

общий показатель заболеваемости пародонитом не столь заметно превышает аналогичный показатель третьей группы пациентов без ИЗСД, у которых он составляет в среднем  $21,5 \pm 3,4\%$  ( $p < 0,05$ ) при той же возрастной динамике повышения заболеваемости пародонитом — от  $13,0 \pm 7,2\%$  до  $30,0 \pm 8,5\%$  ( $p > 0,05$ ).

#### **Заключение.**

Таким образом, распространенной стоматологической патологией являются воспалительные заболевания пародонта, среди которых преобладают гингивит (чаще среди молодых) и пародонит (чаще у пожилых).

Одной из причин распространения воспалительных заболеваний пародонта является ИЗСД, на фоне которого стирается возрастная и половая приуроченность заболеваний пародонта и заболеваемость достигает максимального уровня. Сопоставительная характеристика сравниваемых групп больных позволяет констатировать, что наличие ИЗСД оказывает выраженное неблагоприятное влияние на состояние пародонтальных структур. При этом уже начальные стадии ИЗСД благоприятствуют развитию воспалительных заболеваний пародонта, способствуя утяжелению их клинического течения и перерастанию легких и поверхностных форм в более тяжелые и глубокие формы.

Результаты настоящего исследования дают обоснование необходимости совместной курации больных ИЗСД с воспалительными заболеваниями пародонта врачами-эндокринологами и врачами-стоматологами, что требует разработки и внедрения в практическое здравоохранение специальных организационных программ по

комплексному медицинскому обеспечению таких пациентов.

#### **Литература**

1. Артюшкевич А.С., Трофимова Е.К., Латышева С.В. Клиническая периодонтология. Минск, 2002, с. 160–186.
2. Балаболкин М.И. Сахарный диабет. — М.: Медицина, 1994, 383 с.
3. Барер Г.М., Евстифеева О.В., Михайлова Ю.А., Климова А.Ю. Состояние пародонта и местного иммунитета полости рта у больных с осложненным течением сахарного диабета. // Кафедра 2005, № 3, с.30–36.
4. Горбачева И.А., Шестакова Л.А. Патогенетическая коморбидность заболеваний внутренних органов и полости рта // Пародонтология, 2008, № 3, с.3–5.
5. Джураева Ш.Ф. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта при сахарном диабете // Стоматология Таджикистана, Душанбе, 2006, № 4, с. 40–42.
6. Джураева Ш.Ф. К вопросу о влиянии сахарного диабета на развитие заболеваний пародонта // Вестник Ивановской медицинской академии. — Иваново, 2009, № 1, Том 14, с. 48–50
7. Михайлова Ю.А., Воспалительные поражения пародонта у больных сахарным диабетом. Материалы II Национальной научно-практической конференции с международным участием, Смоленск 2004, с.139.
8. Савченко З.И., Евстифеева О.В., Михайлова Ю.А., Климова А.Ю., Влияние нарушений межсистемной и внутрисистемной регуляции иммунитета на эффективность лечения пародонтита у больных с осложненной формой сахарного диабета. // Дентал форум 2009, с.31–37.
9. Стаценко М.Е., Косицына А.Ф., Туркина С.В. Сахарный диабет: учеб.-метод. пособие. Вып. 1. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, принципы лечения. — Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2002, 64 с.
10. Цепов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А. и др. Особенности патогенеза воспалительных заболеваний пародонта и врачебной тактики при сахарном диабете // Пародонтология., 2002, № 3, с.15–22.
11. Янушевич О.О. Болезни пародонта (стресс-индуцирующие, климатогеографические, общесоматические и лечебно-профилактические аспекты), Душанбе, 2009, 400с.
12. Straka M. Parodontitis and diabetes mellitus. Progresdent, 2001, p.10–12

## **ОЦЕНКА ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ БРУЦЕЛЛЕЗА В РАЗВИТИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА**

#### **Резюме.**

Были выявлены характерные признаки воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) острой и хронической формы у 56 больных без бруцеллеза и у 113 с бруцеллезом. На процесс развития, длительность течения и эффективность лечения и профилактики ВЗП влияют неудовлетворительное состояние полости рта, снижение иммунологической реактивности. Необходимо отметить усиление действия указанных факторов на фоне бруцеллеза. Результаты клинических исследований доказывают высокую эффективность предложенной комбинации лекарственных средств.

