

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Микрофлоре полости рта принадлежит особая роль в поддержании стабильного состояния здоровья человека. Она служит индикатором, отражающим изменения состояния различных органов и систем и человеческого организма в целом. Качественный и количественный состав микробного пейзажа полости рта достаточно стабилен и варьирует в ограниченных пределах [1, 3]. Факторы, ведущие к нарушению состояния микрофлоры, весьма разнообразны: возрастные изменения, соматическая патология, неблагоприятные экологические условия, применение антибактериальных препаратов, гормонотерапии, химиотерапии и т.д. Имеются сведения о его нарушении при различных патологических состояниях на фоне сниженной иммунологической реактивности при сопутствующих заболеваниях. Заболевания слизистой оболочки рта также приводят к глубоким нарушениям микробиоты полости рта. Дисбактериоз полости рта усугубляет тяжесть и ухудшает прогноз течения основного процесса, а успешное устранение дисбиотических нарушений улучшает результаты лечения первичного заболевания [2, 3, 6, 7]. При лечении заболеваний слизистой оболочки фоновые дисбиотические сдвиги рта учитываются не всегда. В результате в ряде случаев стоматологи сталкиваются с отсутствием эффекта от проводимой терапии, а также частыми рецидивами [3].

Целью нашей работы стало изучение состояния микробиоты у пациентов при различных заболеваниях слизистой оболочки рта

В ходе работы была проведена обработка архивного материала 230 историй болезни пациентов с различными заболеваниями слизистой оболочки полости рта в возрасте от 20 до 70 лет.

Среди пациентов консультативного приема, которые были направлены на микробиологическое исследование слизистой оболочки полости рта, 42,3% были с диагнозом кандидоз полости рта, 29,1% – со стоматитом, 20,4% – с различными формами плоского лишая, 8,2% – с различными формами лейкоплакии.

Всем пациентам было проведено микробиологическое исследование. Мазок брали утром натощак стерильным ватным тампоном со слизистой оболочки щек и неба. В микробиологической лаборатории производились посев материала на стандартные микробиологические среды и выделение чистой культуры микроорганизмов. На основании морфологических, тинкториальных, биохимических признаков и изучения антигенной структуры проводилась идентификация



Бондаренко О.В.

доцент, к.м.н.,
доцент кафедры
терапевтической
стоматологии ГБОУ
ВПО АГМУ, г. Барнаул,
bonda76@mail.ru



Токмакова С.И.

профессор, д.м.н.,
зав. кафедрой
терапевтической
стоматологии ГБОУ ВПО
АГМУ, г. Барнаул

Резюме

Изменение микробиоты является информативным показателем состояния организма в целом и зубочелюстной системы в частности. Факторы, ведущие к нарушению состояния микрофлоры, разнообразны. Имеются сведения о ее нарушении при различных патологических состояниях на фоне сниженной иммунологической реактивности при сопутствующих заболеваниях, в том числе слизистой оболочки рта. Изучено состояние микробиоты у пациентов при различных заболеваниях слизистой оболочки рта. Выявлено, что на фоне роста патогенной и условно-патогенной микрофлоры до этиологически значимых цифр происходит уменьшение распространенности нормальной. Успешное устранение дисбиотических нарушений в комплексной терапии заболеваний слизистой оболочки рта может улучшить результаты лечения первичного заболевания.

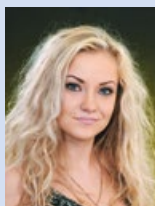
Ключевые слова: микробиоты полости рта, заболевания слизистой оболочки рта.

по бинарной номенклатуре с определением количества выделенного штамма в материале.

По результатам детального микробиологического исследования у пациентов с кандидозом в $64 \pm 2,8\%$ случаев обнаруживали патогенный β -гемолитический стрептококк и в $14 \pm 4,7\%$ золотистый стафилококк в этиологически значимом количестве $>10^4$ КОЕ (рис. 1). Среди нормальной микрофлоры выявлены следующие представители: стафилококк эпидермальный – у $64 \pm 4,1\%$ больных (в 3 раза выше, чем у здоровых лиц), негемолитический (зеленящий) стрептококк – в $36 \pm 2,1\%$ (показатель достоверно в 2 раза меньше, чем у здоровых), дифтероиды – $12,5 \pm 3,7\%$ (в 3 раза ниже, по сравнению со здоровыми), нессерия – $29,5 \pm 2,5\%$ (соответствует уровню здоровых лиц).



