

Ополаскиватель «Асепта» позволяет обеспечить необходимую гигиену полости рта, одновременно снижая болевые ощущения в деснах, что является его преимуществом. Это важно при повышенной болезненности десен во время воспаления, которое не позволяет в полной мере использовать зубную пасту и щетку для поддержания требуемой гигиены. Кроме того, у больных РА в условиях стационара нарушения функции мелких суставов кистей рук и лучезапястных суставов (вследствие воспалительных изменений) вызывают двигательные затруднения по уходу за полостью рта и чистки зубов.

Результаты дальнейших исследований могут дать объяснения восстановления гомеостаза полости рта, а также определить практические рекомендации пациентам в выборе ополаскивателей.

Проведенное исследование позволяет сделать следующее выводы:

1. Использование ополаскивателя «Асепта» способствует некоторому усилению выделения слюны.
2. Применение ополаскивателя «Асепта» приводит к повышению минерализующего потенциала РЖ: разность в первой группе составила $2,1 \pm 0,66$, разность во второй группе — $1,1 \pm 0,37$.

3. Использование ополаскивателя «Асепта» в условиях стационара является удобным средством профилактики у больных РА, поскольку нарушения функции мелких суставов кистей рук и лучезапястных суставов вызывают двигательные затруднения по уходу за полостью рта и чистки зубов.

4. В конце гигиенической процедуры после использования ополаскивателя «Асепта» в 100% случаев отмечается приятное ощущение свежести в полости рта.

Литература

1. Барер Г. М., Денисов А. Б., Стурова Т. М. Варнабельность кристаллических агрегатов ротовой жидкости в норме. Рос. стоматологический журнал. 2003; 1: 33-35.
2. Колотова Н. Н. Состояние полости рта у больных ревматоидным артритом. Актуальные вопросы современной науки и здравоохранения. Екатеринбург: 2008.
3. Мюллер Х. П. Пародонтология. Львов: Галдент; 2004.
4. Орехова Л. Ю., Улитовский С. Б., Леонтьев А. А. Роль противовоспалительного ополаскивателя в лечении заболеваний пародонта. Пародонтология. 2007; 4: 1-4.
5. Ронь Г. И., Еловикова Т. М., Сувырина М. Б. Современные технологии в предоперационной подготовке и послеоперационном ведении больных с воспалительными заболеваниями пародонта. Стоматологический журнал. Екатеринбург. 2001; 3: 27-29.
6. Шахокина С. Н., Разумова С. Н., Шабалин В. Н. Морфологическая картина ротовой жидкости-диагностические возможности. Стоматология. 2006; 4: 13-17.
7. Williams R. S. 2005. Воспалительные процессы в полости рта. Стоматология сегодня. 2005; 6: 119.

Индексная оценка состояния тканей пародонта у пациентов с хроническим катаральным гингивитом и хроническим генерализованным пародонтитом, ассоциированными с грибами рода *Candida*, на фоне различной общесоматической патологии

А. С. Комлева, О. А. Чепуркова, М. Г. Чеснокова, В. Б. Недосеко
Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ВПО ОмГМА Росздрава, г. Омск

В настоящее время в связи с ухудшением экологической ситуации в промышленных центрах заметное место стали занимать оппорту-

нистические инфекции, вызываемые грибами рода *Candida* [11].

Дрожжеподобные грибы рода *Candida* являются представителями нормальной микрофлоры (иногда постоянной, резидентной, чаще временной) и могут обнаруживаются в незначительных количествах на слизистой полости рта и зева у 14-50% здоровых людей [1, 4, 6, 7]. Грибы рода *Candida* могут быть как строгими аэробами, так и строгими анаэробами [3]. Такая высокая приспособляемость к неблагоприятным условиям среды и наличие собственных механизмов агрессии и защиты быстро и

А. С. Комлева — аспирант кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ВПО ОмГМА Росздрава;

О. А. Чепуркова — к. м. н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ВПО ОмГМА Росздрава;

М. Г. Чеснокова — д. м. н., профессор кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии ГОУ ВПО ОмГМА Росздрава;

В. Б. Недосеко — д. м. н., профессор кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ВПО ОмГМА Росздрава.

