

теидемии встречаются значительно реже, чем в группе пожилого и старческого возраста. Возможно, данные изменения соответствуют установившемуся образу жизни и эффективному поддержанию гомеостаза организма, что в некоторой степени объясняет феномен долгожительства. Выявленные особенности липидного спектра сыворотки крови мало зависят от пола обследованных лиц.

Список литературы:

1. Дупленко Ю.К. Наукометрический анализ современных тенденций и приоритетов развития геронтологии / Ю.К. Дупленко, С.Г. Бурчинский // Пробл. старения и долголетия. – 2000. – № 9. – С. 3-9.
2. Лазебник Л.Б. Медико-социальная помощь пожилым группы повышенного риска / Л.Б. Лазебник, Ю.В. Конев // Клиническая геронтология. – 2005. – № 1. – С. 88-91.
3. Ильницкий А.Н. Современные тенденции в проведении гериатрической реабилитации // Перспективы фундаментальной геронтологии: Тез. докл. всерос. конф. – СПб.: Ин-т биорегуляции и геронтологии, 2006. – С. 46-48.
4. Донцов В.И. Фундаментальные механизмы геропротекции / В.И. Донцов, В.Н. Крутько, А.А. Подколзин. – М.: Биоинформсервис, 2002. – 464 с.
5. Петухов В.А. Липидный дистресс-синдром (диагностика и принципы лечения): Пособие для врачей / В.А. Петухов. – М.: ВЕДИ, 2003. – 88 с.

ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА КАРИЕСА ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА

© Мосеева М.В.^{*}, Белова Е.В.^{*}

Ижевская государственная медицинская академия Росздрава, г. Ижевск

В работе проведена оценка влияния контаминации *Helicobacter pylori* и уровня кортизолемии у больных с эрозивно-язвенными поражениями гастро-дуоденальной зоны на функциональное состояние желудка и снижение активности лизоцима в полости рта, что является одним из приоритетным факторов риска развития кариеса зубов.

В последние годы развитие кариеса зубов исследователи [1-3] связывают с патологией органов пищеварения. Имеются данные о высокой пора-

^{*} Ассистент кафедры Стоматологии детского возраста, ортодонтии, профилактики стоматологических заболеваний, кандидат медицинских наук.

^{*} Доцент кафедры Пропедевтики внутренних болезней с курсом сестринского дела, доктор медицинских наук.

жаемости зубов кариесом у больных язвенной болезнью особенно ассоциированной с *Helicobacter pylori* (НР), хроническим холециститом и хроническим панкреатитом [4-6]. В большинстве случаев они сопровождаются дуоденогастральным и гастроэзофагеальным рефлюксом с забрасыванием дуоденального и желудочного содержимого в полость рта. Это нарушает физико-химические показатели ротовой полости, создавая кариесогенную ситуацию. Однако исследований о зависимости изменений параметров состояния полости рта от патологии желудочно-кишечного тракта недостаточно.

Цель работы – оценить состояние местного иммунитета и кислотно-щелочной потенциал полости рта при эрозивно – язвенных поражениях гастродуоденальной зоны и выяснить их роли в развитии кариеса зубов.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 258 больных эрозивно – язвенными поражениями в возрасте от 23 до 62 лет. Из них с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки 146, с эрозивным гастродуоденитом – 112 пациентов. Средняя продолжительность заболевания составила $6,8 \pm 1,6$ лет. Контрольную группу составили 60 практически здоровых лиц идентичные по возрастно-половому составу. Помимо общеклинического обследования, у всех пациентов проводилось изучение инфицированности НР полимеразной цепной реакцией, состояния местного неспецифического иммунитета смешанной слюны оценивали по показателю активности лизоцима в отношении стандартной культуры *Micrococcus Lisodenticus* [7], кислотопродуцирующую функцию желудка и кислотно – щелочной баланс слюны изучали рН-метрическим методом, уровень кортизола крови радиоиммунологическим методом. Электропроводность эмали зубов (ЭПЭ) определяли с помощью электрометрического устройства «Элоз 1» с нагрузочным током 100 ампер при напряжении 3 вольта по методике [8]. Полученные в результате исследования больных данные сравнивались с показателями контрольной группы, достоверность различий оценивали по критерию Стьюдента при нормальном распределении выборок, достоверным считали уровень значимости $p < 0,05$. Связи между явлениями оценивали корреляционным методом с использованием статистического пакета *Microsoft Excel* с расчетом коэффициента корреляции и установления ее направления.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате исследования было установлено, что частота обнаружения НР при язвенной болезни была выше по сравнению с показателями больных с эрозивным гастродуоденитом, однако в обоих случаях она превышала показатели контрольной группы. Активность лизоцима желудочного сока как у больных язвенной болезнью, так и у больных эрозивным гастродуоденитом была снижена по сравнению с контролем. Кислотопродуцирующая функция желудка у пациентов, имеющих язвенную болезнь, была выше, по сравнению с контрольной группой на 36 %, у пациентов, имевших эрозивный гастродуоденит на – 16 % (табл. 1).

Таблица 1

**Показатели кислотной продукции, активности лизоцима
желудочного сока и инфицированности Нр желудка
у больных с язвенной болезнью эрозивным гастродуоденитом**

Показатели	pH	Активность лизоцима, %	Нр, %
Больные с язвенной болезнью	$1,51 \pm 0,12$ (n = 46)	$15,71 \pm 0,65$ (n = 46)	$65,0 \pm 1,02^*$ (n = 72)
Больные с эрозивным гастродуоденитом	$1,77 \pm 0,16$ (n = 96)	$15,85 \pm 0,37$ (n = 96)	$57,0 \pm 1,03^*$ (n = 40)
Контрольная группа	$2,05 \pm 0,4$	$18,30 \pm 1,04$	$32 \pm 1,41$

Примечание: * – достоверные изменения по отношению к контрольной группе, n– число наблюдений

Таблица 2

**Показатели pH и активности лизоцима слюны и у больных
с язвенной болезнью эрозивным гастродуоденитом**

Показатели	ЭПЭ, мкА	pH	Активность лизоцима, %
Больные с язвенной болезнью	$18,14 \pm 3,32$ (n = 46)	$6,89 \pm 0,05$ (n = 46)	$29,41 \pm 0,79^*$ (n = 46)
Больные с эрозивным гастродуоденитом	$16,08 \pm 1,84$ (n = 96)	$7,00 \pm 0,06$ (n = 96)	$30,15 \pm 0,98^*$ (n = 96)
Контрольная группа	$15,36 \pm 1,78$	$7,34 \pm 0,06$	$70,39 \pm 2,47$

Примечание: * – достоверные изменения по отношению к контрольной группе, n– число наблюдений

Как свидетельствуют данные табл. 2, в полости рта у больных, как эрозивным гастродуоденитом, так и у пациентов с язвенной болезнью имелось значительное снижение активности факторов неспецифической защиты, сопряженное со снижением pH слюны и повышение ЭПЭ. Наибольшие изменения отмечены у больных с язвенной болезнью.

Анализ зависимости активности лизоцима желудочного сока от наличия НР показал, что у НР-позитивных больных активность лизоцима была $15,95 \pm 0,39$ %, что на 15 % меньше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Снижение иммунных характеристик в условиях контаминации НР обусловлено тем, что 85,4 % штаммов микроорганизма обладают способностью инактивировать лизоцим [9]. В группе НР-негативных больных его активность была снижена на 19 % ($p < 0,05$), составив $15,44 \pm 0,56$ %. Активность лизоцима слюны у НР – позитивных больных была снижена по сравнению с контролем на 64,22 %, составив $25,18 \pm 0,56$ %, у НР-негативных больных – на 60,09 %, составив $28,09 \pm 0,32$ %.

При исследовании влияния НР на кислотопродуцирующую функцию желудка было установлено, что как у НР-позитивных, так и у НР-негативных больных кислотная продукция была повышена соответственно на 20,5 % ($p >$

0,05) и 10,7 % ($p > 0,05$) по сравнению с контрольной группой, pH интрагастральной среды составила $1,63 \pm 0,40$ и $1,83 \pm 0,19$ соответственно. pH слюны у НР-положительных пациентов была снижена по сравнению с контролем на 7,08 %, у НР-отрицательных пациентов – на 4,35 % составив соответственно $6,82 \pm 0,09$ и $7,02 \pm 0,04$. Между уровнем pH смешанной слюны и pH интрагастрального содержимого нами выявлена прямая корреляция ($r = 0,43$), что демонстрирует зависимость уровня pH ротовой полости от уровня pH желудка. Надо отметить, что была обнаружена разница в показателях ЭПЭ в зависимости от обсемененности НР. Так у НР-положительных пациентов данный показатель снижался на 40,16 %, у НР-отрицательных – лишь на 22,07 %, составив соответственно $21,53 \pm 4,12$ мкА ($p < 0,05$), и $18,36 \pm 1,78$ мкА ($p < 0,05$).

Уровень кортизола крови у пациентов с язвенной болезнью и эрозивным гастродуоденитом был повышен по сравнению с контрольной группой ($364,76 \pm 22,30$ нмоль/мл) и составил соответственно $560,94 \pm 44,34$ нмоль/мл ($p < 0,05$) и $628,49 \pm 45,38$ нмоль/мл ($p < 0,05$). Повышение уровня кортизола в крови больных с воспалительно-деструктивными поражениями слизистой гастродуоденальной зоны, является, вероятно, «функциональным гиперкортицизмом», развивающимся в ответ на экзогенную и эндогенную стрессовую ситуацию, которой нередко становится болевой синдром [10, 11].

Нами обнаружена взаимосвязь между повышением уровня кортизола в крови и изменением активности лизоцима. У обследуемых нами пациентов уровень активности лизоцима в желудочном соке снижался на 13,5 %, в слюне – в 2,3 % при сопряженном повышении уровня кортизола на 153,78 %. Уровень кортизолемии оказывал влияние и на ЭПЭ. У больных с высоким уровнем кортизолемии данный показатель достигал $30,50 \pm 3,51$ мкА, что достоверно выше показателей контрольной группы, у больных с незначительной кортизолемией уровень ЭПЭ повышался до $19,33 \pm 2,81$ мкА.

Таким образом, полученные данные позволяют утверждать, что наличие контаминаций НР и уровень кортизолемии у больных с эрозивно-язвенным поражением гастродуоденальной зоны способны влиять с одной стороны на функциональное состояние желудка, вызывая снижение местного иммунитета и повышение кислотной продукции желудочного сока. С другой стороны кортизолемия и инфицированность НР способствуют снижению активности лизоцима в полости рта и повышению ЭПЭ, что, в свою очередь, является приоритетным фактором риска кариеса зубов.

Список литературы:

1. Никитенко В.А. Влияние заболеваний желудка на изменения в тканях пародонта / В.А. Никитенко, В.П. Шатунов, Д.А. Блох // Стоматология. – 1991. – № 5. – С. 29-32.
2. Шамсутдинов Н.Ш. Состояние органов полости рта у детей с гастродуоденальной патологией, ассоциированной с *Helicobacter Pylori* / Н.Ш. Шам-

сутдинов, А.П. Киясов, Р.З. Уразова // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2001. – № 1. – С. 45-46.

3. Уразова Р.З. Сравнительная оценка эффективности различных методов лечения *Helicobacter Pylori*-ассоциированных заболеваний пародонта у детей / Р.З. Уразова, Т.Ю. Казанцева // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2001. – № 3. – С. 45-48.

4. Борисенко, А.В. Роль микробных ассоциаций и *Helicobacter Pylori* в развитии генерализованного пародонтита / А.В. Борисенко, О.В. Линоввицкая // Сов. стоматология. – 2000. – № 3. – С. 40-42.

5. Робакидзе Н.С. Влияние стоматологического статуса больных язвенной болезнью на инфицированность полости рта и слизистой оболочки желудка *Helicobacter Pylori* // Институт стоматологии. – 2000. – № 1 (6). – С. 16-18.

6. Елизарова В.М. *Helicobacter Pylori*-ассоциированная патология полости рта у детей (клинико-лабораторное исследование) / В.М. Елизарова, А.В. Горелов, Е.Н. Таболова, Е.А. Скатова // Стоматология. – 2006. – № 5. – С. 64-69.

7. Дорофейчук В.Г. Определение активности лизоцима нефелометрическим методом // Лабораторное дело. – 1968. – № 1. – С. 28-30.

8. Леонтьев В.К. Электрометрическая диагностика начального, фиссурного, рецидивного кариеса и других поражений твердых тканей зубов с законченной минерализацией эмали / В.К. Леонтьев, Г.Г. Иванова, Т.Н. Жарова // Методические рекомендации. – Омск, 1988. – 19 с.

9. Кириллов В.А. Антилизоцимная активность *Helicobacter pylori* / В.А. Кириллов, О.Б. Дронова // Физиология и патология пищеварения: материалы 18-ой Всероссийской научной конференции с международным участием 4-6 сентября, 2002. – Геленджик, 2002. – С. 78-79.

10. Мосин В.И. Язвенная болезнь / В.И. Мосин. – Ставрополь: Ставропольское книжное издательство, 1981. – 181 с.

11. Клиническая эндокринология / Под ред. Т.Н. Старковой. – М: Медицина, 1991. – 512 с.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТРУКТУР И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

© Мошкина А.А.*

Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Изучена эффективность влияния двух различных схем лечения перестимулирующей бронхиальной астмы средней степени тяжести в сочета-

* Аспирант кафедры Терапии института последипломного образования.