

та, что позволит проводить своевременную профилактику и будет способствовать улучшению качества медицинской помощи, оказываемой пациентам с ишемической болезнью сердца, направляемым на аортокоронарное шунтирование.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Артюшкевич А.С.* Заболевания периодонта. — М.: Медицинская литература, 2006. — 306 с. [Artyushkevich A.S. *Zabolevaniya periodonta.* (Periodontal diseases.) Moscow: Meditsinskaya literatura. 2006; 306 p. (In Russ.)]
2. *Булаников А.С.* Заболевания пародонта: клиника, диагностика и лечение // Мед. помощь. — 2005. — №4. — С. 21-23. [Bulannikov A.S. Periodontal diseases: clinical manifestations, diagnosis and treatment. *Meditsinskaya pomoshch'.* 2005; 4: 21-23. (In Russ.)]
3. *Булгакова А.И., Медведев Ю.А.* Клинико-иммунологические аспекты лечения хронического генерализованного пародонтита. — Уфа, 2008. — 112 с. [Bulgakova A.I., Medvedev Yu.A. *Kliniko-immunologicheskie aspekty lecheniya khronicheskogo generalizovannogo parodontita.* (Clinical and Immunological aspects of chronic generalized periodontitis treatment.) Ufa. 2008; 112 p. (In Russ.)]
4. *Булкина Н.В., Лукина Л.В., Глыбочко А.П.* Опыт применения иммуномодулятора гепона в комплексной терапии больных хроническим генерализованным пародонтитом // Стоматолог. — 2008. — №8. — С. 42-47. [Bulkina N.V., Lukina L.V., Glybochko A.P. The experience of using Hepon immune stimulator in complex treatment of chronic generalized periodontitis. *Stomatolog.* 2008; 8: 42-47. (In Russ.)]
5. *Булкина Н.В., Ведяева А.П., Савина Е.А.* Коморбидность заболеваний пародонта и соматической патологии // Мед. вестн. Северн. Кавказа. — 2012. — Т. 27, №3. — С. 110-115. [Bulkina N.V., Vedyeva A.P., Savina E.A. Comorbidity of periodontal and internal diseases. *Meditsinskiy vestnik Severnogo Kavkaza.* 2012; 27 (3): 110-115. (In Russ.)]
6. *Иващенко Ю.Ю., Шварц Ю.Г., Пархолюк Е.В., Еремин О.В.* Взаимосвязь хронической патологии зубочелюстной системы с ишемической болезнью сердца

и её осложнениями // Саратов. науч.-мед. ж. — 2013. — Т. 9, №3. — С. 408-412. [Ivaschenko Y.Y., Shvarts Y.G., Parkhonyuk E.V., Eremin O.V. Chronic oral pathology and ischemic heart disease and its complications. *Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal.* 2013; 9 (3): 408-412. (In Russ.)]

7. *Елисеева А.Ф., Цимбалистов А.В., Шторина Г.Б.* Клиническая оценка состояния пародонта на фоне ишемической болезни сердца и без неё // Институт стоматол. — 2011. — №52 (3). — С. 70-71. [Eliseeva A.F., Tsimbalistov A.V., Shtorina G.B. Clinical appraisal of parodontium condition with and without concomitant coronary heart disease. *Institut stomatologii.* 2011; 52 (3): 70-71. (In Russ.)]
8. *Модина Т.Н., Вааль С.П., Раевская В.Ю.* Индивидуальный подход к комплексному лечению заболеваний пародонта // Клини. стоматол. — 2011. — №3 (59). — С. 22-25. [Modina T.N., Vaal S.P., Raevskaya V.Yu. Individual approach to complex treatment of periodontal diseases. *Klinicheskaya stomatologiya.* 2011; 3 (59): 22-25. (In Russ.)]
9. *Лепеева Н.А., Ермолаева Л.А., Шишкин А.Н., Шевелёва М.А.* Влияние метаболического синдрома на пародонтологический статус больных // Институт стоматол. — 2013. — №3 (60). — С. 66-67. [Lepreeva N.A., Ermolaeva L.A., Shishkin A.N., Sheveleva M.A. Influence of metabolic syndrom on the patient's periodontal status. *Institut stomatologii.* 2013; 60 (3): 66-67. (In Russ.)]
10. *Орехова Л.Ю., Горбачёва И.А., Кирсанов А.И.* Единство системных патогенетических механизмов при заболеваниях внутренних органов, ассоциированных с генерализованным пародонтитом // Стоматология. — 2004. — Т. 83, №3. — С. 6-11. [Orehkova L.Yu., Gorbacheva I.A., Kirsanov A.I. The unity of systemic pathogenic mechanisms in internal diseases associated with generalized periodontitis. *Stomatologiya.* 2004; 83 (3): 6-11. (In Russ.)]
11. *Ценов Л.М.* Заболевания пародонта: взгляд на проблему. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 192 с. [Tsepov L.M. *Zabolevaniya parodonta: vzglyad na problemu.* (Periodontal diseases: a look at the problem.) Moscow: MEDpress-inform. 2006; 192 p. (In Russ.)]
12. *Янушевич О.О.* Стоматологическая заболеваемость населения России. — М.: МГМСУ, 2009. — 228 с. [Yanushevich O.O. *Stomatologicheskaya zabolevaemost' naseleniya Rossii.* (Dental diseases in the population of Russia.) Moscow: Moscow State University of Medicine and Dentistry. 2009; 228 p. (In Russ.)]

