



УДК: 616.31-576:618.2

РАЗВИТИЕ ДИСБИОЗА ПОЛОСТИ РТА У БЕРЕМЕННЫХ

Н.А. Юлдашева, К.Р. Таджиева, М.Р. Сафоев, З.Н. Хабибова, М.А. Рахимова

Ташкентский государственный стоматологический институт

ABSTRACT

Disclosed the relationship between body condition nonpregnant and pregnant women and microbiocenosis mouth. Found that the development and progression of oral dysbiosis is in direct proportion to the severity of periodontal: pregnant women with healthy periodontium dysbiosis occurs in 10,0 - 77,37%; with gingivitis - in 41,54-51,61%; GPLS - 8,0-13,79%; with GPST and GPTS - 100% of cases.

Keywords: *periodontal disease, gingivitis, pregnant and nonpregnant women, microbiocenosis and dysbiosis mouth.*

РЕЗЮМЕ

Раскрыта взаимосвязь между состоянием организма небеременных и беременных женщин и микробиоценозом полости рта. Установлено, что развитие и прогрессирование дисбиоза полости рта находится в прямой зависимости от тяжести поражения пародонта: у беременных женщин со здоровым пародонтом дисбиоз встречается в 10,0 - 77,37%; с гингивитом - в 41,54-51,61%; ГПЛС - 8,0-13,79%; с ГПСТ и ГПТС - в 100% случаев.

Ключевые слова: *пародонтит, гингивит, беременные и небеременные женщины, микробиоценоз и дисбиоз полости рта.*

Актуальность. Воспалительные заболевания пародонта остаются одной из актуальных проблем современной стоматологии, поскольку по данным клинических исследований последних лет частота их колеблется от 60 до 98% [8].

Согласно современной точке зрения воспалительные заболевания пародонта относятся к инфекционным хроническим воспалительным заболеваниям, поэтому нормализация микрофлоры полости рта является неотъемлемым условием их рациональной терапии [7].

Достигнут огромный прогресс в исследовании связей между заболеваниями пародонта и общим здоровьем человека, выявлении механизмов взаимосвязи и возможности позитивного влияния лечения заболеваний пародонта на общее состояние организма, связь общего и стоматологического здоровья может быть двусторонней [9].

Беременность, так или иначе, отражает все основные элементы этиопатогенеза заболеваний пародонта, включая бактериальную инвазию, защитные свойства организма, репаративные процессы, кровообращение и метаболизм в тканях [1,4,10].

В организме женщины с наступлением беременности изменения состава иммунокомпетентных клеток обусловлены гормонами, вырабатываемыми специфическими белками беременности, антителами и антигенами плодного яйца, материнского организма и плода, что сопровождается изменениями соотношения нормальной и патогенной микрофлоры [3, 4, 11].

При хроническом пародонтите происходит отчетливый сдвиг в сторону преобладания анаэробной флоры, причем в пародонтальных карманах количество анаэробных бактерий увеличивается до 70-80%, тогда как в норме их содержание не превышает 20-30% [2, 7]. У беременных, как со здоровым пародонтом, так и при наличии

воспалительных явлений в полости рта, происходит прогрессирование дисбиотических сдвигов в полости рта с нарушением местных факторов защиты слизистой и тканей пародонта [6, 11].

В связи с этим **цель** исследования изучить зависимость формирования дисбиоза полости рта в динамике развития беременности и раннем послеродовом периоде при различном клиническом состоянии пародонта.

Материалы и методы. Для получения репрезентативных результатов анализ осуществлен у одних и тех же женщин в динамике развития беременности: 132 женщины в I триместре; ПО - во II триместре; 95 - в III триместре и у 90 женщин в раннем послеродовом периоде. Группы сравнения составили небеременные женщины сопоставимого возраста и социально-экономического положения. Средний возраст женщин в группах составил $26,3 \pm 0,81$ - $28,82 \pm 1,13$ лет.

Исследована ротовая жидкость, которую собирали в стерильные пробирки, после разведения физиологическим раствором производили высевы на жидкие и агаризованные питательные среды: агар, эндо, кровяной агар, молочно-солевой, среда МРС-4, сред Сабуро и др.

Для изучения бактерий применяли окраску по Граму. Определяли родовую принадлежность по наличию пигмента, данным микроскопии, расщеплению глюкозы в анаэробных условиях, ферментации маннита.

Результаты и обсуждение. При помощи бактериологического метода исследования в ротовой жидкости контрольной группы были определены микроорганизмы, относящиеся к резидентной флоре здоровой полости рта. Это стрептококки (*Str.salivarius*, *Str. sanguis*) и лактобактерии, присутствие которых в генотипе является определяющим, такой генотип по



определению D.Dapso является наиболее физиологичным и относится к нормоценозу первого порядка. Появление в микробиоценозе Strmitis и изменение пропорций между основными показателями генотипа характеризует нормоценоз второго порядка; присутствие в генотипе здоровых лиц условно-патогенных и патогенных видов (Strmutans), стафилококков и грибов Candida относятся к нормоценозу третьего порядка, который расценивается как дисбиотическая реакция [5, 8].

В настоящее время понятие «дисбиоз» наиболее адекватно отражает патофизиологическую сущность нарушения экологии ротовой полости. Данные клинических обследований больных с различной степенью дисбаланса свидетельствуют о том, что интенсивность заболеваний пародонта существенно возрастает по мере усиления дисбиоза [5, 8].

В ходе исследования осуществлен сравнительный анализ тяжести дисбиотических нарушений полости рта у беременных и небеременных женщин с различным клиническим состоянием пародонта в динамике развития беременности.

Так, если у беременных женщин со здоровым пародонтом в 90,0±6,81% случаев зарегистрирован нормоценоз (группа контроля), а в 10,0±1,08% - дисбиотический сдвиг, то у беременных женщин со здоровым пародонтом в I триместре нормоценоз обнаруживался лишь в 73,33±0,07% случаев, дисбиотический сдвиг - в 20,0±7,3% и дисбактериоз I-II степеней - в 11,11±6,65%; а у 7,4±5,04% беременных женщин со здоровым пародонтом зарегистрирован дисбактериоз III степени (P<0,05).

Дисбиотические изменения были более выражены у женщин с гингивитом. Так, у небеременных женщин нормоценоз обнаружен в 60,0±10,95% случаях; в 30,0±10,25% регистрировался дисбиотический сдвиг; дисбактериоз I-II и III степеней - в 5,0±4,87%. Еще более выраженные дисбиотические нарушения зарегистрированы у беременных женщин с гингивитом. Уже в I триместре число женщин с нормоценозом составило 51,61±8,97%; с дисбиотическим сдвигом - 19,35±7,10%; дисбактериозом I-II степеней - 12,90±6,09%; III степени - 9,68±5,31% и с дисбактериозом IV степени - в 6,45±4,41%; соответствующие соотношения во II триместре были равны 35,71±9,21%; 21,43±8,13%;

17,86±7,26%; 10,71±5,84% и 14,29±6,61%; в III триместре соответственно - 11,54±6,2%;

26,92±8,7%; 19,73±7,72%; 19,23±7,73% и 23,08±8,26%, при этом в послеродовом периоде нарушения микробиоценоза полости рта не восстанавливались до величин небеременных женщин или состояния, регистрируемого в I триместре, и составили соответственно 24,0±5,84%; 46,0±9,97%; 24,0±8,54%; 20,0±8,0% и 16,0±7,24% (P<0,05).

У женщин с пародонтитом степень дисбиотических нарушений была более выражена. Так, у бере-

менных женщин с ГПЛС в I триместре удельный вес больных с нормоценозом был статистически значимо ниже соответствующей распространенности нормоценоза женщин контрольной группы (P<0,05) и небеременных женщин с ГПЛС (P<0,05); при этом у беременных с 11 П С во все сроки наблюдений регистрировался дисбактериоз IV степени, отсутствующий в контрольной группе и у небеременных с ГПЛС.

Следует отметить, что увеличение тяжести ГП сопровождалось усугублением дисбиотических нарушений в полости рта, более выраженными у беременных. При ГПСТ у небеременных женщин частота нормоценоза составила 20,0±8,94%; нормоценоз у беременных в I триместре определен в 3,10 раза реже (6,45±4,41%); во II и III триместрах нормоценоз у беременных с ГПСТ не регистрировался. С увеличением срока беременности обнаружение дисбиоза III и IV степеней тяжести прогрессировало. Так, в I триместре беременности частота дисбиоза III степени у беременных превышала таковую небеременных в 2,58 раза; в II - в 3,33 раза, III - в 3,7 раза и в послеродовом периоде - в 3,08 раза; соответствующие превышения дисбиоза IV степени составили - в 1,93 раза; в 3,0 раза; в 4,07 и 2,69 раз.

Наиболее резкие дисбиотические нарушения микрoэкологического равновесия полости рта обнаружено в группе женщин с 11 П С, у которых нормоценоз отсутствовал. Частота дисбиотического сдвига составила у небеременных 15,0±8,0%; у беременных I триместра ниже в 4,8 раза (3,15±3,08%). Важно отметить, что с увеличением срока беременности у женщин с 11 ПС резко возрастает число женщин с дисбиозом IV степени тяжести. Так, в I триместре частота дисбиоза IV степени составила у небеременных 25,0±14,5%; у беременных - 25,0±1,50 раза (превышение в 1,5 раза); соответствующее превышение во II триместре составило более чем в 2,15 раза; III триместре - в 2,7 раза (разница достоверна P<0,05) и в послеродовом периоде - в 1,67 раза. На фоне увеличения частоты обнаружения дисбиоза IV степени тяжести у беременных отмечается отсутствие нормоценоза, соотношения микроорганизмов, обозначаемого как дисбиотический сдвиг и дисбиоза I-II степеней. Нарушения микробиоценоза беременных усугубляются с развитием беременности и не разрешаются в раннем послеродовом периоде.

Очевидно, что заболевания пародонта у беременных возникают и усугубляются вследствие нарушения равновесия среди резидентных видов под влиянием факторов беременности, нарушающих гомеостаз ротовой экосистемы. Можно предположить, что восстановление нормальной микрофлоры полости рта, регулирующей гомеостаз ротовой экосистемы, в определенной степени будет способствовать нормализации местного иммунитета полости рта, купированию патологий пародонта [4, 8, 10].

На основании изучения изменений микробиоценоза полости рта можно сделать следующие **выводы**:



- у беременных без патологии пародонта установлено качественное и количественное нарушение микробиоценоза полости рта в виде снижения численности индигентной микрофлоры, повышения активности патогенных и условно-патогенных микроорганизмов;
- воспалительные и воспалительно-деструктивные заболевания пародонта у беременных сочетаются с усугублением дисбиоза полости рта, нарушением баланса в микробиоценозе, изменения его

качественного и количественного состава у беременных статистически значимо ($P < 0,05$) превосходят соответствующие изменения микробиоценоза небеременных женщин.

Развитие и прогрессирование дисбиоза полости рта находится в прямой зависимости от тяжести поражения пародонта: у беременных женщин со здоровым пародонтом дисбиоз встречается в 10,0 - 77,37%; с гингивитом - в 11,54-51,61%; ГПЛС - 8,0-13,79% ; с ГПСТ и Г11ГС - в 100% случаев.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Атаева М.А., Наврузова Л.Х., Ахмедов А.Б. Возникновение стоматологических заболеваний у беременных женщин и оказание им профилактической помощи // *Stomatologiya*. - 2011. №3-4. С. 42-45.
2. Гажва С.И., Пиллипенко К.И., Шкаредная О.В., Меньшикова Ю.В. Клиническая эффективность консервативного лечения генерализованного пародонтита различными препаратами // *Клиническая стоматология*. - 2011. -№3. - С. 34-36.
3. Дубровская М. В., Лепилин А. В. Иммунологические нарушения в формировании заболеваний пародонта у беременных // *Саратовский научно-медицинский журнал*. - 2010. - Т. 6. № 2. - С. 392-396.
4. Есенян З.В. Клиническая характеристика воспалительных заболеваний пародонта в разные периоды беременности // *Медицинский вестник Эрзуни: научно-практический медицинский журнал*. - 2007. -№3 (31). - С.33-35.
5. Зеленова Е.Г., Заславская М.И., Фалина Е.В., Расанов С.П. Микрофлора полости рта: норма и патология. - Н.Новгород: НЕМА, 2004. -158 с.
6. Кисельникова Л. 77., Попова Н. С. Стоматологическую статистику и профилактику стоматологических заболеваний у беременных // *Институт Стоматологии*. -2011. -№1 (50). - С.86-87.
7. Ценов Л.М., Николаев А.И. Диагностика и лечение заболеваний пародонта. -М., 2004. - С.58-62.
8. Чепуркова О.А., Чеснокова М.Г., Недосенко Б.В., Комлева А. С. Распространённость грибковой флоры и особенностей микробиоценоза у лиц с интактным пародонтом и хроническими воспалительными заболеваниями пародонта // *Пародонтология*. -2009. -№1(50).- С.60-65.
9. Ялчин Ф. Заболевания пародонта и общее здоровье: существуют ли взаимосвязь? // *Лечащий врач*. - 2013. - №03.
10. Boggess K.A., Urlaub D.M., Moos M.K. Knowledge and beliefs regarding oral health among pregnant women // *J. Am. Dent. Assoc.* - 2011. - Vol. 142, N11. -P1275-1282.
11. Martinez-Beneyto Y, Vera-Delgado M.V., Perez L. Self-reported oral health and hygiene habits, dental decay, and periodontal condition among pregnant European women. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* - 2011. - Vol. 114, N1,-P.18-22.

УДК: 796.8-612.3]: 612.591.1

ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ РАЦИОНОВ ПИТАНИЯ СПОРТСМЕНОВ ТЯЖЕЛОЙ АТЛЕТИКИ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА

Б.Э. Тухтаров, Б.Х. Бегматов, Д.А. Каримов, М.У. Валиева

Самаркандский государственный медицинский институт Ташкентский государственный стоматологический институт
Республиканский центр повышения квалификации средних медицинских работников и фармацевтов

РЕЗЮМЕ

Целью исследования явилось обоснование оптимальных вариантов среднесуточных норм набора продуктов для спортсменов тяжелой атлетики в условиях жаркого климата на основе биологической ценности рационов питания.

Материалы и методы. Фактическое питание спортсменов изучено методом 24- часового наблю-

дения и опроса на тренировочных базах. Для статистического анализа использовано 720 меню-раскладок у 14 спортсменов мужского пола. Пищевая ценность рационов рассчитывалась на основе таблиц химического состава пищевых продуктов [4].
Результаты. Суммарная биологическая ценность среднесуточных рационов на измененном рационе питания спортсменов тяжелой атлетики увеличи-