процент встречаемости приходился на кариес зубов, составив 42,7 % (320).

В этой связи, необходимо обратить внимание на эту группу обследуемых (табл. 1). Так, преобладающей категорией в данной выборке были пациенты мужского пола в возрасте 25—44 лет [116; (36,2 ± 0,3) %].

Таблица 1

### Возрастной и половой состав у пациентов, страдающих кариесом при нарушении микробиотоза полости рта

Пол	18—24 года		25—44 года		45—65 лет	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мужчины	15	4,7 ± 0,3	116	36,2 ± 0,3	49	15,3 ± 0,2
Женщины	8	2,5 ± 0,2	90	28,1 ± 0,2	42	13,1 ± 0,1
Всего	23	7,2 ± 0,5	206	64,4 ± 0,5	91	28,4 ± 0,3

Данные табл. 2 показывают, что основными составляющими компонентами индекса КПУ у обследуемых пациентов являлись пломбированные зубы, при этом сумма пораженных кариесом в среднем была равна 5,2 ± 0,4, число удаленных зубов было 2,5 ± 0,1, среднеарифметическая величина количества пломбированных зубов составила (6,7 ± 0,2) единиц. Обращает на себя внимание тот факт, что у мужчин преобладали удаленные зубы, в то время как у женщин акцент был смещен на пломбированные компоненты.

Таблица 2

### Индекс КПУ и его составляющие у лиц обследуемых групп, $M \pm m$

Группа	Составляющие КПУ			КПУ
	К	П	У	
Сравнения	—	1,2 ± 0,7	0,9 ± 0,3	2,1 ± 0,7
Больные	5,2 ± 0,4	6,7 ± 0,2	2,5 ± 0,1	14,4 ± 0,9

В среднем коэффициент КПУ у наблюдаемых пациентов был равен (14,4 ± 0,9) условных единицы.

Что касается группы сравнения, то основным составляющим компонентом индекса КПУ у обследуемых являлись пломбированные зубы (1,2 ± 0,7), при этом число удаленных было равно 0,9 ± 0,3. Важно отметить, что кариозные зубы в этой группе не наблюдались.

В среднем коэффициент КПУ у обследуемых группы сравнения с нормоценозом полости рта был равен (2,1 ± 0,7) условных единиц.

Анализ полученных данных свидетельствует, что частота кариеса зубов с появлением нарушений микробиотоза резко увеличивается. Одновременно с этим на-

блюдается тенденция к увеличению количества пломбированных и удаленных зубов в 5,6 и 2,8 раз соответственно.

Представленные данные свидетельствуют, что в целом при изменениях в микробиотозе полости рта интенсивность поражения зубов кариесом возрастает.

Полученные данные можно связать с неизбежными изменениями в зубочелюстной системе на фоне нарушений нормоценоза полости рта.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при обследовании пациентов с нарушениями в микроэкологии полости рта выявлена различная патология твердых тканей зубов, структурных компонентов пародонта, а также слизистой оболочки полости рта, при этом установлено, что при нарушении микрофлоры все показатели стоматологического статуса в 2—3 раза превышали соответствующие значения группы сравнения.

Кроме того, проведенные исследования позволили говорить о том, что деструктивный процесс в тканях зуба развивается на фоне резко измененного доминантного состава в биотозе. Его утяжеление приводит к увеличению числа условно-патогенных бактерий.

Следовательно, в расшифровке этиологии и патогенеза стоматологических заболеваний, прогнозировании их течения и успеха лечения важную роль играет донозологическая диагностика нарушений микрофлоры полости рта.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилова О. А. Микроэкология полости рта и ее роль в этиопатогенезе стоматологических заболеваний у детей с хроническим гастродуоденитом: принципы комплексного лечения и профилактики: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2010. — 40 с.
2. Давыдова Т. Р., Карасенко Я. Н., Хавкина Е. Ю. // Стоматология. — 2001. — № 2. — С. 23—24.
3. Иванова Л. А. // Институт стоматологии. — 2011. — № 1. — С. 100—101.
4. Крамарь В. С. Пространственная структура и экологическая значимость микрофлоры полости рта / В. С. Крамарь, Т. С. Чижикова, Е. О. Кравцова и др. // Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии: Сб. науч. тр. — Волгоград, 2005. — С. 55—68.
5. Ламонт Р. Дж., Лантц М. С. Микробиология и иммунология для стоматологов / Пер. с англ. В. К. Леонтьев. — М., 2010.
6. Пестов А. Ю. Закономерности взаимоотношений биотоза и физико-химических свойств ротовой жидкости при кариесе: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 2013. — 26 с.

### Контактная информация

**Климова Татьяна Николаевна** — к. м. н., доцент кафедры ортопедической стоматологии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: klimova1977@mail.ru