УДК 615.065: 616.31-009.613: 616-072.85

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ КСЕРОСТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ АМБУЛАТОРНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЁМА

*Ксения Владимировна Комарова**, *Наталья Николаевна Раткина,*
Владимир Кузьмич Поленичкин, Евгений Петрович Карманов

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, Новокузнецк, Россия

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2015-174

Цель. Определение факторов риска развития ксеростомии.

Методы. Обследованы 137 пациентов в возрасте от 25 до 60 лет (76 женщин и 61 мужчина), основную группу составили 40 пациентов с ксеростомией (29 женщин и 11 мужчин), медиана возраста — 44,5 года [38; 49,5]. Контрольную группу составили 97 пациентов без ксеростомии (47 женщин и 50 мужчин), медиана возраста — 42 года [36; 49]. Для сбора жалоб, анамнеза и определения факторов риска развития ксеростомии использовали анкету В.В. Афанасьева (1993). Качественные признаки представлены абсолютной величиной и долей (%). При оценке статистической значимости различий качественных показателей строились таблицы сопряжённости с последующим расчётом критерия χ^2 Пирсона.

Результаты. 19 (47,5%) пациентов основной группы принимали медикаменты, влияющие на снижение саливации, длительность приёма составила от 1 до 4 мес. При анкетировании пациенты с ксеростомией статистически чаще отмечали заболевания сердечно-сосудистой системы (15 человек, 37,5%), желудочно-кишечного тракта (11 пациентов, 27,5%), эндокринной системы (10 человек, 25%), опорно-двигательного аппарата (9 пациентов, 22,5%). Сочетание трёх и более положительных ответов на вопросы анкеты В.В. Афанасьева выявлено у 12 (30%) пациентов основной группы, что статистически значимо отличалось от группы контроля – 1 (1,03%).

Вывод. Наиболее частыми причинами развития ксеростомии являются следующие факторы: приём лекарственных препаратов, заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, эндокринной системы; три и более положительных ответа на вопросы в анкете повышают вероятность выявления ксеростомии у респондента.

Ключевые слова: ксеростомия, факторы риска, анкетирование, системные заболевания, лекарственные препараты.

DETERMINING THE RISK FACTORS FOR XEROSTOMIA IN DENTAL OUTPATIENTS

K.V. Komarova, N.N. Ratkina, V.K. Polenichkin, E.P. Karmanov

Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk, Russia

Aim. To determine the risk factors for xerostomia.

Methods. The study included 137 patients aged 25 to 60 years (61 males, 76 females), the main group consisted of 40 patients with xerostomia (11 males, 29 females), with a median age of 44.5 years (38; 49.5). The control group included 97 patients without xerostomia (50 males, 47 females), median age – 42 years (36; 49). The questionnaire by V.V. Afanas'ev (1993) was used to collect the complaints, anamnesis and to determine the risk factors for xerostomia. Qualitative indicators are listed as absolute numbers and shares (%). In assessing the statistical significance of qualitative indicators differences, contingency tables with subsequent Pearson chi-square test were used.

Results. Among the patients of the main group, 19 (47.5%) took medications decreasing the salivation, with intake period duration ranging from 1 to 4 months. When questioned, patients with xerostomia reported statistically significant increase in the rates of cardiovascular disorders (15 patients, 37.5%), gastrointestinal tract diseases (11 patients, 27.5%), endocrine diseases (10 patients, 25%), musculoskeletal diseases (9 patients, 22.5%). The combination of three or more positive answers on V.V. Afanas'ev questionnaire questions was revealed in 12 (30%) patients of the main group, which was significantly higher compared to the control group (1 patient, 1.03%).

