

не определялись. Из 33 генов, детерминирующих патогенность, 52,4% обнаружены в виде одиночных генов, 38,1% – в сочетании по два и 9,5% – в сочетании по три. Одиночные геноварианты преобладали в 2007 и 2009 гг. (100 и 83,3%, соответственно). В 2010г отмечен рост комбинаций геновариантов до 75% (58,3% – два сочетания и 16,7% – три). В общем разнообразии генов факторов патогенности преобладали hlyB-52,5%, далее, следовали по убывающей, cnfl-36,4%, sfaG-24,2%, hlyA-12,1%. Ген estB не был обнаружен. В 2009г., 2010 г. преобладали hlyB (42,8%, 34,8% соответственно). Удельный вес гена cnfl составил в 2007 г. 66,7%, в 2008-2009 гг. ген не был обнаружен. В последние годы (2009-2010 гг.) появились комбинации генов в одном штамме. Чаще встречались сочетания hlyB, cnfl (33,3%), реже hlyB, sfaG (22%), hlyB, cnfl, sfaG (22,2%), hlyA, hlyB (11,1%), hlyA, sfaG (11,1%).

Проведенный микробиологический мониторинг показал высокий уровень колонизации операционных ран β-гемолитическими *E. coli* с тенденцией к дальнейшему росту штаммов. Обнаружение генетических детерминант hlyA, hlyB, cnfl, sfaG, появление комбинаций генов позволяет обсуждать наличие потенциальной патогенности данных этнеробактерий и участие их в развитии раневой инфекции, прогнозировать появление штаммов с новыми свойствами.

ОЦЕНКА КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Мурзова Т.В., Сенина-Волжская И.В.,
Островская Ю.В.

*ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения и социального развития РФ»,
Нижний Новгород, e-mail: missis.mtv@mail.ru*

Как показывают результаты зарубежных исследований, наиболее часто пациенты предъявляют иски за неудовлетворительное, по их мнению, лечение именно к врачам-стоматологам [8, 11]. Несмотря на то, что в последние годы интенсивно внедряются стандарты оказания стоматологической помощи, во многих клинических ситуациях существует определенная субъективность выбора метода лечения. Экспертиза результатов стоматологического лечения также зачастую осложнена тем, что экспертам приходится иметь дело с последствиями лечения, тогда как исходная клиническая картина во многом остается неясной. В этой ситуации у эксперта может оказаться недостаточно данных, чтобы объективно оценить выбор и позицию врача.

По нашему мнению, во многом неудовлетворенность стоматологической помощью связана с исходно разными причинами обращения

пациентов. Нам кажется, что планирование оказания стоматологической помощи должно базироваться и на ожиданиях пациента. В этом случае оказанная помощь не будет недостаточной или избыточной, что позволит уменьшить число пациентов, не удовлетворенных результатами лечения.

Для определения потребности в лечении, с точки зрения самого пациента, возможно использование критериев качества жизни. Качество жизни – показатель восприятия субъектом своего состояния в конкретных условиях, позволяющий объективно оценивать субъективное мнение индивидуума о своем состоянии. Качество жизни оценивается на основании ответов на соответственно сформулированные вопросы. Для определения качества жизни используются анкеты (опросники). Эти опросники могут базироваться только как на субъективной информации (жалобы пациента), так и на их сочетании с объективными данными (результаты осмотра, данные клинических исследований) [8; 9; 10].

При оценке качества жизни в стоматологии предполагается, что стоматологическое здоровье влияет как на физическое и психологическое состояние человека, так и на его социальное благополучие. Определение стоматологического здоровья указывает в качестве цели сохранение в течение всей жизни функционального, эстетически естественного «набора» минимум из 20 зубов без необходимости протезирования [1; 2; 3; 4]. Несомненно, что люди разного возраста, пола и социального положения считают наиболее важными для качества жизни различные аспекты стоматологического здоровья. Соответственно, при одном и том же клиническом диагнозе может потребоваться различный объем стоматологического вмешательства для того, чтобы оказанная помощь соответствовала ожиданиям пациентов.

Концептуальная структура измерения статуса стоматологического здоровья была описана Locker D. Она базируется на классификации нарушений, недееспособности, инвалидности. За последние годы в мире разработано более 10 основных индексов, позволяющих оценить влияние стоматологического здоровья на качество жизни. Наиболее применяемыми информативными индексами в стоматологии считаются:

- профиль влияния стоматологического здоровья – Oral Health Impact Profile (OHIP)
- влияние стоматологического статуса на повседневную жизнь – Dental Impact on Daily Living (DIDL)
- взаимосвязь стоматологического здоровья и качества жизни – Oral Health – Related Quality of Life (OHQoL) для измерения различного влияния стоматологического статуса на повседневные функции [5; 6; 7].

Таким образом, возвращаясь к вопросу об экспертизе результатов стоматологического ле-

чения, нам кажется, что число исков в отношении врачей-стоматологов со стороны пациентов можно было бы уменьшить путем оценки качества жизни. При этом должны использоваться только специализированные опросники, рассчитанные на тот вид стоматологической патологии, которая наблюдается у пациента. Качество жизни должно оцениваться:

1. На этапе планирования лечения с целью определения первичных ожиданий пациента.

