

## Медицинские науки

### ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ

Алекберов М.М.,  
Алиев Г. Х.

*Азербайджанский медицинский  
университет, Баку, Азербайджан  
e-mail: [musa\\_alekberov@mail.ru](mailto:musa_alekberov@mail.ru)*

Большинство заболеваний человека являются социально зависимыми, а их распространение базируется на эпидемиологических закономерностях. Сказанное в полной мере относится и к воспалительным заболеваниям пародонта (ВЗП) и бруцеллезу. [1; 2; 3]. Поэтому, чтобы понять причины широкой распространенности обеих нозоформ необходимо проведение социально-эпидемиологических исследований, что дает возможность выявить интегрированные факторы, благоприятствующие их циркуляции среди взрослого населения.

По данным экспертов ВОЗ и ряда авторов, заболеваемость взрослого трудоспособного населения (старше 35 лет) ВЗП очень высокая – 55-98 % [4; 5; 6]. Положение усугубляется в связи с тем, что в результате перестройки этиологической структуры возбудителей клинико-

патогенетические проявления ВЗП приобретают более мягкий характер, что не только осложняет их диагностику, но и снижают своевременную стоматологическую обращаемость населения и учащает среди него самостоятельные формы лечения ВЗП [7; 8]. Но особое внимание привлекает бруцеллез, наряду с повсеместным ростом заболеваемости населения [9; 10; 11], включая и нашу республику [2].

**Цель исследования.** Изучить закономерности распространения воспалительных заболеваний пародонта у больных с бруцеллезом.

#### Материалы и методы исследования

Для выполнения поставленной цели мы у 207 больных с бруцеллезом и лиц с ВЗП изучили основные признаки воспалительного процесса и спектр клинико-патогенетических проявлений (color, dolor, tumor, rubor, tunctionlalsa). Из них 87 больных были с острой, 120 с хронической формой болезни. Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи критерия Ван-дер-Вандена.

#### Результаты и обсуждение

Как ВЗП, так и бруцеллез характеризуется тем, что часто лечение острой (первичной) стадии не отличается результативностью и болезнь приобретает длительное хроническое течение. В этом отношении несомненный интерес представляет выявление частоты этих стадий среди наблюдаемых нами групп пациентов. (таблица).

#### Соотношение острой и хронической стадии ВЗП и бруцеллеза в отдельности и в сочетаниях

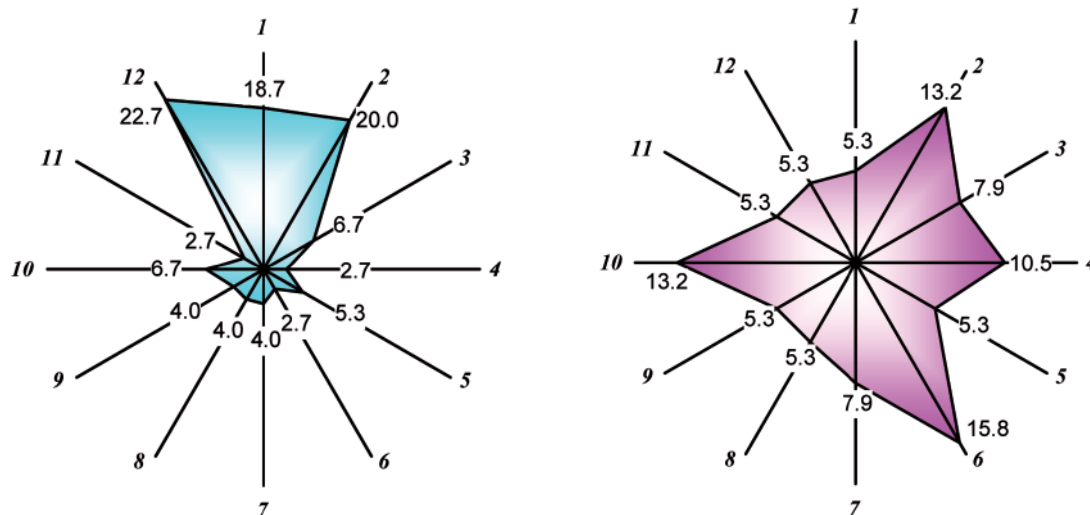
Нозоформы	Число пациентов	Частота стадий нозоформы				Достоверность различия	
		острая		хроническая		$\chi^2$	p
		абс.	%	абс.	%		
ВЗП	56	32	57,1 ± 6,7	24	42,9 ± 6,7	2,29	> 0,05
Бруцеллез	38	17	44,7 ± 8,2	21	55,3 ± 8,2	3,00	> 0,05
ВЗП + бруцеллез	113	38	33,6 ± 4,5	75	66,4 ± 4,5	24,23	< 0,01
Всего	207	87	42,0 ± 3,4	120	58,0 ± 3,4	10,52	< 0,01