Conclusion. The most typical reasons for developing xerostomia were the following: taking medications decreasing the salivation, presence of cardiovascular, gastrointestinal, musculoskeletal and endocrine disorders. Three or more positive answers on V.V. Afanas'ev questionnaire questions increase the probability of detecting xerostomia in a respondent.

Keywords: xerostomia, risk factors, questionnaire, medications.

Ксеростомия и гипофункция слюнных желёз – симптом, встречающийся у пациентов с различными заболеваниями слюнных желёз и систем организма [1, 8]. Причинами сухости полости рта могут стать приём лекарственных препаратов, лучевая терапия, заболевания соединительной ткани (болезнь и синдром Шёгрена, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, системная склеродермия), заболевания эндокринной системы (гипотиреоз, сахарный диабет), патология пищеварительной системы, острые и хронические заболевания слюнных желёз, психогенные нарушения, пожилой и старческий возраст [2, 4, 7, 9, 10].

Диагностика ксеростомии имеет определённые сложности, что связано с индивидуальной вариабельностью слюноотделения, полиэтиологичностью данного заболевания и трудностями в выявлении ведущего патогенетического фактора [3, 5].

Цель данного исследования – выявление наиболее значимых факторов риска ксеростомии.

Проведено продольное одноцентровое проспективное исследование.

Критерии включения: возраст от 25 до 60 лет вне зависимости от пола, обращение с целью санации полости рта, подписанное

добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: общесоматическая патология в стадии декомпенсации (сахарный диабет, коллагенозы, сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность).

Обследованы 137 пациентов в возрасте от 29 до 56 лет (61 мужчина и 76 женщин). Диагностику ксеростомии проводили на основании данных нестимулированной фоновой сиалометрии (Пожарицкая М.М., 1994), оценивали количество функционирующих малых слюнных желёз (Ромачева И.Ф., 1984). Исследовали состояние секреторной функции больших слюнных желёз разработанным способом [6].

Основную группу составили 40 пациентов с ксеростомией (29 женщин и 11 мужчин), медиана возраста – 44,5 года [38; 49,5]. Контрольная группа состояла из 97 пациентов без ксеростомии (47 женщин и 50 мужчин), медиана возраста – 42 года [36; 49]. Для сбора жалоб, анамнеза и определения факторов риска развития ксеростомии использовали анкету В.В. Афанасьева [1].

Статистический анализ материала проводили с использованием пакета SPSS Statistics 19.0 (лицензионное соглашение

№20101223-1 от 29 марта 2011 г.). Нормальность распределения количественных показателей проверяли по критерию Колмогорова–Смирнова. Описание количественных признаков проводили с использованием медиан. Разброс величин оценивали с помощью интерквартильного размаха (25-й и 75-й). Качественные признаки представлены абсолютной величиной и долей (%). При оценке статистической значимости различий качественных показателей строились таблицы сопряжённости с последующим расчётом критерия χ^2 Пирсона. Различия принимали статистически значимыми при $p < 0,05$.

На основании анализа анкетных данных выявлены статистически значимые различия в сравниваемых группах по восьми вопросам. Временную (периодическую) сухость отмечали 39 (97,5%) из 40 пациентов основной группы, у 1 (2,5%) респондента сухость в полости рта носила постоянный характер. В зависимости от времени суток сухость в полости рта появлялась: днём — у 17 (42,5%), вечером — у 8 (20%), ночью — у 3 (7,5%) пациентов. При этом первые симптомы заболевания давностью от 1 до 2 лет были отмечены у 40 (29,2%) опрошенных.

На вопрос «После чего Вы впервые заметили сухость во рту?» 6 (15%) респондентов ответили, что сухость во рту появилась после приёма медикаментозных средств, 32 (80%) — от волнения, переживания, тяжёлой работы, 1 (2,5%) — после простуды, переохлаждения, 1 (2,5%) — случайно при разговоре.

На вопрос «Что Вы принимаете при наличии сухости в полости рта?» 18 (45%) пациентов ответили, что используют обычную воду, 15 (37,5%) — минеральную воду, 7 (17,5%) ничего не принимают.