**Ключевые слова:** воспалительных заболеваний пародонта, бруцеллез, лечение, комбинация лекарственных средств

**Галандар Алиев**  
Ассистент кафедры  
Терапевтической  
стоматологии  
Азербайджанский  
Медицинский  
Университет

## SUMMARY

### ESTIMATION OF BRUCELLOSIS ETIOLOGICAL IMPORTANCE IN THE PERIODONTAL DISEASE DEVELOPMENT

Characteristic signs of parodontium inflammatory diseases (PID) of the acute and chronic form in 56 patients without brucellosis and in 113 with brucellosis have been detected. Unsatisfactory conditions of an oral cavity, decrease immunological reactance have influence on development, duration of a current and efficiency of treatment and preventive maintenance PID. It is necessary to note on strengthening of action of the specified factors against brucellosis. Results of clinical researches prove high efficiency of the offered combination of drugs.

**Keywords:** parodontium inflammatory diseases, brucellosis, treatment, combination of drugs

Несмотря на многочисленные исследования ученых, все ещё существующий повышенный интерес к воспалительным заболеваниям челюстно-лицевой области, в частности, заболеваниям пародонта, объясняется широкой распространенностью данной патологии среди населения.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) распространенность воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) по разным регионам составляет примерно 60-92%, при этом в возрастной группе от 30 до 62 лет выявляется от 10 до 17% пациентов с быстро прогрессирующим пародонтитом, что чаще всего объясняется развитием патологических процессов в околозубных тканях на фоне общесоматических заболеваний. Так, известно, влияние различных заболеваний эндокринной, сердечно-сосудистой, мочеполовой систем и желудочно-кишечного тракта на частоту и степень тяжести патологических процессов, развивающихся в твердых и мягких тканях полости рта [1].

С этой точки зрения особый интерес вызывает изучение состояния полости рта при бруцеллезе. Во-первых, из-за наблюдаемой динамики роста частоты встречаемости данной патологии среди населения различных регионов мира, в том числе и в Азербайджане; во-вторых, по причине негативного влияния бруцеллеза на функциональную активность тканей пародонта, на микроциркуляцию жидкостей, в том числе и крови, а также на иммунологическую реактивность организма [2,4,5].

По мнению ряда исследователей разработка оптимальных методов патогенетического лечения и профилактики ВЗП на фоне бруцеллеза является одной из актуальных проблем современной стоматологии [3,6].

**Цель исследования** — определение степени влияния бруцеллеза на развитие воспалительных заболеваний пародонта и оптимизация лечебно-профилактических мероприятий.

### Материалы и методы исследования.

Были выявлены характерные признаки воспалительных заболеваний пародонта острой и хронической формы у 56 больных без бруцеллеза и у 113 с бруцеллезом с помощью специализированной карты обследования. Спектр основных клиничко-патогенетических проявлений острой формы пародонтита изучался у 32 пациентов без бруцеллеза и у 38 с бруцеллезом. У 24 обследованных без бруцеллеза и у 75 больных этой болезнью выявлялись основные признаки хронического пародонтита.

Для определения эффективности комплексной антибактериальной терапии воспалительных заболеваний пародонта у больных бруцеллезом были проведены клиничко-лабораторные исследования. При этом пациентам был назначен прием Азитромицина по 0,5 г в первый день лечения, а в остальные 5 дней — по 0,25 г ежедневно. В комплексное лечение было включено местное применение «Metroqil Denta» 2 раза в день в течении 10 дней.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием критерия Ван-дер-Вандена.