2. После проведения первичных манипуляций и адаптации к ним, но не ранее чем через три месяца после лечения. Качество жизни на данном этапе оценивается для того, чтобы понять, изменились ли ожидания пациента по сравнению с первым визитом.

3. После окончания лечения для определения удовлетворенности оказанной помощью. В случае если пациент оказался неудовлетворен, необходима разработка дальнейшего плана лечения и последующая оценка качества жизни.

Оценка качества жизни – новое и перспективное направление медицины, которое дает возможность точнее оценить нарушения в состоянии здоровья пациентов, яснее представить суть клинической проблемы, определить наиболее рациональный метод лечения, а также оценить его желаемые результаты, по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода специалистов и субъективной точки зрения пациента. При наличии информации о качестве жизни пациента на различных этапах лечения у эксперта появляется дополнительный объективный инструмент, позволивший оценить оказанную стоматологическую помощь не только с позиции врача, но и в соответствии с ожиданиями пациентов.

Список литературы

1. Black's Law Dictionary. N.Y. – 1990 (6th ed.). – 980 p.
2. Ide R., Yamamoto R., Mizoue T. The Japanese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP) – validation among young and middle-aged adults // *Community Dental Health.* – 2006. – №23. – P. 158-163.
3. Kressin N., Spiro A. 3rd, Bosse R., Garcia R., Kazis L. Assessing oral health-related quality of life: findings from the normative aging study // *Medical Care.* – 1996. – №34. – P. 416-27.
4. Leao A., Sheiham A. The development of a socio-dental measure of Dental Impact on Daily Living // *Comm. Dental Health.* – 1996. – №13. – P. 22-26.
5. Locker D. Issues in measuring change in self-perceived oral health status. *Comm. Dent. Oral Epidemiol.* – 1998. – №26. – P. 41-47.
6. Locker D. Oral health: a conceptual framework // *Community Dental Health.* – 1988. – №5. – P. 3-18.
7. Locker D., Matear D., Stephens M., Jokovic A. Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people // *Comm. Dent. Health.* – 2002. – №19. – P. 90-7.
8. McGrath C., Bedi R., Gilthorpe M. S. Oral health related quality of life – views of the public in the United Kingdom // *Community Dent. Health.* – 2000. – №17. – P. 3-7.
9. Sheiham A. and Croog S. H. The psychosocial impact of dental diseases on individuals and communities // *J. Behav. Med.* – 1981. – №4. – P. 257-72.
10. Slade G. Spenser J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile // *Community Dental Health.* – 1994. – №11. – P. 3-5.
11. Strawbridg W.S. Quality of life: what is it and can it be measured? // *Crowth Horm. IGR Res.* – 1998. – №8. – P. 59-62.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОГЕННОСТИ ШТАММОВ *STAPHYLOCOCCUS SPP.*, ИЗОЛИРОВАННЫХ ИЗ ОПЕРАЦИОННЫХ РАН

Шаркова В.А., Лайман Е.Ф., Мазур М.Е.,
Просьянникова М.Н.

ГБОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет» Минздрава России, Владивосток;
Лесозаводский филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Приморском крае», Приморский край, e-mail: valexsh@mail.ru

Патогенность стафилококков является результатом скоординированной деятельности нескольких выделяемых ими токсинов и ферментов, а также большого количества белков на бактериальной поверхности, которые связывают внеклеточные матричные и плазматические белки организма человека. Скоординированное действие этих факторов является экологическим показателем и для проявления их действия на макроуровне.

Цель работы – анализ результатов молекулярно-генетического мониторинга штаммов *Staphylococcus spp.*, выделенных в 2008–2010 гг. из операционных ран.

Методом ПЦР-РВ с использованием наборов специфических праймеров (ООО «Синтол») нами определялись гены патогенности, кодирующие способность к адгезии

(*FnbpA*, *FnbpB*) и токсинообразованию (*Luc PVS*). *FnbpA*, *FnbpB*, кодирующие поверхностные фибронектин-связывающие белки, играют важную роль в способности стафилококков колонизировать ткани организма человека и образовании биопленок. *Luc PVS* обуславливает цитотоксическое действие.

Гены патогенности штаммов *Staphylococcus spp.* обнаруживались с 2010 г. Из 25 штаммов *S. epidermidis*, выделенных из «условно-чистой раны» ген патогенности *fnbpA* обнаружен у одного штамма (4%). Возможно, данное представительство связано с мутацией соответствующего участка в силу воздействия селективных факторов.

Штаммы *S. aureus*, выделенные из «условно-чистых» и «грязных ран» содержали гены факторов патогенности в 81,8% случаев (9 штаммов из 11). Гены *fnbpA* и *fnbpB* обнаружены с одинаковой частотой (по 47,4%), *Luc PVS* составил 5,2%. Последний выявлялся реже, но можно предположить, что он является маркерным событием для повышения патогенности штаммов микроба и соответственно для развития инфекционного процесса в ране. Штаммы *S. aureus* имели только сочетания генов по два (*fnbpA*, *fnbpB*) или три (*fnbpA*, *fnbpB*, *Luc PVS*) (88,9 и 11,1% соответственно).

Таким образом, при анализе распространенности генетических детерминант различных