Шестун К.Б.
интерн ГБОУ ВПО АГМУ,
г. Барнаул



Киселева К.А.
студентка ГБОУ ВПО
АГМУ, г. Барнаул

THE STATE OF MICROBIOCENOSIS IN PATIENTS WITH VARIOUS DISEASES OF THE ORAL MUCOSA

Bondarenko O.V., Tokmakova S.I., Shestun K.B., Kiseleva K.A.

The summary

Changes of the microbiocenosis is a highly informative indicator of the body in general and dental system in particular. The factors leading to the violation of microflora, varied. There is information about its violation in various pathological conditions against the background of reduced immunobiological reactivity with accompanying diseases, including oral mucosa. We studied the microbiocenosis in patients with various diseases of oral mucosa. It is revealed, that on a background of growth of pathogenic and conditionally pathogenic microflora to the etiological of significant digits is a reduction in the prevalence of normal. Successful elimination of dysbacteriosis in complex therapy of oral mucosa diseases may improve the results of treatment of the primary disease.

Keywords: microbiocenosis of the oral cavity, oral mucosa diseases.

У пациентов со стомалгией в $29,4 \pm 2,7\%$ случаев обнаруживали патогенный β -гемолитический стрептококк и в $15,7 \pm 4,6\%$ золотистый стафилококк в этиологически значимом количестве (рис. 2). Эпидермальный стафилококк, как представитель нормальной флоры, высевали у $55,2 \pm 3,2\%$, негемолитический стрептококк – в $25,5 \pm 6,1\%$. Условно-патогенные нейссерия дифтероида обнаруживали в $13,4 \pm 3,8\%$ и $13,7 \pm 2,9\%$ соответственно, что было ниже контрольных значений в 2,5 раза. Кроме того, у $35,4 \pm 1,6\%$ пациентов с диагнозом стомалгии в качестве сопутствующего заболевания был обнаружен кандидоз.

При лейкоплакии почти у всех пациентов как с плоской формой, так и с эрозивно-язвенной формами обнаруживали патогенный β -гемолитический стрептококк, что практически в 3 раза больше контрольных значений (рис. 3). Золотистый стафилококк, который отсутствует на слизистой оболочке рта здоровых, высевали при плоской форме лейкоплакии в $56,7 \pm 4,6\%$ случаев и у $38,3 \pm 5,7\%$ при эрозивно-язвенной форме. Нормальная микрофлора также претерпевала изменения: у $83,3 \pm 5,2\%$ пациентов с плоской формой и половины больных с эрозивно-язвенной формой определяли эпидермальный стафилококк. Зеленеющий стрептококк выявляли почти в 3 раза чаще при плоской лейкоплакии ($66,7 \pm 4,8\%$), чем при эрозивно-язвенной. Условно-патогенные нейссерии у пациентов с плоской формой высевали в $35,3 \pm 3,4\%$ случаев, в то время как при эрозивно-язвенной в 1,6 раза больше, чем у здоровых лиц. Дифтероида обнаруживали лишь при плоской форме лейкоплакии у $18,7 \pm 5,4\%$ обследуемых. Следует отметить, что у $26,3 \pm 2,8\%$ пациентов с плоской лейкоплакией и у $23,4 \pm 3,8\%$ с эрозивно-язвенной формой были обнаружены грибы рода Кандида в этиологически значимой концентрации.

При плоском лишае наиболее значимые изменения выявлены среди представителей патогенной и условно-патогенной флоры (рис. 4). При всех формах данного заболевания патогенные микроорганизмы высевались в большем проценте случаев, чем у здоровых. Так, β -гемолитический стрептококк обнаруживали почти у всех пациентов с гиперкератотической формой и почти у половины больных с типичной, эрозивно-язвенной и экссудативно-гиперемической формой. Распространенность золотистого стафилококка, который в норме не встречается, составляла при типичной форме плоского лишая $22,4 \pm 4,7\%$, при гиперкератотической – $54,5 \pm 3,4\%$, при экссудативно-гиперемической – $14,3 \pm 1,7\%$, при эрозивно-язвенной – $25,4 \pm 5,7\%$.

