

[thcare/](#) - Доступ: 6.09.2013 г.

2. Мировой отчет по неинфекционным заболеваниям, 2010 г. [http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/ru/index.html] – Доступ: 10.09.2013 г.

Ключевые слова: неинфекционные заболевания, причины смерти, болезни системы кровообращения, онкологические болезни, внешние причины, пути снижения неинфекционных заболеваний.

Keywords: noncommunicable diseases, causes of death are diseases of the circulatory system, oncological diseases, external causes, ways to reduce noncommunicable diseases.

УДК 616.036.12

В.Ю. Юркевич

**ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
У КУРИЛЬЩИКОВ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ¹**

*Санкт-Петербургский государственный университет
Факультет стоматологии и медицинских технологий,
Санкт-Петербург, Россия, Yurkevichvy@mail.ru*

Последствия табакокурения хорошо известны врачам разных специальностей, в том числе и стоматологам, так как первый удар болезнетворного эффекта воздействия аммиачных и феноловых соединений, никотина и дегтя, входящих в состав табачного дыма, принимают на себя красная кайма губ (ККГ), слизистая оболочка полости рта (СОПР), ткани пародонта [1]. Хроническая химическая, термическая травма, нарастающая гипоксия тканей, снижение на этом фоне местных и общих факторов иммунной защиты способствуют возникновению стоматологических заболеваний. Проблемы стоматологического здоровья зависят от интенсивности и сроков табакокурения [2]. Отдельного рассмотрения заслуживает вопрос о состоянии тканей полости рта у молодых курильщиков [3]. Никотиновая зависимость у подростков, молодежи формиру-

¹YurkevichV.Y. Dental health problems in smokers at a young age.

ется довольно быстро, борьба же с табакокурением у этой категории курящих является сложной задачей. Тем не менее, мотивированный отказ от курения именно в молодом возрасте является главным направлением реального продления жизни человека [4]. Исследования влияния табакокурения на СОПР и ткани пародонта у лиц данной возрастной категории ограничены.

Цель исследования заключалась в комплексном клинико-функциональном изучении реакции на табакокурение тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта у лиц молодого возраста в зависимости от стажа курения.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 22 человека в возрасте от 20 до 25 лет без выраженной сопутствующей патологии. Испытуемые были разделены на две группы. Первая группа (группа I) состояла из 15 человек с никотиновой зависимостью. Во вторую (контрольную) группу (группа II) включены 7 человек, не употребляющих табачные изделия. В зависимости от стажа курения обследуемые группы разделялись на две подгруппы: со стажем курения от 2 лет до 5 лет (7 человек) и от 6 лет до 10 лет (8 человек). Все обследуемые курили сигареты с фильтром. Среднее количество выкуриваемых в день сигарет - $16 \pm 2,2$.

Проводили стандартный стоматологический осмотр полости рта, люминесцентную стоматоскопию с расчетом гигиенического статуса Силнес-Лоу, глубины пародонтальных карманов, уровня рецессии десны по Миллеру, пародонтологического индекса Рассела, индекса кровоточивости десен Муллемана-Саксера. Исследовали гемодинамические характеристики кровотока в микроциркуляторном русле тканей пародонта и СОПР с использованием ультразвуковой высокочастотной доплерографической системы «МинимаксДопплерК» (ООО «СПМинимакс», Россия) с ультразвуковым преобразователем 20 МГц, регистрирующим движение форменных элементов крови на глубине до 0,8 см [5]. Анализ данных проводили в программе Statistica 6.0.