активно проявляются при снижении местных или общих факторов защиты макроорганизма. Однако в одиночку грибы рода *Candida* не могут быть достаточной причиной болезни, поэтому речь идет о микробных ассоциациях с другими видами условно-патогенных микроорганизмов [9, 10]. Такие микробные ассоциации меняют симптомологию, затрудняют диагностику и лечение заболевания. Установлено, что у пациентов с хроническим тонзиллитом и у больных с бронхиальной астмой, у которых высевались грибы рода *Candida*, субъективные жалобы были более продолжительными, а обострения наблюдались чаще [6]. Доказана способность грибов благоприятствовать затяжному течению ряда других заболеваний — неспецифический язвенный колит, гастроуденальные язвы, дизентерия и др. [6]. Также известно, что грибы рода *Candida* могут участвовать в патогенезе воспалительных и воспалительно-деструктивных заболеваниях пародонта. Частота кандиды — ассоциированного пародонтита, по мнению некоторых авторов, составляет 10,9–25% случаев [8, 10].

Следует отметить, что воспалительный процесс в тканях пародонта вне зависимости от состава микрофлоры чаще и тяжелее протекает на фоне сопутствующих заболеваний. С другой стороны хронический очаг инфекции, обусловленный повышенной микробной обсемененностью тканей пародонта, вызывает вторичный « иммунодефицит », усугубляющий тяжесть и ухудшающий прогноз течения соматических заболеваний. Снижение защитных сил организма приводит к увеличению микробной адгезии и колонизации тканей СОР и пародонта дрожжеподобными грибами рода *Candida* spp.

Цель исследования: установить индексную оценку состояния тканей пародонта у пациентов с хроническим катаральным гингивитом и хроническим генерализованным пародонтитом, ассоциированными с кандидозной инфекцией, на фоне различной общесоматической патологии.

Материалы и методы исследования

Нами проведено обследование 524 больных с клинически интактным пародонтом (22 пациента), хроническим генерализованным катаральным гингивитом (ХКГ) (214 пациента) и хроническим генерализованным пародонтитом различной степени тяжести (ХГП) (288 пациентов) в возрасте от 18 до 71 года. При обследовании больных использовали классификацию болезни пародонта, утвержденную на XVI пленуме Всесоюзного научного общества стоматологов (Ереван, 1983). Диагноз клинически интактный пародонт ставился пациентам, у которых глубина зондирования десневой борозды не превышала 2,5 мм, отсутствовали над- и под-

десневой камень и кровоточивость десен; на ортопантограмме не наблюдалось деструкции костной ткани, очагов остеопороза, разволокнения кортикальной пластинки и прерывистости замыкательной пластинки. Обследование проводилось на базе МУЗ «Городская клиническая стоматологическая поликлиника №1» г. Омска (2004–2007 гг.). По результатам микробиологического исследования у 112 (27,7%) пациентов [72 (25%) с ХГП различной степени тяжести, 46 (21,5%) с ХКГ и 3 (13,6%) с клинически интактным пародонтом] в биотопе пародонтальных карманов была выявлена различная степень обсемененности дрожжеподобными грибами рода *Candida* spp. Таким образом, у каждого четвертого пациента с ХГП, и у каждого пятого пациента с ХКГ, проживающего в г. Омске, в микрофлоре пародонтального кармана или десневой борозды были идентифицированы дрожжеподобные грибы рода *Candida* spp. При этом у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом штамм *C. albicans* определен у 51 человека, что составляет 71% случаев; у 21 пациента выделены штаммы, принадлежащие к группе *C. non-albicans* (29%). Стоит отметить, что наиболее часто штаммы грибов рода *Candida* spp. при хроническом генерализованном пародонтите выявляются при средней степени тяжести поражения. У пациентов с хроническим генерализованным катаральным гингивитом штамм *C. albicans* определен у 41 человек, что составляет 89,1% случаев; у 5 обследованных выделены штаммы, принадлежащие к группе *C. non-albicans* (10,9%). У пациентов с клинически интактным пародонтом в зубодесневой борозде были выявлены грибы рода *Candida albicans* в 2 случаях (66,7%); штамм *C. albicans* определен у 1 человека (33,3%).