Условно-патогенные нейссерии обнаруживали у $76,2 \pm 4,2\%$ пациентов с типичной формой, у $58,4 \pm 5,6\%$ при гиперкератотической форме и у $17,5 \pm 3,7\%$ при эрозивно-язвенной формой. Дифтероида высевали

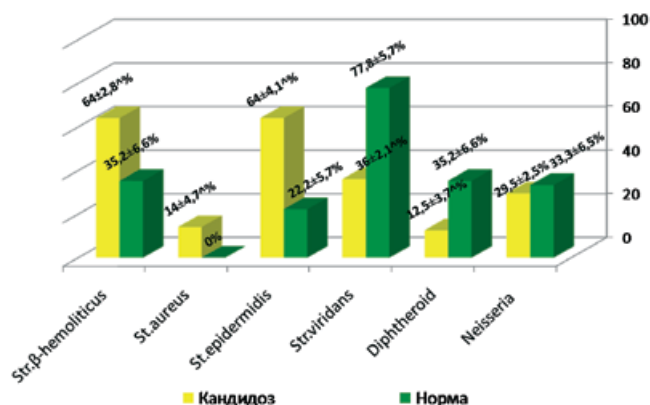


Рис. 1. Распространенность микрофлоры слизистой оболочки рта при кандидозе, в % (M±m), ^ – различие значимо ($p < 0,05$) по сравнению со здоровыми

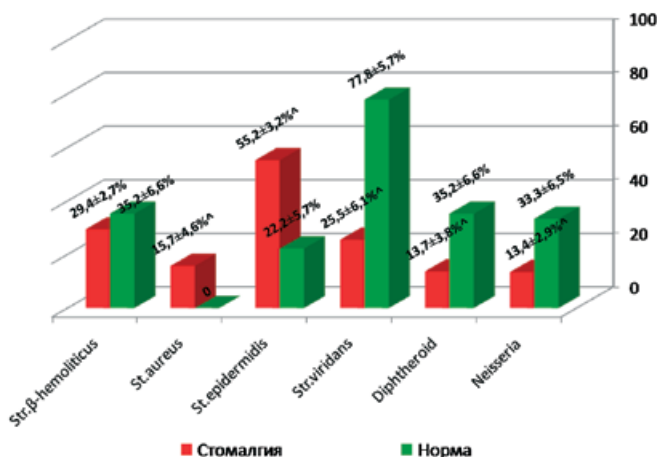


Рис. 2. Распространенность микрофлоры слизистой оболочки рта при стоматитии, в % (M+m), ^ – различие значимо (p<0,05) по сравнению со здоровыми

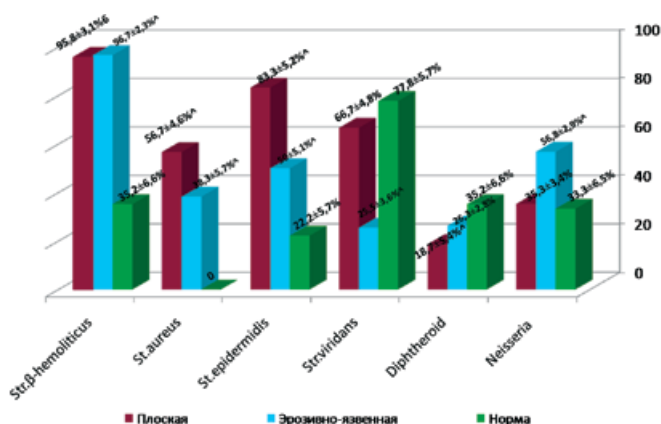


Рис. 3. Распространенность микрофлоры слизистой оболочки рта при различных формах лейкоплакии, в % (M+m), ^ – различие значимо (p<0,05) по сравнению со здоровыми