В ответ на вопрос «Чем Вы болели ранее?» заболевания сердечно-сосудистой системы отметили 15 (37,5%) и 10 (10,3%) пациентов основной и контрольной групп соответственно, найдены статистически значимые различия ($\chi^2=14,04$; $p < 0,001$). На перенесённые заболевания желудочно-кишечного тракта указали 11 (27,5%) человек основной группы и 11 (11,3%) контрольной ($\chi^2=5,48$; $p < 0,05$). Среди респондентов основной группы наличие эндокринной патологии отметили 10 (25%) пациентов, тогда как в контрольной группе — лишь 3 (3,1%) человека ($\chi^2=15,86$; $p < 0,001$). Заболевания опорно-двигательного аппарата отметили 9 (22,5%) опрошенных лиц основной группы, в контрольной — 8 (8,3%), различия были статис-

тически значимыми ($\chi^2=5,29$; $p < 0,05$).

Пациенты основной группы чаще отмечали склонность к простудным заболеваниям (55%) и ангине (42,5%).

По вопросам «Вы хорошо спите?», «У Вас хороший аппетит?» косвенно можно судить о тревожности, апатии, депрессии пациентов с сухостью полости рта по сравнению с группой контроля ($\chi^2=4,8$; $p < 0,05$ и $\chi^2=14,8$; $p < 0,001$ соответственно).

Почти половина опрошенных пациентов основной группы (19 человек, 47,5%) принимали медикаменты, влияющие на снижение саливации, найдены статистически значимые различия с группой контроля — 18 (19%) человек ($\chi^2=12,06$; $p < 0,001$). На вопрос «Какие медикаменты принимаете в настоящее время?» пациентами были отмечены лекарственные препараты следующих групп: антидепрессанты (26,3%), контрацептивы (31,5%), нестероидные противовоспалительные средства (15,8%), антигистаминные препараты (17,7%), антацидные препараты (10,5%).

На вопрос о курении положительно ответил 21 (52,5%) из 40 пациентов основной группы и 44 (44,3%) человека из контрольной группы ($\chi^2=1,74$; $p > 0,05$), статистически значимых различий не выявлено.

Необходимо отметить, что сочетание более трёх положительных ответов на вопросы анкетирования выявлено у 12 (30%) пациентов основной группы, что статистически значимо отличалось от группы контроля — 1 (1,03%) человек ($\chi^2=42,68$; $p < 0,001$).

ВЫВОДЫ

1. Факторы риска развития ксеростомии у пациентов амбулаторного стоматологического приёма — использование лекарственных препаратов (антидепрессантов, контрацептивов, нестероидных противовоспалительных средств, антигистаминных и антацидных препаратов). Ксеростомия чаще развивается у пациентов, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, эндокринной системы.

2. Сочетание в комплексе трёх и более положительных ответов на вопросы анкетирования повышает вероятность выявления ксеростомии у респондента.

3. На этапе сбора анамнеза в диагностическом поиске ксеростомии необходимо проводить анкетирование с направленным

вектором задаваемых вопросов (жалобы на сухость полости рта и губ, светобоязнь, чувство «песка» в глазах, сухость в носу), что позволит подробно оценить стоматологический и соматический статус, составить план лечения. При выявлении жалоб на сухость полости рта необходимо рекомендовать обследование у смежных специалистов: офтальмолога, отоларинголога, ревматолога, эндокринолога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев В.В. Слюнные железы. Болезни и травмы. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 296 с. [Afanas'ev V.V. *Slyunnye zhelezy. Bolezni i travmy.* (Salivary glands. Diseases and traumas.) Moscow: GEOTAR-Media. 2012; 296 p. (In Russ.)]
2. Вавилова Т.Н., Янушевич О.О., Островская И.Г. Слюна. Аналитические возможности и перспективы. — М.: БИНОМ, 2014. — 312 с. [Vavilova T.N., Yanushevich O.O., Ostrovskaya I.G. *Slyuna. Analiticheskie vozmozhnosti i perspektivy.* (Saliva. Analytic potentials and perspectives.) Moscow: BINOM. 2014; 312 p. (In Russ.)]
3. Вейсгейм Л.Д., Гаврикова Л.М., Дубачёва С.Г. Применение средств гигиены полости рта Mexidol Dent для профилактики заболеваний слизистой оболочки полости рта у больных с ксеростомией // Стоматология. — 2014. — Т. 93, №3. — С. 15–17. [Veisgeim L.D., Gavrikova L.M., Dubacheva S.M. Using Mexidol Dent for prevention of oral mucosa disorders in patients with xerostomia. *Stomatologiya.* 2014; 93 (3): 15–17. (In Russ.)]
4. Денисов А.Б. Слюна и слюнные железы. — М.: Издательство РАМН, 2009. — 472 с. [Denisov A.B. *Slyuna*

i slyunnye zhelezy. (Saliva and salivary glands.) Moscow: Publishing House of Russian Academy of Medical Sciences. 2009; 472 p. (In Russ.)]