Соотношение острой и хронической стадий самостоятельно протекающих ВЗП почти одинакова и равно соответственно 57,1 ± 6,7 % и 42,9 ± 6,7 % ( $\chi^2 = 2,29$ ;  $p > 0,05$ ). Столь же почти одинаковое является соотношение этих стадий и при самостоятельно протекающем бруцеллезе –

44,7 ± 8,2 % и 55,3 ± 8,2 % ( $\chi^2 = 3,00$ ;  $p > 0,05$ ). Это дает основание считать, что каждое из этих заболеваний при самостоятельном протекании вызывает не столь глубокие и выраженные патогенетические изменения и поэтому хроническая стадия их сохраняется примерно у поло-

вины пациентов. В противоположность этому, при сочетанном протекании ВЗП и бруцеллеза соотношение их острой и хронической стадий и составляет  $3,6 \pm 4,5 \%$  и  $66,4 \pm 4,5 \%$  ( $\chi^2 = 24,23$ ;  $p < 0,01$ ). Выявленный факт является несомненным доказательством системности обеих заболеваний и их сочетанного негативного воздействия. В результате этого лечение сочетанных заболеваний снижается и они приобретают продолжительный выло текущий хронический характер.

С эпидемиологической точки зрения важное значение имеет и выявление сезонной приуроченности различных инфекционных заболеваний, что дает возможность организовывать и проводить более целенаправленную рациональную их профилактику. Принимая во внимание, что наблюдаемые пациенты обращались за медицинской помощью в различные сезоны гола, у нас имелась возможность изучить этот вопрос, результаты которого отражены на рисунке.



Сезонная приуроченность сочетанной заболеваемости ВЗП и бруцеллезом острой (n = 38) и хронической (n = 75) стадиями.  
1 – острая стадия; 2 – хроническая стадия

При острой стадии самостоятельных ВЗП сезонность не наблюдается, затем варьирует от  $6,3 \pm 4,4$  до  $15,6 \pm 6,5 \%$  ( $\chi^2 = 1,32$ ;  $p > 0,05$ ). При анализе заболеваемости хроническими стадиями самостоятельных ВЗП довольно четко прослеживается сезонная приуроченность. Если в марте – ноябре, заболеваемость не превышает  $8,3 \pm 5,8$ , то в декабре – феврале она существенно возрастает ( $\chi^2 = 2,14$ ;  $p > 0,05$ ), и варьирует в пределах –  $20,8 \pm 8,5$  до  $25,0 \pm 9,0 \%$  ( $\chi^2 = 0,36$ ;  $p > 0,05$ ).

При самостоятельном ВЗП картина совершенно иная. Острая стадия заболевания выявляется только с апреля по август – от  $11,8 \pm 8,1$  до  $29,4 \pm 11,4 \%$  ( $\chi^2 = 1,73$ ;  $p > 0,05$ ). В это время происходит массовое рождение молодняка домашнего скота, заготовка мясо-молочных продуктов и реализация его в свежем виде населению, т.е. создается высокий риск его инфицирования. В то же время хроническая стадия бруцеллеза и самостоятельного ВЗП выявляется

в течение всего года и не имеет сезонной приуроченности, т.к. его показатели варьируют в не больших пределах – от  $9,5 \pm 6,6$  до  $23,8 \pm 9,5 \%$  ( $\chi^2 = 1,85$ ;  $p > 0,05$ ).

Как видно самостоятельные ВЗП им бруцеллез протекает вне зависимости друг от друга, имея при этом специфическую сезонную приуроченность. Однако при сочетанном их протекании прослеживается сезонная взаимозависимость между ними. Острые стадии совместно протекающих ВЗП и бруцеллеза выявляются в течение всего года, показатели варьируют в не больших пределах от  $5,3 \pm 3,7$  до  $15,8 \pm 6,0 \%$  ( $\chi^2 = 1,43$ ;  $p > 0,05$ ), чего не скажешь об их совместных хронических стадиях. В теплые и прохладные месяцы (март- ноябрь) выявляемость этих стадий небольшая – от  $2,7 \pm 1,9$  до  $6,7 \pm 2,9 \%$  ( $\chi^2 = 0,76$ ;  $p > 0,05$ ). В холодные месяцы (декабрь – февраль) их выявляемость достоверно возрастает ( $\chi^2 = 14,88$ ;  $p < 0,05$ ) – от  $18,7 \pm 4,5$  до  $22,7 \pm 4,9 \%$  ( $\chi^2 = 0,53$ ;  $p > 0,05$ ).

То что, при совместном протекании с ними наблюдается и обострения хронических стадий бруцеллеза, дают нам возможность прийти к следующему заключению. Бруцеллез нарушая микрофлору кровотока в тканях пародонта играет серьезную роль в этиологии ВЗП, обусловленные разными причинами, приводят в свою очередь к активизации вяло протекающего хронического бруцеллеза.

Таким образом, социально-эпидемиологические исследования позволили выявить факторы, обеспечивающие циркуляцию ВЗП и бруцеллеза среди взрослого населения. Это дает возможность не только рационализировать функционирующие системы профилактики ВЗП и бруцеллеза, но и интегрировать их, т.е. путем снижения активности отмеченных факторов общей значимости, осуществить своевременную профилактику обеих нозоформ.

#### Список литературы

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Шамшурина В.Р. Результаты и возможности комплексного лечения заболеваний пародонта // *Стоматология*. – 2001. – №1. – С. 83–87.
2. Исмаилова Р.И. Эпидемиологические особенности бруцеллеза в новых условиях ведения животноводства в Азербайджанской Республике: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Баку, 2002. – 24 с.
3. Падченко К.И. Бруцеллез людей и домашнего скота. – Киев, 2006. – 224 с.
4. Соловьева А.М., Матело С.К. Эпидемиологическое исследование распространенности периодонто-патогенной микрофлоры полости рта у населения России // *Стоматология*. – 2005. – №5. – С. 14–20.
5. Цепов Л.М. Лечение заболеваний пародонта. – Смоленск, 2005. – 152 с.
6. Armitage G.C. Diagnosis of periodontal diseases // *J. Periodontol.* – 2003. – V. 74. – P. 1237–1247.
7. Fletcher S. Brusellozis of the man. Geneva // WHO. – 2004. – 116 p.
8. Mariotti A. Патофизиология воспаления // *Компендиум*. – 2004. – июль. – С. 7–15.
9. Sbordone L., Bortolaia C. Oral microbial biofilms and plaque-related diseases: microbial communities and their role in the shift from oral health to disease // *Clin. Oral Investig.* – 2003. – №7. – P. 181–188.
10. Scanapico F.A., Bush R.M., Paju S. Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes: a systematic review // *Ann. Periodontol.* – 2003. – №8. – P. 70–78.
11. Willman D.E., Harris N.O. The role of dental plaque in the etiology and progress of periodontal disease. In: Harris N.O., Garcia-Godoy F, eds. *Primary Preventive Dentistry*. 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall. – 2003. – P. 73–91.

## ИННОВАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ТЮМЕНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

**Козлов Л.Б.**

*ГОУ ВПО «Тюменская государственная  
медицинская академия Росздрава», Тюмень  
e-mail: kozlov@tyumsma.ru*

Современная медицина представляет собой высокотехнологическую область деятельности человека, в основе которой лежит материальная составляющая и человеческий фактор – профессиональный, научный, творческий потенциал медицинских работников [2]. В настоящее время развитие медицины обеспечивается не столько капиталовложениями, сколько инновационной и творческой деятельностью, применением новейших технологий. Медицинская академия, управляя нематериальными активами, имеет потенциальную возможность улучшить свои финансовые показатели. Следует отметить, что государство выделяет значительные бюджетные средства для поддержания инновационных программ частного сектора [1].

За последние 5 лет сотрудниками Тюменской государственной медицинской академии (ТГМА) получено 68 патентов, в том числе правообладателем 43 патентов является ТГМА и 25 патентов авторы (сотрудники ТГМА). Наиболее перспективны изобретения: по выявлению *Candida albicans* по биоритмам (патент RU №2319747 от 20.03.2008), экспресс-диагностике туберкулеза (патенты RU №2367952 от 20.11.2009 и №2309055 от 10.09.2010), стабилизации липидов к окислению (патент RU №2355408 от 20.05.2009), диагностике нейро-сенсорной тугоухости (патент RU №2381007 от 10.02.2010), диагностике госпитальных штаммов бактерий (патенты RU №224922 от 10.02.2005, №228525 от 10.10.2006, №2285258 от 10.10.2006), индикации эпидемических штаммов шигелл (патент RU №2324936 от 20.05.2008), прогнозу заболеваемости клещевыми инфекциями (патент RU №2294697 от 10.03.2007). Поданы заявки по использованию нанотехнологии при проведении хирургических операций (№2010114870 от 15.04.2010,