Результаты исследований и обсуждение. При первичном осмотре обследуемых I группы были выявлены различия в состоянии СОПР и тканей пародонта в зависимости от стажа табакокурения. В группе обследуемых с никотиновой зависимостью до 5 лет средний индекс гигиены по сравнению с контрольной группой (некурящие) был выше и составлял $1,43 \pm 0,2$ балла. Несмотря на отсутствие достоверных различий, у всех обследуемых со стажем курения до 5 лет наблюдался зубной налет. Существенные различия в гигиеническом со-

стоянии полости рта в группе курящих лиц были выражены при анализе данного критерия у обследуемых с никотиновой зависимостью от 6 до 10 лет. Показатель средних значений индекса гигиены достигал $2,62 \pm 0,18$ баллов, достоверно ($p < 0,05$) превышая показатели как некурящих, так и непродолжительно курящих лиц. В 5 из 8 наблюдений отмечался наиболее высокий индекс Силнес-Лоу (3 балла), свидетельствующий о крайне низкой степени гигиены полости рта.

Наиболее часто при обследовании слизистой оболочки у курящих лиц регистрировали нарушения кератинизации. При этом прослеживалась отчетливая зависимость от стажа курения. У курящих лиц со стажем курения от 2 до 5 лет лейкокератоз неба отмечался у 43% обследуемых. С увеличением стажа курения от 6 до 10 лет данная патология регистрировалась у 62% обследуемых. У некурящих лиц ни в одном случае лейкокератоз неба не наблюдался. Следовательно, устойчивое нарушение клеточного роста, развивающееся под действием высоких температур и вредных компонентов табачного дыма, когда клетки слизистой не в состоянии пройти полноценный цикл роста и созревания, может формироваться у молодых лиц даже с достаточно непродолжительным стажем курения (от 2 до 5 лет).

Табакочурение инициировало раннее развитие гиперкератоза нитевидных сосочков языка, одну из достаточно частых причин появления черного (коричневого) волосатого языка. Нитевидные сосочки, окрашенные пигментом табака, при этом могут достигать 2 см и более. Известно, что при отсутствии гигиены полости рта и на фоне иммунодефицитных состояний различной этиологии черный волосатый язык курильщика может осложниться кандидозным глосситом[6].

Десквамативный глоссит отмечали как в группе некурящих, так и курящих лиц. Разрозненные, неправильной формы бело-желтые участки гиперкератоза, напоминающие географическую карту, наблюдались у 14% обследуемых некурящих и курящих с непродолжительным стажем курения до 5 лет. В подгруппе продолжительно курящих лиц (от 6 до 10 лет) установлено увеличение частоты выявления десквамативного глоссита до 25%.

На втором месте по частоте встречаемости у курящих лиц установлено поражение красной каймы губ в виде эксфолиативного хейлита. Эксфолиативный хейлит (сухая форма) регистрировали у 28% курящих со стажем курения от 2 до 5 лет. В подгруппе лиц со стажем курения от 6 до 10 лет данная форма

определялась в 37% случаев. Встречаемость ангулярного хейлита во всех группах была единична. В группе некурящих лиц признаков эксфолиативного хейлита не отмечалось. Считается доказанным, трофические изменения на фоне катарального хейлита способствуют эксфолиации верхних рядов эпителия, а также образованию мелких трещин и чешуек в области красной каймы губ с формированием эксфолиативного хейлита[7]. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что такие изменения у молодых лиц следует ожидать уже через 2 года курения.

Таким образом, стоматологический осмотр позволил выявить значительную частоту патологических состояний СОПР у курильщиков табака, установить прямую зависимость заболеваний СОПР от продолжительности курения. С увеличением стажа курения значительно возрастает вероятность развития лейкокератоза неба, гиперкератоза нитевидных сосочков языка, воспалительных заболеваний красной каймы губ.

Результаты стоматологического осмотра были дополнены оценкой состояния слизистой оболочки полости рта у некурящих и курящих лиц молодого возраста с помощью люминесцентного исследования. Так называемая белая линия щеки или мягкая лейкоплакия (лейкоэдема) определялась в виде голубоватого неравномерного свечения у 28% некурящих. У курящих со стажем от 2 до 5 лет мягкая лейкоплакия выявлялась в 43%, а у курильщиков со стажем от 6 до 10 лет - у всех обследуемых. Следовательно, хотя данный вид лейкоплакии может быть диагностирован не только у курящих, курение играет важную этиологическую роль в развитии этой формы гиперкератоза.