Так как из 524 обследованных пациентов с клинически интактным пародонтом оказалось всего 22, следовательно, показатели этой группы пациентов статистически не значимы, и поэтому в дальнейшем не рассматриваются.

Из групп пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом и пациентов с хроническим генерализованным катаральным гингивитом выборочно было сформировано 4 группы:

1-я группа — пациенты с ХГП с наличием дрожжеподобных грибов рода *Candida* spp. в биотопе пародонтального кармана (ХГП *Candida* +) n=46 — основная группа.

2-я группа — пациенты с ХКГ с наличием дрожжеподобных грибов рода *Candida* spp. в биотопе зубодесневого соединения (ХКГ *Candida* +) n=46 — основная группа.

3-я группа — пациенты с ХГП, у которых в биотопе пародонтального кармана дрожжеподобные грибы рода *Candida* не обнаружены (ХГП *Candida* -) n=46 — группа сравнения.

Таблица Частота соматических заболеваний у пациентов с хроническим генерализованным катаральным гингивитом и хроническим генерализованным пародонтитом

Заболевания	Количество больных с хроническим генерализованным катаральным гингивитом, %		P	Количество больных с хроническим генерализованным пародонтитом, %		P
	XКГ Candida +	XКГ Candida-		XГП Candida +	XГП Candida-	
Сахарный диабет	0	0	-	15,2	10,9	p>0,05
Хронический тонзиллит	60,9	13,0	p<0,05	65,2	17,3	p<0,05
Заболевания желудочно-кишечного тракта	54,3	13,0	p<0,05	73,9	19,6	p<0,005
Аллергические реакции различного генеза	10,9	8,6	p>0,05	13,0	15,2	p>0,05
Эндокринная патология	0	0	-	10,9	8,6	p>0,05
Сердечно-сосудистые заболевания	0	0	-	13,0	10,9	p>0,05

4-я группа — пациенты с ХКГ, у которых в биотопе зубодесневого соединения дрожжеподобные грибы рода *Candida* не обнаружены (XКГ *Candida* -) n=46 — группа сравнения.

Проверка нормальности распределения проводилась в программе «Статистика-6» — по критерию Шапиро-Уилка, для оценки статистической значимости различий между выборочными долями использовали метод углового преобразования Фишера [2].

Клиническое обследование включало: опрос, осмотр пациента, инструментальное исследование с определением пародонтальных индексов с регистрацией данных в специально разработанной «Карте обследования».

При опросе учитывали жалобы пациентов: на кровоточивость десен (в том числе — давность её появления), наличие неприятного запаха изо рта, сухости, жжения в полости рта, зуда в деснах. Выясняли наличие заболеваний пародонта у ближайших родственников. В целях характеристики состояния общего здоровья пациентов учитывали: подверженность простудным заболеваниям; наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта (дисбактериоз, колит), заболевания верхних дыхательных путей, сердечно-сосудистой, нервной и эндокринной систем, наследственные и семейные заболевания.

Оценка основных показателей пародонтологического статуса включала: количественную оценку уровня гигиены полости рта с использованием индекса Silness — Loe (*Silness I., Loe H., 1962*); Green-Vermilion налета и камня (*Green J. C., Vermilion J. R., 1960*). Наличие, степень и глубину воспалительного процесса в десне оценивали по индексу РМА (*Shour I., Massler M., 1947*); индексу кровоточивости десен *Muhlemann (Muhlemann, 1971)*; и йодному числу *Свракова*. Наличие и степень деструкции тканей пародонта оценивали при помощи пародонтального индекса по *Russel (1956)*.

Измерение глубины десневой борозды у лиц с клинически интактным пародонтом и у пациентов с хроническим генерализованным

гингивитом, а также глубины пародонтальных карманов у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом проводилось в 4-х точках с помощью пуговчатого зонда. При пальпации десны отмечали наличие серозного или гнойного экссудата. Структура костной ткани оценивалась рентгенологическими методами с использованием цифровой ортопантомографии.

Отмечалось наличие признаков кандидоза полости рта: шелушение красной каймы губ, отпечатки зубов на языке, пенная слюна, фиксированный налет на языке, гиперемия слизистой оболочки неба, щек и языка.

