

vitro, в диагностике латентной туберкулезной инфекции у больных ревматическими заболеваниями при планировании и проведении лечения ингибиторами фактора некроза опухоли α // Научно-практическая ревматология. 2010. № 4. С. 54-59.

2. Белоусова Н.С., Пьянзова Т.В., Копылова И.Ф. Диагностика и профилактика туберкулеза у больных, получающих иммуносупрессивные ГИБП в Кемеровской области: методические рекомендации для врачей. Кемерово: Департамент охраны здоровья Кемеровской области, 2013. 15 с.

3. Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания: [приказ № 951: принят Минздравом РФ 29 дек. 2014 г.]. – М.: Маркетинг, 2014. – 41 с.

4. Arkema E. V., Jonsson J., Baecklund E. et. al. Are patients with rheumatoid arthritis still at an increased risk of tuberculosis and what is the role of biological treatments? // Annals of the Rheumatic Diseases. 2013. № 10. P. 2229-2237.

5. Cantini F., Niccoli L. Adalimumab, etanercept, infliximab, and the risk of tuberculosis: data from clinical trials, national registries, and postmarketing surveillance // Journal of Rheumatology Supplement. 2014. № 91. P. 47-55.

6. Çekiç C., Aslan F., Vatansever S. et. al. Latent tuberculosis screening tests and active tuberculosis infection rates in Turkish inflammatory bowel disease patients under anti-tumor necrosis factor therapy // Annals of Gastroenterology. 2015. № 28(2). P. 241-246.

7. Keane J., Gershon S., Wise R. et. al. Tuberculosis associated with infliximab, a tumor necrosis factor α – neutralizing agent // The New England Journal of Medicine. 2001. V. 345. № 15. P. 1098-1104.

8. Raval A., Akhavan-Toyserkani G. Brief Communication: Characteristics of Spontaneous Cases of Tuberculosis Associated with Infliximab // Annals of Internal Medicine. 2007. V. 147. № 10. P. 699-703.

9. Rutgeerts P., Sandborn W. J., Feagan B. G. et. al. Infliximab for induction and maintenance therapy for ulcerative colitis // The New England Journal of Medicine. 2005. V. 353. № 23. P. 2462-2476.

УДК 616-06

**Ю.Ю. Воротняк, А.Р. Сулейманова, М.И. Фоминых
ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ И
НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ**

Кафедра факультетской терапии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Y.Y. Vorotnyak, A.R. Suleymanova, M.I. Fominykh

INVESTIGATION OF DENTAL STATUS OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY AND NON-INFLAMMATORY DISEASES OF THE JOINTS

Department of Faculty Therapy
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: sulalina10795@mail.ru

Аннотация. Проведено исследование стоматологического статуса пациентов с воспалительными и невоспалительными заболеваниями суставов. Рассмотрено влияние данных соматических патологий на состояние, специфическую защиту полости рта.

Annotation. This article investigated the dental status of patients with inflammatory and non-inflammatory diseases of the joints. We also determined the effect of data on the state of somatic pathology, specific protection of the oral cavity.

Ключевые слова: воспалительные и невоспалительные заболевания суставов, стоматологический статус.

Keywords: inflammatory and non-inflammatory joint disease, dental status.

Тема данной исследовательской работы приобретает все большую актуальность. Болезни суставов имеют особый интерес в силу их высокой распространенности и чрезвычайно негативного влияния на качество жизни. Заболевания суставов наиболее широко распространены среди лиц пожилого возраста, численность которых постепенно возрастает во всех странах мира [4]. Согласно демографическим прогнозам, доля населения старше 65 лет в экономически развитых странах к 2030 году достигнет 22,5% [5]. В связи с этим заболевания суставов становятся не только серьезной медико-социальной, но и экономической проблемой для общества в целом. В ходе стоматологической практики было выявлено большое число пациентов с артритами. Нам, как будущим стоматологам, предстоит работать с пациентами, имеющими различные сопутствующие заболевания, поэтому необходимо знать особенности течения, связь с полостью рта заболеваний суставов, чтобы выбрать правильную тактику ведения пациента. В связи с этим было проведено исследование стоматологического статуса больных с воспалительными и невоспалительными заболеваниями суставов.