У лиц с никотиновой зависимостью также возрастала динамика частоты встречаемости галитоза. Неприятный запах изо рта отмечали у 57% некурящих, тогда как среди курящих со стажем до 5 лет в 71%, а с более продолжительным стажем курения (от 6 до 10 лет) у всех обследуемых этой подгруппы. Следует согласиться с мнением о том, что большинство курящих представителей мужского пола не считают стоматологическое здоровье важным и отбрасывают предложения о своевременном лечении и профилактике болезней полости рта [8]. Избавиться от галитоза практически невозможно, если не бросить курить[9].

Следующий раздел исследований заключался в клинической характеристике состояния тканей пародонта у курящих и некурящих лиц молодого возраста. Прежде всего, обращает на себя внимание изменение глубины десневой

борозды. У лиц со стажем курения от 2 до 5 лет глубина десневой борозды в среднем была незначительно выше, чем у некурящих (соответственно $1,71 \pm 0,1$ мм и $1,57 \pm 0,07$ мм, $p > 0,05$). У обследуемых со стажем курения от 6 до 10 лет отмечали достоверное увеличение глубины зубодесневой борозды в среднем до $2,69 \pm 0,09$ мм, что может рассматриваться как состояние близкое к патологическому образованию пародонтального кармана. Следовательно, табакокурение даже с небольшим стажем является у молодых лиц достаточно сильным фактором риска возникновения патологии пародонта.

Аналогичная закономерность установлена при оценке степени выраженности воспалительной реакции десны. У курящих молодого возраста со стажем курения до 5 лет отмечалось повышение пародонтологического индекса Рассела, недостоверно отличающееся от значений в группе некурящих (соответственно $0,42 \pm 0,2$ балла и $0,28 \pm 0,2$ балла, $p > 0,05$). У подавляющего большинства обследуемых этой группы наблюдался легкий гингивит, не окружающий циркулярно зуб. У курильщиков с более продолжительным стажем курения (от 6 до 10 лет) средняя величина индекса Рассела достигала $1,37 \pm 0,18$ баллов, достоверно ($p < 0,05$) превосходя значения, установленные в группах некурящих и курящих продолжительностью до 5 лет, что свидетельствует о преимущественном развитии у курящих хронического катарального гингивита, окружающего зуб.

Воспалительные явления на фоне продолжающегося курения часто сопровождаются кровоточивостью десен [10,11]. В нашем исследовании критерии, характеризующие воспалительные изменения тканей пародонта, также коррелировали с повышенной кровоточивостью десен у курящих лиц молодого возраста. У всех обследуемых со стажем курения от 2 до 5 лет индекс РВІ отмечался преимущественно 1-й степени (единичные точечные кровотечения), что несколько выше, чем в группе некурящих. С увеличением стажа курения от 6 лет и более индекс РВІ был достоверно выше, чем у курящих с непродолжительными сроками табакокурения ($2,12 \pm 0,22$ против $1,28 \pm 0,18$, $p < 0,05$), соответствуя 2-3 степени кровоточивости десен (линейно-точечное кровотечение по краю вершины сосочка и умеренное кровотечение из межзубного сосочка). Следует отметить, что исходных жалоб на кровоточивость десен обследуемые не предъявляли.

Таким образом, особенностью воспалительных реакций тканей пародонта у курящих лиц молодого возраста является поэтапное вовлечение в патологиче-

ский процесс тканевых структур пародонта, зависящее от продолжительности табакокурения. У курильщиков с продолжительностью курения от 2 до 5 лет формируются начальные стадии воспалительных процессов в слизистой оболочке полости рта и тканях пародонта без деструктивных нарушений. Отказ от курения на этом этапе будет наиболее эффективной мерой снижения вредного воздействия табака на состояние СОПР и тканей пародонта. Увеличение стажа табакокурения от 6 до 10 лет приводит к выраженным клиническим проявлениям нарушений функций СОПР и тканей пародонта и способствует развитию в них воспалительных и деструктивных процессов.