Для микробиологического анализа биотопа осуществляли забор содержимого зубодесневого соединения и пародонтальных карманов с последующим помещением в пробирку с жидкой транспортной тиогликолевой средой, обеспечивающей максимальный высеив большинства факультативно-анаэробных микроорганизмов. Не позднее, чем через два часа после забора материал доставлялся в баклабораторию при кафедре микробиологии ГОУ ВПО ОмГМА Росздрава для посева на среду *CandiSelect 4* фирмы «*BIO-RAD*». Культивирование проводили при температуре 37°C в течение 24-48 часов. После термостатирования осуществляли количественный подсчет колоний каждого вида. По числу полученных изолированных колоний, определяли количественную обсемененность биосубстрата пародонтального кармана, которую выражали через десятичный логарифм величины выросших колоний (КОЕ/мл). Идентификация всех выделенных штаммов осуществлялась на основании изучения их биохимических, культуральных и антигенных свойств, в соответствии с определителем Берджи [5].

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ жалоб пациентов четырех групп показал, что у больных с ХГП различной степени тяжести и у пациентов с ХКГ групп (ХГП *Candida* +) и (ХКГ *Candida* +) сухость, зуд и

Рисунок Частота хронического тонзиллита и заболеваний ЖКТ у пациентов с ХКГ и ХГП, ассоциированными с кандидозной инфекцией



жжение отмечались чаще, чем у пациентов без грибов рода *Candida* в тканях пародонта (соответственно 1,8; 5,2; 3,8 и 1,6; 4,8; 3,5 раза). У больных группы (ХГП *Candida* +) гноетечение и наличие абсцессов отмечалось в 2 раза чаще у пациентов группы сравнения (ХГП *Candida* -).

Проанализировав характер сопутствующих заболеваний у обследованных пациентов четырех групп (таблица), оказалось, что наибольшее количество заболеваний внутренних органов выявлено у пациентов основных групп (ХГП *Candida* +) и (ХКГ *Candida* +). При этом статистически значимо преобладание по сравнению с группами (ХГП *Candida* -) и (ХКГ *Candida* -) частоты таких соматических заболеваний как хронический тонзиллит (65,2%; $p < 0,05$ и 60,9%; $p < 0,05$ соответственно) и заболевания желудочно-кишечного тракта (73,9%; $p < 0,005$ и 54,3%; $p < 0,05$ соответственно).

Следует отметить, что у пациентов группы (ХГП *Candida* +) выявлено большее количество заболеваний внутренних органов, чем у больных группы (ХКГ *Candida* +). Это связано, на наш взгляд, с различной степенью обсемененности тканей пародонта грибами рода *Candida* spp. Так, у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП *Candida* +) средняя степень обсемененности грибами значительно выше ($5,7 \pm 0,4$ КОЕ/мл), чем у пациентов с хроническим гингивитом (ХКГ *Candida* +) ($3,4 \pm 0,4$ КОЕ/мл), а значит, в большей степени проявляется вторичный «иммунодефицит», усугубляющий течение соматических заболеваний.

Из диаграммы (рисунок) следует, что у пациентов группы (ХГП *Candida* +) наиболее часто выявлялись заболевания ЖКТ. Возможно, это связано с тем, что желудочно-кишечный тракт является открытой «трубкой», а зна-

чит, дисбактериоз кишечника, вероятно, отражается и в полости рта, в том числе на состоянии тканей пародонта. В свою очередь, повышенная обсемененность пародонтальных карманов грибами рода *Candida*, вызывает сенсбилизацию организма, усиливает дисбактериоз органов ЖКТ, нарушая тем самым их нормальное функционирование или усугубляя уже имеющиеся нарушения.

У пациентов группы (ХКГ *Candida* +) по частоте выявления сопутствующей патологии внутренних органов на первое место выходит хронический тонзиллит. Небные миндалины принимают активное участие в иммунном ответе, а значит, нарушение их функции может отразиться на микробиоценозе ротоглотки, ротовой полости, и в частности десневой борозды. Важно, что грибы рода *Candida*, несмотря на невысокую обсемененность десневой борозды, вызывая вторичный «иммунодефицит», способны оказывать влияние на нормальное функционирование миндалин, усугублять течение хронического тонзиллита.