Цель исследования - исследование стоматологического статуса пациентов с воспалительными и невоспалительными заболеваниями суставов; определить влияние данных соматических патологий на состояние, специфическую защиту полости рта.

Материалы и методы исследования

Обследовано 42 пациента. Первую группу составили 13 пациентов с воспалительными заболеваниями суставов (ревматоидный артрит, псориатический артрит), женщины, в возрасте от 50 до 69 лет, средний возраст

которых составил 58 лет. Вторую группу составили 29 больных с невоспалительными заболеваниями суставов (остеоартроз), женщины, в возрасте от 50 до 75 лет, средний возраст которых составил 56 лет. Все пациентки проходили лечение на базе поликлинического отделения №3 МБУ "Центральная городская больница №7". Клиническое стоматологическое обследование включало: сбор жалоб, анамнеза, осмотр полости рта – оценку состояния слизистой оболочки, тканей пародонта, уровня гигиены по Грину-Вермильону, индекс гингивита – РМА, заполнение карт стоматологического обследования. Также проводили исследование ротовой жидкости по следующим параметрам: качественный анализ секрета – характеристика цвета, прозрачности. Проводили исследование скорости саливации, определяли pH и уровень секреторного IgA ротовой жидкости.

Исследование секреторной функции слюнных желез осуществляли с применением методик сиалометрии и соблюдением всех правил, давали рекомендации и обсуждали значение проводимого исследования. Процедуру сбора слюны выполняли в стандартизированных условиях: утром с 8-00 до 10-00, без предварительного приема пищи и чистки зубов. Всем пациентам проводили нестимулированную сиалометрию, методом сплевывания в градуированную пробирку с ценой деления 0,1 мл. Сбор слюны проводили в течение 10 минут. На основании данных трехкратного сбора слюны рассчитывали среднее значение индивидуального уровня саливации каждого обследованного пациента [1]. Норма – 0,5-1,2 мл/мин.

Определение pH ротовой жидкости определяли с помощью индикаторных полосок, результаты сравнивали со шкалой, которая прилагалась к полоскам. Норма – от 6,0-7,9.

Содержание секреторного иммуноглобулина А в слюне определяли методом радиальной иммунодиффузии с использованием моноспецифических сывороток в лабораторной службе «Helix» г. Екатеринбурга. Норма 1-2 г/л.

Определение индексов:

1. КПУ зубов (КПУз) — сумма кариозных, пломбированных и удаленных зубов обследуемого. КПУ от 15 и выше свидетельствует о высокой интенсивности кариозного поражения, 7-14 умеренной, 1-6 — низкой [2, 3].

2. Индекс Грина-Вермиллиона. Для определения ОНІ-S исследуют щечную поверхность 16 и 26, губную поверхность 11 и 31, язычную поверхность 36 и 46, перемещая кончик зонда от режущего края в направлении десны. Отсутствие зубного налета обозначается как 0, зубной налет до 1/3 поверхности зуба – 1, зубной налет от 1/3 до 2/3 – 2, зубной налет покрывает более 2/3 поверхности эмали – 3. Затем определяется зубной камень по такому же принципу. Формула для расчета индекса

$$\text{ОНІ} - S = \sum (3Н/n) + \sum (3К/n),$$

где n – количество зубов, 3Н – зубной налет, 3К – зубной камень.

Интерпретация значений: 0 - 0,6 – хорошая гигиена полости рта; 0,7 – 1,6 – удовлетворительная; 1,7 – 2,5 – неудовлетворительная; 2,6 и более – плохая.

3. Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА). Исследование проводится визуально.

Оценку воспалительного процесса производят следующим образом:

воспаление сосочка – 1 балл;

воспаление края десны – 2 балла;

воспаление альвеолярной десны – 3 балла.

$$РМА = \text{Сумма показателей в баллах} \times 100 / 3 \times \text{число зубов у обследуемого}$$

Значение индекса при ограниченной распространенности патологического процесса достигает 25 %; при выраженных распространенности и интенсивности патологического процесса показатели приближаются к 50 %, а при дальнейшем распространении патологического процесса и увеличении его тяжести – от 51 % и более [2, 3].