По современным представлениям, в генезе воспалительного процесса важную роль играют расстройства микроциркуляции, в связи с чем, мы использовали метод ультразвуковой доплерографии тканей пародонта [5].

Проведенные исследования показали, что у курящих лиц регистрировались ранние нарушения микроциркуляции в тканях пародонта. У всех обследованных со стажем курения от 2 до 5 лет показатели средней линейной скорости капиллярного кровотока в тканях пародонта верхней и нижней челюсти были на 18-27% ($p \leq 0,05$) ниже, чем у лиц, не подверженных табакокурению. Соответственно наблюдали достоверное снижение средней объемной скорости капиллярного кровотока на 23–24%. Выявленные изменения характеристик гемомикроциркуляции в тканях пародонтального комплекса обследуемых свидетельствуют о ранних существенных нарушениях микроциркуляции и ишемии тканей пародонта даже при относительно небольшом (в пределах 2-5 лет) стаже курения.

С увеличением продолжительности курения от 6 до 10 лет количественный анализ доплеровских кривых демонстрировал еще более значительное снижение средней линейной и объемной скоростей капиллярного кровотока (соответственно на 41 – 49% и 44 - 46%, $p \leq 0,05$) по сравнению с контрольной группой, что свидетельствовало о существенных нарушениях микроциркуляции тканей пародонта.

Таким образом, табакокурение оказывает раннее негативное влияние на микроциркуляцию в тканях пародонта, о чем свидетельствует снижение линейных и объемных характеристик кровотока у молодых курильщиков со средним стажем табакокурения от 2 до 5 лет, которые следует расценивать в качестве предиктора хронического генерализованного пародонтита. С увеличением стажа курения от 6 до 10 лет у молодых курящих отмечаются еще более тяжелые

нарушения тканевого микрокровотока пародонта.

Выводы.

1. Показано повышенное накопление зубного налета в придесневой области у курящих лиц молодого возраста, свидетельствующее о низком уровне индивидуальной гигиены, а, следовательно, формировании условий для развития патологии СОПР и тканей пародонта.

2. Установлено увеличение частоты патологических состояний СОПР у курильщиков табака в прямой зависимости от продолжительности курения. С увеличением стажа курения значительно возрастает вероятность развития лейкокератоза неба, гиперкератоза нитевидных сосочков языка, воспалительных заболеваний красной каймы губ.

Люминесцентное стоматологическое исследование улучшает диагностику патологических состояний слизистой оболочки полости рта у лиц с различным стажем никотиновой зависимости и позволяет выявить высокий уровень распространенности у этой категории обследуемых кератозов.

3. Потребление табака является сильным фактором риска возникновения патологии пародонта. Особенностью воспалительных реакций тканей пародонта у курящих лиц молодого возраста является поэтапное вовлечение тканевых структур пародонта, зависящее от продолжительности табакокурения.

Табакокурение на протяжении 6 - 10 лет приводит к клиническим проявлениям нарушений функций пародонта. Высокая распространенность заболеваний тканей пародонта у курильщиков табака, их зависимость от длительности курения, свидетельствует о выраженном повреждающем действии составляющих компонентов табачного дыма на органы и ткани полости рта.

4. Табакокурение оказывает раннее неблагоприятное влияние на микроциркуляцию в тканях пародонта, о чем свидетельствует снижение на 18 – 27% линейных и 23 – 24% объемных характеристик кровотока у молодых курильщиков со средним стажем табакокурения от 2 до 5 лет, что следует расценивать в качестве предиктора хронического генерализованного пародонтита. С увеличением стажа курения от 6 лет у молодых курящих отмечаются еще более тяжелые нарушения тканевого микрокровотока пародонта.

5. Ультразвуковая доплерография является информативным неинвазивным методом диагностики, позволяющим объективно оценить отклонения в состоянии микроциркуляции курильщиков до появления клинических признаков поражения слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта. У курящих

молодых лиц при обращении за стоматологической помощью целесообразно проводить оценку кровотока в пародонтальном комплексе для уточнения степени повреждения сосудистого русла и выбора профилактического лечения.

Литература:

1. Каспина, А.И. Проявление последствий табакокурения на красной кайме губ и слизистой оболочки полости рта / А. И. Каспина // Пародонтология. – 2005. - № 3. – С. 62 – 66.
2. Токмакова, С. И. Влияние табакокурения на слизистую оболочку полости рта / С.И. Токмакова, Ю.В. Луницына // Забайкальский медицинский вестник. - 2012. - № 1. - С. 124 – 130.
3. Котова, М.Б. Психологические условия обеспечения эффективности профилактики курения у подростков: Автореф.дис. ... канд. психолог.наук / М.Б. Котова; ФГО УВПО «Рос. акад. гос. службы при Президенте РФ». – М., 2008. – 23 с.
4. Колесник, М.А. Влияние табакокурения в молодом возрасте на показатели секретного иммунитета слюны и их коррекция при воздействии сочетанных физических факторов: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук / М. А. Колесник; ГОУ ВПО «Челяб. гос. мед. акад. ФАЗ и СР». - Курган, 2009. – 46 с.
5. Козлов, В.А. Ультразвуковая доплерография в оценке состояния гемодинамики в тканях шей, лица и полости рта в норме и при некоторых патологических состояниях / В.А. Козлов, Н. К. Артюшенко, О. В. Шалак и др. // Руководство-атлас. - СПб. – 2000. – 34с.
6. Каспина, А.И. Заболевания слизистой оболочки рта / А. И. Каспина / Механизмы развития стоматологических заболеваний. Под ред. Л.П. Чурилова. – СПб.:ЭлбисБ, 2006. С. 98 – 227.
7. Анисимова, И.В. Комплексный подход к диагностике и лечению заболеваний губ / И. В. Анисимова, В. Б. Недосеко, А. А. Перемотин // Клиническая стоматология. – 2006. - № 1. – С. 84 – 87.
8. Хитров, В. Ю. Галитоз - медицинская и социальная проблема / В.Ю.Хитров, А.И.Заболотный // Практическая медицина. -2009.- № 33. -С. 12-17.
9. Шептулин, А.А.Неприятный запах изо рта: причины возникновения, диагностическая и лечебная тактика // Клинич. медицина. 2007. -Т. 85. -№ 1. -С. 65 -68.

10. Николаева, Л.В. Состояние полости рта у курильщиков / Современные аспекты профилактики и лечения стоматологических заболеваний: Сб. науч. тр. М., 2000. С. 125 -126.

11. Zee, K.Y. Smoking and periodontal disease // Aust. Dent. J. - 2009. Vol. 54, Suppl.1. S. 44-50.

Ключевые слова: табакокурение, стоматологические заболевания.

Keywords: smoking, dental disease.

УДК 613.2:616-036.8(470.23)

И.Ш. Якубова, Е.М. Базилевская

МОНИТОРИНГ ПИТАНИЯ ЖИТЕЛЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА КАК ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА ЖИЗНИ¹

Северо-Западный государственный медицинский университет

имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

yakubova-work@yandex.ru

Питание - один из важнейших показателей качества жизни человека. Скрининг и мониторинг состояния питания и здоровья населения позволяют судить об эффективности проводимых социально-экономических преобразований. Система мониторинга за состоянием питания на региональном уровне базируется на расчетах баланса продовольствия, семейных бюджетов и эпидемиологических исследованиях, основанных на оценке пищевого статуса и индивидуального потребления питания различными категориями населения [1].

Цель – провести анализ материалов показателей уровня жизни населения г. Санкт-Петербурга и результатов выборочного бюджетного обследования, по данным Петростата с 1990 по 2011 гг.

Результаты и обсуждение. Анализ материалов показателей уровня жизни населения г. Санкт-Петербурга и результатов выборочного бюджетного обследования, по данным Петростата за последние 20 лет, позволил установить популя-

¹YakubovaI.Sh., Bazilevskaya E.M.The nutrition's monitoring process of st.peterburg's residents was used as a measurement of quality of life.