Результаты и обсуждение. Как острой, так и хроническим стадиям ВЗП присущ широкий спектр клиничко-патогенетических проявлений, однако их диагностическая ценность практически утрачена, так как ни один из симптомов не имеет максимальной приуроченности. В целом можно констатировать, что клиничко-патогенетические проявления ВЗП ныне приобрели более «мягкий» характер. Бруцеллез же, особенно его хроническая стадия заметно усиливает клиничко-патогенетические проявления. Достаточно отметить, что при сравнении рядов показателей хронических ВЗП и бруцеллеза с остальными рядами (острые ВЗП в отдельности и в сочетании с бруцеллезом, самостоятельные хронические ВЗП) получены достоверные значения критерия Ван-дер-Вандена, подтверждающие вышеотмеченный факт ( $\chi^2=6,43$ ;  $p<0,01$ ).

В подтверждение сказанного целесообразно остановится на некоторых симптомах. Во-первых, подвижность зубов при острой стадии ВЗП, ее частота составляет  $53,1\pm 9,0\%$ , при острой и хронической стадиях ВЗП в сочетаниях с бруцеллезом она возрастает ( $\chi^2=6,27$ ;  $p<0,02$ ) — от  $77,3\pm 4,9\%$  до  $83,3\pm 9,8\%$  ( $\chi^2=0,39$ ;  $p<0,05$ ). Скорее всего, это связано с тем, что бруцеллез, оказывая системное воздействие на ткани пародонта, «размягчает» их, чем усиливается подвижность зубов. (Таб.)

Во-вторых, ретракция десневого края корня зубов. Если при острых ВЗП по мере увеличения

ретракции от 0 до более 1/2 длины корня частота случаев последовательно снижается с 31,3±8,3 до 12,5±5,9% ( $\chi^2=3,29$ ;  $p>0,05$ ), то при сочетании хронических ВЗП с бруцеллезом она, наоборот, возрастает с 5,3±2,6 до 50,7±5,8% ( $\chi^2 =38,22$ ;  $p<0,01$ ).

В-третьих, глубина пародонтальных карманов: они отсутствовали в 18,8±7,0% случаев, а глубина кармана менее 3 мм составила 65,6±8,5% случаев ( $\chi^2 =14,41$ ;  $p<0,01$ ). По мере увеличения глубины карманов этот показатель снижается и наибольшая патологическая «глубина», свидетельствующая о тяжелых деструктивных изменениях в пародонте (более 6 мм), встречалась всего в 6,3±4,4% случаев ( $\chi^2=19,13$ ;  $p<0,01$ ). В то же время при сочетании хронических ВЗП с бруцеллезом наблюдается противоположная картина — по фактам увеличения глубины пародонтальных карманов частота встречаемости возрастает с 4,0±2,3 до 54,7±5,8% ( $\chi^2=46,37$ ;  $p<0,001$ ).

Необходимо отметить высокие показатели по частоте встречаемости пародонтальных карманов более 6 мм в группе больных с хронической формой воспалительных заболеваний пародонта, развивающихся на фоне бруцеллеза, здесь данные составили 54,7±5,8%. Тогда как у пациентов с острым пародонтитом, но без соматической патологии, показатель был значительно ниже и составил 6,3± 4,4%.

Более легкие формы патологии околозубных тканей, отражающиеся в наличии или отсутствии

пародонтальных карманов глубиной 3 мм, наблюдались при обследовании 32 больных с острым пародонтитом без бруцеллеза и 38 больных с вышеуказанной формой заболевания, но уже на фоне изучаемой общесоматической болезни, о чем свидетельствуют полученные результаты, где в первом случае показатели составили 18,8±7,0% больных, у которых пародонтальные карманы не выявлялись вообще и в 65,6±8,5% случаев при отсутствии указанного фактора у 15,8±6,0%, почти 31,6±7,6% больных имели карманы глубиной 3 мм.

Для выявления динамики изменений в околозубных тканях при воспалительных заболеваниях пародонта на фоне бруцеллеза при осуществлении комплексных лечебных мероприятий проводилась клиничко-патогенетическая оценка состояния тканей пародонта на 5-8 и 25-30 дни после начала лечения. Необходимо отметить эффективность используемых методов и средств консервативной антибактериальной терапии.

Так, при лечении патологических процессов в тканях пародонта у обследуемых без бруцеллеза эффективность проводимых мероприятий составила 90,6±5,2%. Несмотря на более низкие значения показателей в группе больных с воспалительными заболеваниями пародонта на фоне общесоматической патологии необходимо отметить успешный итог проводимой комплексной терапии в 84,2±6,0% случаев ( $\chi^2=0,64$ ;  $P>0,05$ ). (Рис.)