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе анамнеза пациенток выявлено, что все исследуемые имеют перенесенные заболевания, чаще это травмы (переломы) (32,5%) и заболевания сердечно-сосудистой системы (22,5%). Кровоточивость десен отмечают 27,5% обследуемых, сухость во рту – 25%, причем большая часть – пациенты с воспалительными заболеваниями суставов.

КПУз у 100% обследуемых очень высокий (больше 15), в основном за счет удаленных зубов. Такие высокие результаты связаны: с возрастной группой пациентов (средний возраст – 56 лет), сниженной скоростью саливации.

рН ротовой жидкости у 100% пациентов снижена, особенно у больных с воспалительными заболеваниями суставов (до 5) (рис. 1). Это связано со снижением скорости слюноотделения и нарушением процессов синтеза слюны. В норме в слюнных протоках состав слюны существенно изменяется по сравнению с первичным секретом: ионы натрия активно реабсорбируются, а ионы калия активно секретятся, но с меньшей скоростью, чем всасываются ионы натрия. В результате концентрация натрия в слюне снижается, тогда как концентрация ионов калия возрастает. Существенное преобладание реабсорбции ионов натрия над секрецией ионов калия увеличивает электронегативность мембран клеток слюнных протоков (до 70 мВ), что вызывает пассивную реабсорбцию ионов хлора. Одновременно усиливается секреция ионов бикарбоната эпителием протоков, что обеспечивает ощелачивание слюны. При дистрофических процессах повышается осмотическое давление за счет выхода ионов из костной ткани в плазму крови, что приводит к нарушению выше указанных процессов. При воспалительных заболеваниях активируется иммунная защита организма, что усугубляет процессы разрушения костной ткани и выход ионов в кровь.

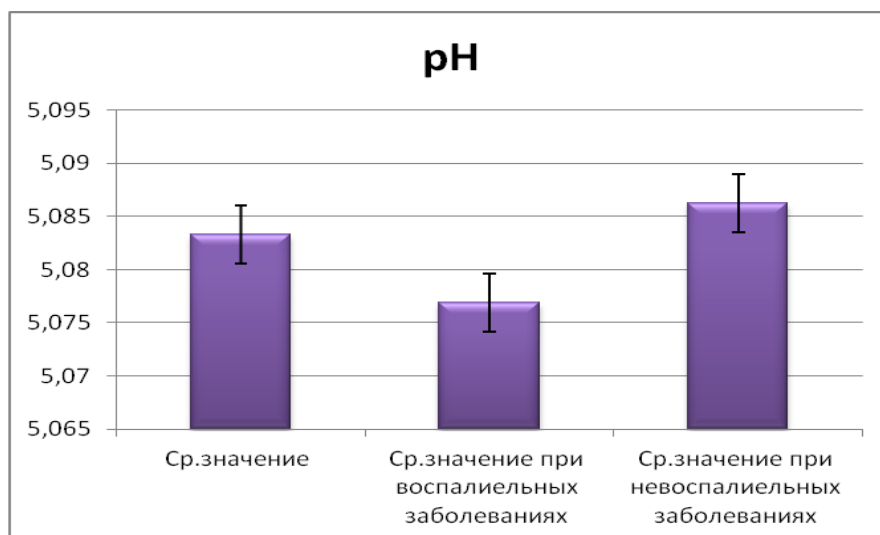


Рис. 1 Показатели pH ротовой жидкости пациентов

Скорость саливации также у 100% пациентов снижена, в большей степени у больных с воспалительными заболеваниями суставов (Рис.2). Так как при невоспалительных заболеваниях суставов преобладают дистрофические процессы, в ходе которых происходит выход ионов из костной ткани в кровь, в результате чего повышается осмотическое давление плазмы, следовательно, нарушаются механизмы реабсорбции и секреции ионов, что приводит к нарушению синтеза и выхода слюны, повышению ее вязкости. При воспалительных заболеваниях суставов идет перекрестная иммунная реакция, в результате чего поражается соединительная ткань слюнных желез. За счет экссудации стромы слюнных желез отекает, в результате чего сдавливаются паренхима и протоки слюнных желез, что нарушает процессы синтеза и выхода слюны.