Обследование пациентов с ХГП основной группы (ХГП *Candida* +) показало, что индекс гигиены Silness-Loe у них составил $2,62 \pm 0,5$ балла и был в 1,1 раза выше, чем у пациентов с ХГП группы сравнения (ХГП *Candida* -) (Ind. S-L = $2,38 \pm 0,7$ балла). Значение индекса Silness-Loe у пациентов с хроническим генерализованным катаральным гингивитом основной группы (ХКГ *Candida* +) составило $1,16 \pm 0,5$ балла, что в 1,2 раза выше, чем у пациентов с хроническим генерализованным катаральным гингивитом группы сравнения (ХКГ *Candida* -) (Ind. S-L = $0,97 \pm 0,5$ балла). Индекс Green-Vermilion налета у пациентов с ХГП основной группы составил $1,8 \pm 0,3$ балла, что сопоставимо с индексом в группе сравнения (ХГП *Candida* -) $1,9 \pm 0,3$ балла. У пациентов с хроническим генерализованным катаральным гингивитом основной группы (ХКГ *Candida* +) значение индекса Green-Vermilion налета составило $0,42 \pm 0,3$ балла, что также соответствует значению индекса в группе сравнения (ХКГ *Candida* -) $0,41 \pm 0,3$ балла. Индекс Green-Vermilion камня у пациентов группы (ХГП *Candida* +) составил $1,7 \pm 0,3$ балла, что можно сопоставить с индексом в группе сравнения (ХГП *Candida* -) $1,95 \pm 0,4$ балла. Значение индекса Green-Vermilion камня у пациентов с ХКГ обеих групп равно $0,15 \pm 0,2$ балла.

Основные различия мы наблюдали по индексу РМА — у пациентов с ХГП основной группы (ХГП *Candida* +) он равнялся $66,8 \pm 1,3\%$, что в 1,5 раза выше, чем у пациентов группы сравнения (ХГП *Candida* -) ($РМА = 53,4 \pm 1,3\%$). У пациентов с хроническим генерализованным катаральным гингивитом значение индекса РМА для основной группы (ХКГ *Candida* +) ($РМА =$

13,89±1,1%) превышало значение такового для группы сравнения (ХКГ Candida -) (РМА=10,42±0,7%) в 1,3 раза. Индекс кровоточивости у больных ХГП, ассоциированным с дрожжеподобными грибами рода Candida, был 2,7±0,4 балла, что в 1,1 раза выше, чем в группе пациентов с ХГП, в тканях пародонта которых грибы рода Candida не обнаружены (индекс кровоточивости=2,3±0,4 балла). У пациентов с хроническим катаральным гингивитом группы (ХКГ Candida +) индекс кровоточивости составил 0,86±0,3 балла, что в 1,4 раза превысило значение такового в группе (ХКГ Candida -) (индекс кровоточивости=0,61±0,3 балла). Пародонтальный индекс у пациентов с ХГП основной группы (ХГП Candida +), был равен 4,24±0,75 балла, что в 1,1 раза ниже, чем у пациентов группы сравнения (ХГП Candida -) (пародонтальный индекс=4,7±0,87 балла). Пародонтальные карманы определялись в среднем глубиной 5,56±0,9 мм у больных ХГП, ассоциированным с дрожжеподобными грибами рода Candida, что в 1,04 раза меньше, чем у больных ХГП без инфицирования грибами рода Candida тканей пародонта (5,8±1,0 мм). У пациентов с ХКГ глубина зондирования не превышала 2,5±0,2 мм, принципиальных различий по этому признаку в группах (ХКГ Candida +) (ХКГ Candida -) не обнаружено. Значение пародонтального индекса у пациентов с хроническим генерализованным катаральным гингивитом основной группы составило 1,3±0,5 балла, что превысило значение пародонтального индекса в группе сравнения (пародонтальный индекс=0,87±0,3 балла) в 1,5 раза. Таким образом, наблюдается различие в соотношении значений пародонтального индекса для основной и контрольной групп у больных с хроническим генерализованным пародонтитом (PI (ХГП Candida +) < PI (ХГП Candida -)) и пациентов с хроническим катаральным гингивитом (PI (Candida +) > PI (Candida -)). Это можно объяснить тем, что при оценке состояния тканей пародонта по Russel у пациентов с ХКГ учитывалось только наличие кровоточивости десен при зондировании ввиду отсутствия у них пародонтальных карманов и подвижности зубов, а индекс кровоточивости в группе (ХКГ Candida +) больше такового в группе (ХКГ Candida -). Тогда как у пациентов с ХГП различной степени тяжести оценка состояния тканей пародонта по Russel происходила с учетом всех критериев.

Рентгенологическая картина обследованных больных с ХГП в обеих группах соответствовала степени тяжести заболевания, каких-либо особенностей обнаружено не было. На ортопантограммах пациентов с хроническим генерализованным гингивитом основной и контрольной групп отклонений от нормы не найдено.

При оценке наличия признаков кандидоза полости рта у больных ХГП и у пациентов с ХКГ выявлена следующая зависимость: у пациентов основных групп (ХГП Candida +) и (ХКГ Candida +) хотя бы 1 признак наблюдался у 100% пациентов, тогда как в группах сравнения (ХГП Candida -) и (ХКГ Candida -) хотя бы один признак регистрировался только у 33% и 35% пациентов соответственно.

На основании полученных клинических данных установлено, что наличие кандидозной инфекции в тканях пародонта проявляется выраженным воспалением тканей десны, повышенной кровоточивостью. Это утверждение справедливо как для пациентов с хроническим генерализованным катаральным гингивитом, так и для больных с хроническим генерализованным пародонтитом.

Говоря о пациентах с ХГП, ассоциированным с дрожжеподобными грибами рода Candida, следует отметить отсутствие выраженного гноетечения и явлений абсцедирования.

Выводы

1. Установлено, что у лиц с интактным пародонтом в 13,6% случаев в биотопе десневой борозды определяются дрожжеподобные грибы рода Candida spp. С появлением хронического воспалительного процесса в тканях пародонта и по мере его прогрессирования частота встречаемости грибковой флоры возрастает и составляет от 21,5% случаев при гингивите до 35,1% случаев при пародонтите.

2. У пациентов с воспалительными и воспалительно-деструктивными заболеваниями пародонта, ассоциированными с дрожжеподобными грибами рода Candida, выявлено наибольшее количество заболеваний внутренних органов: хронический тонзиллит и заболевания желудочно-кишечного тракта. При этом максимальное количество заболеваний внутренних органов установлено у пациентов с хроническим пародонтитом, ассоциированным с кандидозной инфекцией.

3. Установлено, что у пациентов с ХКГ и ХГП, ассоциированными с кандидозной инфекцией, значения индексов Silness — Loe, Muhlemann и РМА выше, чем у пациентов с воспалительными и воспалительно-дистрофическими заболеваниями пародонта, у которых в биотопе десневой борозды или пародонтального кармана грибы рода Candida spp. не выявлены.

Таким образом, выявление при воспалительных заболеваниях пародонта клинических характеристик, сопутствующих заболеваний внутренних органов, указывающих на наличие грибковой флоры, вероятно, может являться одним из инструментов прогноза течения воспалительно-деструктивных заболеваний и подразумевать определенную тактику лечения.

Литература

1. Болезни пародонта. А. С. Григорьян [и др]. М.: МИА, 2004; 320 с.
2. Закс Л. Стат. оценивание. Л. Закс. М.: Стат. 1976; 537 с.
3. Зеленова Е. Г., Заславская М. И. Микрофлора полости рта: норма и патология. Уч.-е. пос. Зеленова Е. Г., Заславская М. И., Салина Е. В., Рассанов С. П. Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2004; 156 с.
4. Канкян А. П. Болезни пародонта: новые подходы в этиологии, патогенезе, диагностике, проф. и лечении. А. П. Канкян, В. К. Леонтьев. Ер.: Тигран Мед. 1998; 360 с.
5. Определитель бактерий Берджи: пер. с англ. под ред. Дж. Хоулт, Н. Криг, П. Снит, Дж. Стенл. М.: Мир. 1997; 123 с.
6. Реброва Р. Н. Грибы рода *Candida* при заболеваниях негрибковой этиологии. Р. Н. Реброва. М.: Мед., 1989; 128 с.
7. Сергеев А. Ю. Кандидоз. А. Ю. Сергеев, Ю. В. Сергеев. М.: Триада-Х, 2001; 472 с.
8. Царев В. Н. Антимикробная терапия в стоматологии. В. Н. Царев, Р. В. Ушаков: руководство. 2-е изд. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006; 144 с.: табл.
9. Jarvensivu A. *Candida* yeasts in chronic periodontitis tissues and subgingival microbial biofilms in vivo. A. Jarvensivu, J. Hietanen, R. Rautema, T. Sorsa, M. Richardson. Oral Dis. 2004; 10: 2: 106-12.
10. Kutsyk R. V. Investigation of quantitative and species composition and antifungal drug susceptibility of yeasts isolated from patients with generalized periodontitis complicated by candidosis. R. V. Kutsyk, T. D. Pavluk. Microbiol.Z. 2003; 65: 5: 26-29.
11. Miller J. Zbl. Hyp. Umweltmed. 1993; 194: 162-167.

Особенности микробиоценоза десневой борозды и пародонтального кармана у пациентов с воспалительными и воспалительно-деструктивными заболеваниями пародонта, ассоциированными с грибами рода *Candida*

А. С. Комлева, О. А. Чепуркова, М. Г. Чеснокова, В. Б. Недосеко
Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ВПО ОмГМА Росздрава, г. Омск

В настоящее время доказана роль микрофлоры полости рта в патогенезе различных заболеваний пародонта. При этом воспаление пародонта связывают не со специфическими видами микроорганизмов, а с различными их поликомпонентными сочетаниями [1, 3, 4, 7]. Наиболее вероятными возбудителями являются постоянные представители микрофлоры ротовой полости, однако могут обнаруживаться микроорганизмы (энтеробактерии, псевдомонады, стафилококки, грибы), вызывающие суперинфекцию, которые не имеют постоянного представительства в полости рта.

Дрожжеподобные грибы рода *Candida*, являясь представителями нормальной микрофлоры (иногда постоянной, резидентной, чаще временной), обнаруживаются в незначительных количествах на слизистой полости рта и зева у 14-50% здоровых людей [11, 12]. Грибы рода *Candida* могут вести себя практически как сапрофиты, однако при некоторых факторах экзогенного или эндогенного характера, проявляют свои патогенные свойства [2, 10, 14], становя-

ся участниками микробных ассоциаций при многих инфекционных заболеваниях человека, в том числе при воспалительных и воспалительно-деструктивных заболеваниях пародонта [16, 17].

В зависимости от состояния тканей пародонта, состав микроорганизмов десневой борозды или пародонтального кармана меняется качественно и количественно. В интактной десневой борозде общее число микроорганизмов невелико и в основном преобладают факультативно-анаэробные грамположительные бактерии, грибковая флора отсутствует, либо может выявляться в незначительных количествах до 10^2 КОЕ/мл [2]. При гингивите число бактерий увеличивается в 10-20 раз, в основном за счет факультативно-анаэробных грамположительных микробов. По мере прогрессирования воспаления возрастает доля облигатно-анаэробных грамотрицательных микроорганизмов, кроме того, учащаются случаи кандидозной инфекции. Так, при развившемся пародонтите, грамотрицательная анаэробная флора является доминирующей [5]. Частота же кандиды — ассоциированного пародонтита, по мнению некоторых авторов, составляет 10,9 — 25% случаев [13, 17]. При этом мы говорим о микстмикробнозе, подразумеваемом дефицит облигатной нормофлоры и синергизм с рядом условно-патогенных штаммов микроорганизмов [8, 15].

Цель исследования: выявить межбактериальные ассоциации у пациентов с воспалитель-

А. С. Комлева — аспирант кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ВПО ОмГМА Росздрава;

О. А. Чепуркова — к. м. н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ВПО ОмГМА Росздрава;

М. Г. Чеснокова — д. м. н., проф. каф. микробиологии, вирусол. и иммунол. ГОУ ВПО ОмГМА Росздрава;

В. Б. Недосеко — д. м. н., профессор кафедры терапевтической стоматологии ГОУ ВПО ОмГМА Росздрава.