**Таблица**

Спектр основных клиничко-патогенетических проявлений острых и хронических ВЗП и влияние на них бруцеллеза

Наименование клиничко-патогенетических проявлений	Клинические стадии ВЗП							
	Острые (n=32)		Острые + бруцеллез (n=38)		Хронические (n=24)		Хронические + бруцеллез(n=75)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Кровоточивость десны	6	18,8±7,0	13	34,2±7,8	11	45,8±10,4	57	76,0±5,0
Боль в десне разной степени	23	71,9±8,1	26	68,4±7,6	12	50,0±10,4	39	52,0±5,8
Подвижность зубов	10	31,3±8,3	20	52,6±8,2	17	70,8±9,5	69	92,0±3,2
Дискомфорт полости рта (запах, сухость, жжение, зуд)	9	28,1±8,1	11	28,9±7,5	16	66,7±9,8	67	89,3±3,6
Изменения тканей (гиперемия, цианоз, бледность, отечность, уменьшение межзубных сосочков)	17	53,1±9,0	30	78,9±6,7	20	83,3±9,8	58	77,3±4,9
Ретракция десневого края: — нет	10	31,3±8,3	8	21,1±6,7	3	12,5±6,9	4	5,3±2,6
— до 1/3 длины корня	9	28,1±8,1	8	21,1±6,7	5	37,5±10,1	7	9,3±3,4
— до 1/2 длины корня	9	28,1±8,1	12	31,6±7,6	6	25,0±9,0	26	34,7±5,5
— более 1/2 длины корня	4	12,5±5,9	10	26,3±7,2	10	41,7±10,3	38	50,7±5,8
Пародонтальный карман: — отсутствует	6	18,8±7,0	6	15,8±6,0	2	8,3±5,8	3	4,0±2,3
— глубиной до 3 мм	21	65,6±8,5	12	31,6±7,6	2	8,3±5,8	10	13,3±3,9
— глубиной 3-6 мм	3	9,4±5,2	13	34,2±7,8	10	41,7±10,3	21	28,0±5,2
— глубиной более 6 мм	2	6,3±4,4	7	18,4±6,4	10	41,7±10,3	41	54,7±5,8

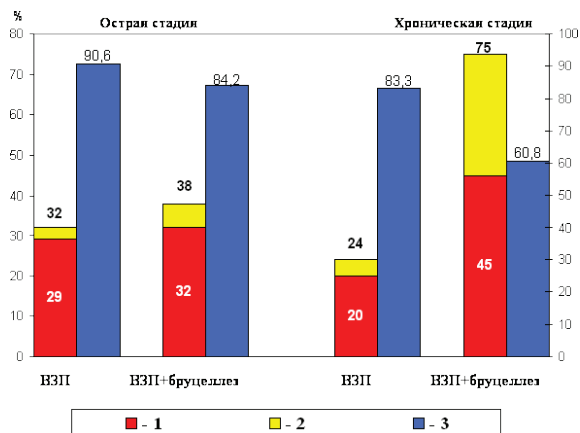


Рис. Эффективность лечения ВЗП на фоне бруцеллеза

Наличие данных, показывающих высокий противовоспалительный эффект предложенных средств, дает возможность говорить о необходимости применения Азитромицина и «Metroqil Denta» в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта, как острой так и хронической формы, развивающихся на фоне бруцеллеза.

### Заключение.

Таким образом, развитию ВЗП, их хроническому, длительному течению и снижению эффективности лечения способствует ряд факторов. Среди них особенно следует отметить неудовлетворительное состояние гигиены полости рта, перестройка этиологической структуры возбудителей и их ассоциативное патогенное взаимодействие, нарушение микроциркулярного кро-

вообращения в тканях пародонта и снижение иммунологической реактивности. При бруцеллезе действие этих факторов во многом усиливается, что обуславливает более тяжелые деструктивные изменения в пародонте. Особенно это прослеживается в клинко-патогенетических проявлениях ВЗП. