

рехода на самостоятельное питание. Иммунореактивные клетки (стрелки) немногочисленны, расположены поодиночке, имеют ярко окрашенные ядра. Окр. на PCNA, докр. гематоксилином. Исх. ув. $\times 100$

Таблица 2

Иммуногистохимические параметры (удельная площадь, %) аденогипофиза животных при хроническом иммобилизационном стрессе, $M \pm m$

| Группа | АКТГ | PCNA |
|----------------------------|---------------------|------------------|
| Контроль | 11,86 \pm 1,39 | 4,56 \pm 0,48 |
| "Мягкий" стресс (1-я гр.) | 19,77 \pm 2,04** | 6,95 \pm 0,73* |
| "Жесткий" стресс (2-я гр.) | 23,36 \pm 2,45*** | 5,68 \pm 0,57 |

Таким образом, проведенное иммуногистохимическое исследование показало, что у экспериментальных животных в возрасте, соответствующем переходу на самостоятельное питание, имеет место гипертрофия и гиперплазия кортикотропоцитов, уровень которых отражает силу стрессорного воздействия. При этом при "мягком" и "жестком" стрессе имеет место дифференцированное соотношение гипертрофии и гиперплазии кортикотропоцитов, с одной стороны, и усиления их пролиферативной активности – с другой. Если при "мягком" стрессе имеет место определенный параллелизм удельной площади АКТГ+ и PCNA+клеток, то при "жестком" стрессе, несмотря на продолжающееся увеличение доли АКТГ+иммунореактивных клеток, увеличение доли PCNA-позитивных аденоцитов по сравнению с контрольной группой даже не достигает уровня значимости, что указывает на то, что в данной экспериментальной группе гиперплазия кортикотропоцитов связана не столько с усилением их пролиферации, сколько с активацией их дифференцировки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование показало, что уровень активации ГГАС при хроническом стрессе

лизационного стресса. Иммунореактивные клетки многочисленны (стрелки), равномерно распределены по латеральным крыльям аденогипофиза. Окр. на PCNA, докр. гематоксилином. Исх. ув. $\times 100$

на ранних этапах постнатального онтогенеза может быть оценен по иммуногистохимическим изменениям в аденогипофизе. Уровень экспрессии АКТГ в аденогипофизе при хроническом психоэмоциональном стрессе связан с силой стрессорного воздействия, и его увеличение при хроническом стрессе в период перехода на самостоятельное питание обусловлено, главным образом, активацией дифференцировки клеток-предшественников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г. Г. Медицинская морфометрия. Руководство. – М.: Медицина, 1990. – 384 с.
2. Акмаев И. Г., Волкова О. В., Гриневич В. В. и др. // Вестн. Росс. Акад. Мед. Наук. – 2002. – № 6. – С. 24–27.
3. Шаляпина В. Г., Бедров Я. А., Ордян Н. Э. и др. // Журн. эволюц. биохимии и физиологии. – 2001. – Т. 37, № 2. – С. 134–138.
4. Kubera M., Basta-Kaim A., Budziszewska B., et al. // Int. J. Neuropsychopharmacol. – 2006. – Vol. 9, № 3. – P. 297–305.
5. Kvetnansky R., Mikulaj L. // Endocrinology. – 1970. – Vol. 87, №4. – P. 738–743.
6. Lehmann J., Russig H., Feldon J., et al. // Pharmacol. Biochem. Behav. – 2002. – Vol. 73, №1. – P. 141–145.
7. Polak J. M. Introduction to immunohistochemistry. – 3rd edition. – London: Bios Scientific Publishers, 2003.
8. Reiche E. M., Morimoto H. K., Nunes S. M. // Int. Rev. Psychiatry. – 2005. – Vol. 17, P. 6. – P. 515–527.
9. Severino G. S., Fossati I. A., Padoin M. J., et al. // Physiol. Behav. – 2004. – Vol. 81, №3. – P. 489–498.
10. Viveros-Paredes J. M., Puebla-Perez A. M., Gutierrez-Coronado O., et al. // Int. Immunopharmacol. – 2006. – Vol. 6, №5. – P. 774–781.
11. Wang J., Charboneau R., Barke R.A., et al. // J. Immunol. – 2002. – Vol. 169, № 7. – P. 3630–3636.

УДК 618.3–06:616.155.194:616.31

ВЛИЯНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НА СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Л. Н. Денисенко, Т. Ф. Данилина, Л. В. Ткаченко, А. Ф. Касибина, Е. В. Данилина
Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний,
кафедра акушерства и гинекологии ФУВ ВолГМУ

Исследование ротовой полости беременных женщин при наличии железодефицитной анемии выявило увеличение частоты стоматологических заболеваний, таких как кариес, болезни парадонта и слизистых оболочек полости рта.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, беременность, ротовая полость, стоматологические заболевания.

THE INFLUENCE OF IRON DEFICIENCY ANEMIA ON THE ORAL CAVITY OF PREGNANT WOMEN

L. N. Denisenko, T. F. Danilina, L. V. Tkachenko, A. F. Kasibina, E. V. Danilina

Examination of the oral cavity of pregnant women with iron deficiency anemia revealed an increase in the rate of stomatological diseases: dental caries, periodontal disease and diseases of the oral mucosa.

Key words: pregnancy, iron-deficiency anemia, dental diseases.

Кариес зубов, болезни пародонта и слизистой оболочки представляют собой большую социальную проблему и занимают основное место в структуре стоматологической заболеваемости населения. Особого внимания требуют группы повышенного риска, к которым, в первую очередь, относятся беременные женщины.

Исследования, проведенные в нашей стране и за рубежом, показали тесную связь стоматологических заболеваний у женщин в зависимости от течения беременности [2, 3]. Одним из заболеваний, часто осложняющим течение беременности, является железодефицитная анемия беременных [7, 8]. По данным экспертов групп ВОЗ, частота железодефицитной анемии у беременных колеблется от 21 до 80 % [5]. В Волгоградской области за последние пять лет железодефицитная анемия беременных возросла на 11 % [4]. При железодефицитной анемии страдает белковый и минеральный обмены, которые обеспечивают важнейшие жизненные функции организма [5]. Л. М. Казакова (1993) рассматривает железодефицитную анемию как тотальную органную патологию, приводящую к функциональным и морфологическим изменениям всех органов и тканей [1].

Несмотря на многочисленность исследований стоматологического статуса у беременных женщин, в литературе не освещен вопрос влияния железодефицитной анемии на состояние тканей и органов полости рта беременных женщин.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить влияние железодефицитной анемии на состояние органов и тканей полости рта беременных женщин г. Волгограда.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Лабораторная диагностика железодефицитной анемии включала в себя исследование гемограммы. В соответствии с рекомендациями экспертов ВОЗ критериями железодефицитной анемии считали содержание гемоглобина (Hb) ниже 104 г/л, количество эритроцитов ниже $3,5 \cdot 10_{12}$ г/л, цветовой показатель – менее 0,85; гематокрита – менее 0,33. Стоматологическое обследование беременных проведено в женских консультациях №№ 4, 7 и отделениях патологии клинических роддомов №№ 5, 7 г. Волгограда.

Данные, характеризующие стоматологический статус, фиксировали в специально разработанной карте осмотра полости рта. При обследовании беременных женщин принимали во внимание распространенность и интенсивность кариеса зубов, индекс (РМА) в модификации Parma (1960), индекс СРІ. Анкетирование проведено у 300 беременных женщин.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Исходя из анализа гемограмм, 700 беременных женщин в возрасте 18–30 лет были объединены в 2 группы: 1-я группа – беременные с железодефицитной анемией (310 женщин), 2-я группа – с физиологическим течением беременности (390 женщин).

Результаты исследования состояния полости рта у женщин с различным течением беременности показали, что распространенность кариеса зубов была довольно высокая: на фоне железодефицитной анемии – 99,86 %, несколько ниже при физиологическом течении беременности – 97,25 %. Интенсивность поражения при железодефицитной анемии составила 14,35; при физиологическом течении – 10,41 %.

В возрастном аспекте наибольшая интенсивность кариеса зубов была выявлена у женщин в возрасте 26–30 лет: при осложненном течении беременности – $16,64 \pm 0,29$; при физиологическом течении беременности – $12,61 \pm 0,35$ в возрасте 26–30 лет.

Изучение структуры КПУ позволило установить, что у женщин с железодефицитной анемией достоверно преобладала доля кариозных зубов – 49,36 %, при физиологическом течении – пломбированные зубы – 50,96 %.

Динамическое наблюдение за состоянием полости рта позволило выявить изменения твердых тканей зубов у 80 % беременных женщин 1-й и 58 % 2-й групп обследованных. Эти изменения характеризовались активным течением кариеса в ранее интактных зубах, рецидивным кариесом с прогрессированием патологического процесса. Прирост интенсивности кариеса ранее интактных зубов составлял при осложненном течении беременности – $2,31 \pm 0,25$, при физиологическом течении беременности – $0,83 \pm 0,04$ ($p < 0,001$).

При этом установлено, что самая высокая интенсивность прироста определялась в возрастной группе 18–20 лет: соответственно $2,54 \pm 0,31$ и $0,98 \pm 0,06$. Этот факт может свидетельствовать о том, что перестройка в организме женщины, связанная с его репродуктивной функцией, оказывает более интенсивное влияние на состояние твердых тканей зубов, чем возрастные изменения.

Проведенный анализ состояния тканей пародонта показал, что распространенность заболеваний пародонта у беременных составила при железодефицитной анемии – 82,56 %, при физиологическом течении – 74,53 %. Чаще всего у беременных наблюдался катаральный гингивит – соответственно 57,26 и 46,8 %; гипертрофический гингивит – 9,4 и 5,03 %; пародонтит – 19,2 и 12,7 %. В возрасте 18–20 лет преобладал катаральный локализованный гингивит. С возрастом

26–30 лет число таких лиц уменьшалось и нарастал процент катарального генерализованного гингивита, удельный вес которого был достоверно выше у беременных с железодефицитной анемией. У 48,52 % беременных женщин с железодефицитной анемией гингивит протекал по типу генерализованного воспалительного процесса, поражая десну одной или обеих челюстей. При наличии местных раздражающих факторов на фоне диффузного характера встречались более выраженные локализованные очаги воспаления. Локализованный воспалительный процесс отмечался у 37,39 % женщин. Чаще всего очаги воспаления локализовались в области нижних резцов и клыков и верхних премоляров и моляров, что связано с выходом слюнных протоков в этой области и отложением здесь зубного камня, патологическим прикусом, наличием аномально расположенных зубов. У беременных с физиологическим течением чаще наблюдался локализованный гингивит – 41,1 %, генерализованный гингивит встречался реже – в 23,41 % случаев.

Впервые возникшие заболевания тканей пародонта чаще мы наблюдали при железодефицитной анемии, тяжесть течения была значительно выше в данной группе, что подтверждалось высокими показателями индекса РМА: соответственно 49,59 и 38,0 %. Интенсивность поражений тканей пародонта по индексу СРІ составил $3,94 \pm 0,02$ секстанта у беременных с железодефицитной анемией, $2,68 \pm 0,04$ секстанта у женщин с физиологическим течением беременности.

Распространенность заболеваний слизистой оболочки у беременных женщин с железодефицитной анемией также довольно высока и составляет 42,8 %, у женщин с физиологическим течением беременности достоверно ниже – 31,9 %.

Из заболеваний слизистой оболочки полости рта отмечали заболевания губ и языка. В структуре заболеваний губ наиболее часто выявлялся эксфолиативный хейлит: 29,6 % на фоне железодефицитной анемии и 19,83 % при физиологическом течении беременности; ангулярный хейлит – соответственно у 19,56 и 6,03 %. В структуре заболеваний языка отмечали десквамативный глоссит – 13,1 % при железодефицитной анемии, 3,43 % – при физиологическом течении беременности.

В динамике отмечалось увеличение распространенности заболеваний слизистой оболочки полости рта во всех группах женщин, однако на фоне железодефицитной анемии увеличение распространенности происходило более быстро, чем у беременных без патологии.

Впервые заболевания слизистой оболочки полости рта возникали у 36,8 % беременных с осложненным течением и у 26,4 % женщин с физиологическим течением беременности. Незначительная часть женщин отмечала заболевания слизистой оболочки полости рта до беременности

и обострение патологии во время беременности.

Главным и объединяющим признаком всех выявленных изменений слизистой оболочки полости рта у больных железодефицитной анемией являлась атрофия покровного эпителия. При этом слизистая оболочка губ, щек и других участков полости рта истончалась, становилась менее эластичной и легко травмировалась. Бледность слизистой оболочки отмечалась у $(48,53 \pm 2,7)$ % беременных с железодефицитной анемией, $(22,95 \pm 2,2)$ % – у беременных без патологии ($p < 0,001$).

При железодефицитной анемии заболевания слизистой оболочки полости рта были в 1,4 раза выше как в первой, так и во второй половине беременности, чем при физиологическом течении.

Нередко симптомы поражения слизистой оболочки полости рта проявлялись раньше клинических признаков железодефицитной анемии, что может являться клиническим диагностическим тестом для направления беременных на дополнительный анализ крови с целью выявления начальной формы анемии.

Основой формирования резистентных тканей и органов полости рта является сбалансированное полноценное питание, которое имеет большое значение, резко нарушается при беременности. В результате анкетирования выявлено, что беременные женщины не владели знаниями правил рационального питания во время беременности. У 56,7 % беременных преобладали в рационе хлеб и картофель. Молоко и молочные продукты – источник легкоусвояемых солей кальция, фосфора, белков – преобладают в рационе 19,1 % женщин; овощи и фрукты – у 24,2 %.

Наибольшее значение в возникновении кариеса придается углеводным компонентам пищи. Нравы и привычки человека способствуют приему сладкой пищи часто беспорядочно, как последнее блюдо, в виде липких и вязких веществ, позволяющих им долго задерживаться в полости рта. На вопрос "Много ли сладкого Вы употребляете?" $(36,8 \pm 2,68)$ % женщин ответили, что употребляют много сладкого; $(18,2 \pm 2,15)$ % – мало и $(45,0 \pm 2,77)$ % отметили ответ "иногда".

Беременные употребляли много сладкого – $(36,8 \pm 2,68)$ %, из них 69,5 % составляют хлебобулочные и кондитерские изделия. Твердые овощи и фрукты в конце приема пищи никогда не употребляли 44,7 %.

Гигиенические мероприятия за полостью рта регулярно проводили $(71,62 \pm 2,7)$ % женщин, нерегулярно – $(23,0 \pm 2,34)$ %. Кроме того, у беременных женщин была неправильная техника чистки зубов: у $(59,40 \pm 20,83)$ % преобладали горизонтальные и круговые движения. Соблюдали правила чистки зубов лишь $(40,60 \pm 2,8)$ % опрошенных.

Итоги опроса показали, что $(60,4 \pm 2,72)$ % женщин не пользуются дополнительными средствами и средствами ухода за полостью рта;

(23)

(39,6±2,72) % беременных пользуются, при этом наиболее часто применялись зубочистки – (52,3±4,4) % и зубные нити (флоссы) – (38,4±4,3) %; реже – эликсиры (9,3±2,57) %.

Достоверность ответов подтверждается результатами стоматологического обследования, которое проходило параллельно с анкетированием. У беременных женщин был выявлен плохой уровень гигиены по Green-Vermillion: 2,44±0,13 в первой группе и 2,16±0,09 во второй, однако достоверности различий мы не выявили.