5. Деркачева Е.И., Ронь Г.И. Клинические проявления в полости рта при ксеростомии // Урал. мед. ж. — 2014. — №5 (119). — С. 44–47. [Derkacheva E.I., Ron G.I. The clinical manifestation in the oral cavity xerostomia different etiology. *Ural'skiy meditsinskiy zhurnal.* 2014; 5 (119): 44–47. (In Russ.)]

6. Комарова К.В., Раткина Н.Н., Поленичкин В.К. Способ оценки секреторной функции слюнных желёз // Казанский мед. ж. — 2013. — Т. 94, №2. — С. 245–246. [Komarova K.V., Ratkina N.N., Polenichkin V.K. The method of assessment of salivary glands secretory function. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal.* 2014; 94 (2): 245–246. (In Russ.)]

7. Макеева И.М., Дорошина В.Ю., Аракелян М.Г. Ксеростомия и средства, облегчающие её проявление // Стоматология. — 2013. — Т. 92, №5. — С. 12–13. [Makeeva I.M., Doroshina V.Iu., Arakelian M.G. Xerostomia and means that facilitate its symptoms. *Stomatologiya.* 2013; 92 (5): 12–13. (In Russ.)]

8. Панин А.М. Хирургическая стоматология. Воспалительные и дистрофические заболевания слюнных желёз. — М.: Литтерра, 2011. — 208 с. [Panin A.M. *Khirurgicheskaya stomatologiya. Vospalitel'nye i distroficheskie zabolevaniya slyunnykh zhelez.* (Surgical stomatology. Inflammatory and degenerative diseases of salivary glands.) Moscow: Litterra. 2011; 208 p. (In Russ.)]

9. Villa A., Abati S. Risk factors and symptoms associated with xerostomia: a cross-sectional study // *Austr. Dent. J.* — 2011. — Vol. 56. — P. 290–295.

10. Villa A., Polimeni A., Strohmenger L. et al. Dental patients' self-reports of xerostomia and associated risk factors // *J. Am. Dent. Assoc.* — 2011. — Vol. 142, N 7. — P. 811–816.

УДК 618.3: 616.155.194.8: 612.128: 616.153.1

ФЕРМЕНТЫ КЛЕТОК КРОВИ КАК ИНДИКАТОР АДАПТАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ У НОВОРОЖДЁННОГО ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У МАТЕРИ

Гарифа Муратовна Хайбуллина*

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан

Реферат

Цель. Оценить состояние ферментов клеток крови новорождённых от матерей с железodefицитной анемией.

Методы. Проведено клиничко-лабораторное обследование 150 рожениц и их новорождённых. 130 младенцев внутриутробно испытывали дефицит железа различной степени (основная группа), 20 детей составили контрольную группу. Цитохимический анализ периферической крови новорождённых проводили на 1-е, 3-и, 7-е сутки после родов путём окраски мазков и микроскопирования ферментов: сукцинатдегидрогеназы в лимфоцитах, миелопероксидазы в нейтрофилах, кислой и щелочной фосфатазы в лимфоцитах и нейтрофилах.

Результаты. У новорождённых первой группы — от матерей с латентным дефицитом железа — активность сукцинатдегидрогеназы в лимфоцитах была снижена на 3-й день жизни. Средний уровень кислой фосфатазы в лимфоцитах и нейтрофилах был выше, чем в контроле, во все дни исследования ($p < 0,05$). Активность миелопероксидазы повышалась в динамике раннего неонатального периода, превышая контрольные показатели ($p < 0,05$). У новорождённых второй группы — от матерей с железodefицитной анемией лёгкой степени — снижение активности сукцинатдегидрогеназы наблюдалось в динамике раннего неонатального периода ($p < 0,05$). Это сопровождалось высокими показателями кислой фосфатазы лимфоцитов, щелочной фосфатазы и миелопероксидазы в нейтрофилах по отношению к контрольной группе. У новорождённых третьей группы — от рожениц с железodefицитной анемией средней тяжести и тяжёлой степени — наблюдалась декомпенсация защитных функций клеток крови: снижение энергопотенциала (уровня сукцинатдегидрогеназы) лимфоидных клеток в течение всего раннего неонатального периода. Низкая активность сукцинатдегидрогеназы в лимфоцитах сопровождалась

DOI: 10.17750/KMJ2015-177