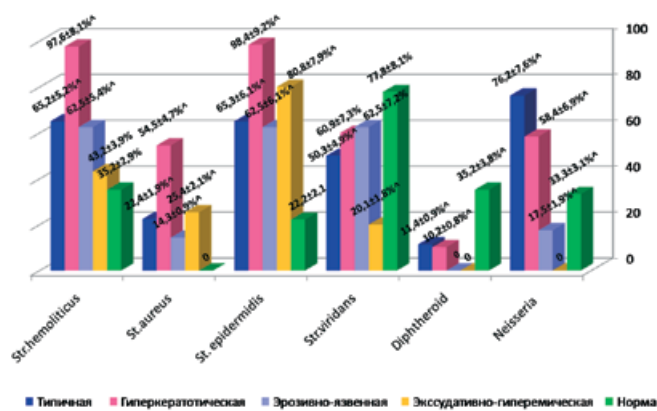


Рис. 4. Распространенность микрофлоры слизистой оболочки рта при различных формах плоского лишая, в % (M+m), ^ – различие значимо (p<0,05) по сравнению со здоровыми

в небольшом проценте случаев у пациентов с типичной и гиперкератотической формами плоского лишая, что было меньше, чем у здоровых лиц. Сопутствующий кандидоз при плоском лишае был выявлен почти у 40% пациентов.

Таким образом, у пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта происходит нарушение микробиоценоза [1, 2]. На фоне роста патогенной и условно-патогенной микрофлоры до этиологически значимых цифр происходит уменьшение распространенности нормальной. Процесс начинается с незначительных нарушений микрофлоры, затем изменяется иммунный статус, отражаясь на течении основного заболевания, что влечет более серьезные нарушения в микробиоценозе. Дисбаланс микрофлоры и проявления болезни следует рассматривать в единстве, где роль пускового механизма может принадлежать в каждом конкретном случае любому из этих компонентов.

Влияние нарушения нормального микробиоценоза на клиническое течение заболеваний слизистой оболочки рта диктует необходимость разработки и внедрения в стоматологическую практику средств и методов, нормализующих биоценоз при хронических заболеваниях слизистой оболочки рта. Успешное устранение дисбиотических нарушений в комплексной терапии заболеваний слизистой оболочки рта может улучшить результаты лечения первичного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жолудев С.Е. Дисбиотические изменения в полости рта у лиц, пользующихся зубными протезами / Жолудев С.Е., Маренкова М.Л., Новикова В.П. // Панорама ортопедической стоматологии. – 2007. – №3. – С. 22-26.
2. Микробиологическая оценка эффективности применения гигиенических средств после ортопедического лечения / Тарико О.С., Жолудев С.Е., Науменко З.С., Годовых Н.В. // Уральский медицинский журнал. – 2010. – №8. – С. 29-32.
3. Петрушанко Т.А. Скрининговая оценка колонизационной резистентности слизистой оболочки полости рта ВИЧ-инфицированных людей / Т.А.Петрушанко, Н.В.Иленко // Молодой ученый. – 2013. – №11. – С. 222-225.
4. Терапевтическая стоматология / [А.В.Алимский, С.М.Будылина, Ю.И.Воробьев и др.]; Под ред. проф. Л.А.Дмитриевой. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 896 с.
5. Токмакова С.И., Бондаренко О.В., Куклина Н.В., Прокопьев В.В., Шестун К.Б., Киселева К.А. Чувствительность к антимикотическим препаратам у пациентов с кандидозом полости рта // Проблемы стоматологии. – 2014. – №1. – С. 36-39.
6. Токмакова С.И., Бутакова Л.Ю., Ефремушкин Г.Г., Бондаренко О.В., Сысоева О.В. Микрофлора слизистой оболочки полости рта у пожилых лиц при общесоматической патологии. // Стоматология. – 2001. – №4. – С. 24-27.
7. Ушаков Р.В., Царев В.Н. Микрофлора полости рта и ее роль в развитии стоматологических заболеваний // Стоматология для всех. – 1998. – №3(4). – С. 22-25.