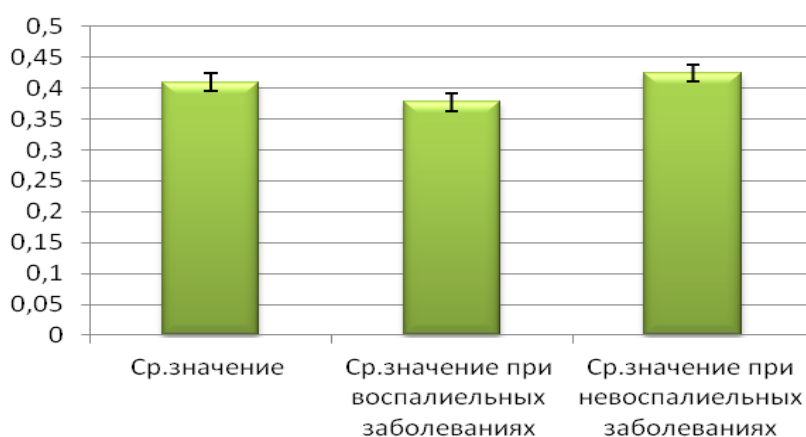


Рис. 2 Показатели сиалометрии

Уровень sIg A в случаях невоспалительных заболеваний в пределах нормы, У пациенток с артритами уровень sIg A увеличен (больше 2 г/л), за счет общей активации иммунной системы и повышения синтеза всех классов иммуноглобулинов.

Значение индексов ОНИ-S в пределах нормы, но так как снижена скорость саливации и изменены вязкость и состав слюны индекс РМА высокий.

Выводы

При обследовании пациентов выявлено:

1. Высокий КПУз, снижен pH и скорости слюноотделения
2. Значение индексов ОНІ-S в пределах нормы, но так как снижена скорость саливации и изменены вязкость и состав слюны индекс РМА высокий
3. В случае пациентов с воспалительными заболеваниями суставов резко снижена скорость слюноотделения и повышен уровень sIg A

При лечении пациентов с заболеваниями ОДА стоматологам следует обращать внимание на то, что у больных снижена скорость саливации, pH и количество слюны, изменен химический состав слюны, вследствие чего повышена вязкость. Исходя из этого, мы советуем таким пациентам проводить глубокое фторирование и курсы реминерализующей терапии.

Литература:

1. Адмакин О.И., Козлитина Ю.А. Клинико-иммунологическая характеристика состояния органов полости рта у детей с ювенильным ревматоидным артритом / Стоматология 6.- 2011. – С. 77-79.
2. Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология / М.: "Медицинское информационное агентство", 2003.
3. Еловикова Т.М., Жукова Е.Е., Ожгихина Ж.Э., Трошунин А.В. Особенности стоматологического статуса больных сахарным диабетом II типа в условиях стационара: гигиенические аспекты / Терапевтическая стоматология.- 2013. - №2. – С. 34-37.
4. Колотова Н.Н., Ронь Г.И. Одонтогенные очаги инфекции при ревматоидном артрите / Терапевтическая стоматология.- 2010. - №5. – С. 12-14
5. Мазуров В.И. Болезни суставов: руководство для врачей / Б79 СПб.: СпецЛит, 2009. – 397 с.

УДК: 616.36-002.2; 616.36-004-07

И.А. Гурикова, Т.С. Морозова, И.Ф. Гришина

**Выявление изменений геометрии сердца и типов ремоделирования левого
желудочка при хронических гепатитах и циррозах печени вирусной
этиологии**

Кафедра поликлинической терапии, ультразвуковой и функциональной
диагностики

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

I.A. Gurikova, T.S. Morozova, I.F. Grishina

**Detection of changes in the geometry of the heart and types of left ventricular
remodeling in chronic hepatitis and liver cirrhosis of viral etiology**

Department of outpatient therapy, ultrasound and functional diagnostics