Таким образом, установлено:

1) у беременных женщин г. Волгограда в возрасте 18–30 лет на фоне железодефицитной анемии наблюдалась достоверно более высокая распространенность заболеваний органов и тканей полости рта по сравнению с физиологическим течением беременности: кариеса зубов (99,86±0,44 % против 97,25±0,73 %), интенсивность кариеса (КПУ 14,28±0,24 против 10,32±0,15); заболевания тканей пародонта (85,56±1,7 % против 64,53±2,1 %), слизистой оболочки (42,8±2,31 % против 31,9±2,08 %);

2) динамическое наблюдение за состоянием органов и тканей полости рта выявило интенсивность прироста кариеса у беременных женщин с железодефицитной анемией – 2,31±0,25, при физиологическом течении – 0,83±0,04 ($p < 0,001$);

3) результаты анкетирования беременных женщин выявили недостаточность гигиенических знаний по уходу за полостью рта, что подтверждалось плохим уровнем гигиены по Green-Vermillion (OHI-S): 2,44±0,13 на фоне ЖДА и 2,16±0,09 при физиологическом течении беременности ($p > 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исходя из полученных данных рекомендуем:

1) беременных женщин с железодефицитной анемией выделять в группу риска с увеличением кратности осмотров, санации полости рта, профилактики стоматологических заболеваний и предупреждения развития осложнений в 7–10, 16–20, 34–38 недель с обязательной диспансеризацией, осмотром этой группы в послеродовом периоде;

2) в группу повышенного риска развития стоматологических заболеваний выделить первобеременных женщин в возрасте 18–20 лет с железодефицитной анемией для увеличением кратности осмотров и санации каждые два месяца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Казакова Л. М. Дефицит железа и его профилактика в практике врача-педиатра: метод. рекомендации для педиатров и акушеров. – М., 1998. – 23 с.
2. Касибина А. Ф. // Актуальн. вопр. стом. – 1997. – Т. 52. – С. 96-101.
3. Носова В. Ф. // Стоматология. – 2003. – № 3. – С. 12.
4. Протокол Заседания Ассоциации акушеров гинекологов и планирования семьи от 28 марта 2003 г., г. Волгограда.
5. Серов В. Н., Бурлев В. А., Коноводова Е. Н. и др. Железодефицитные состояния у беременных: метод. рекомендации для акушеров-гинекологов. – М., 2005. – 32 с.
6. Черниченко Е. Е. // Сестринское дело. – 2001. – № 5. – С. 5-6.
7. Шехтман М. М. // Гинекология. – 2004. – № 4. – С. 15-16.
8. Singh K., Fong Y. F., Arulkumaran S. // Int. J. Food Sci. Nutr. – 1998. – Vol. 49, № 5. – P. 38-39.

УДК 616.314–089.28

ВЛИЯНИЕ КОНСТРУКЦИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ НА СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА ОПОРНЫХ ЗУБОВ

И. Е. Внуков, С. Н. Гаража

Ставропольская государственная медицинская академия

Цитоэнзимохимическими методами установлено, что субгингивальное расположение края коронок металлокерамических зубных протезов вызывает активацию лизосомального аппарата нейтрофильных лейкоцитов и приводит к развитию воспалительного процесса в маргинальной части десны. При супрагингивальном расположении края коронок проявлений воспалительного процесса в области десневого края не установлено.

Ключевые слова: зубные протезы, воспаление, десна, лейкоциты.

INFUENCE OF CONSTRUCTION OF METAL CERAMIC DENTURE ON THE RETAINERS' PERIODONTAL CONDITION

I. E. Vnukov, S. N. Garazha

Abstract. Cytoenzymochemical methods established that subgingival position of the edge of metal ceramic denture crown causes neutrophilic leukocytes' lysosome apparatus activation and provokes inflammation in the marginal part of the gum. No manifestations of an inflammatory process in the gingival edge were detected in supragingival position of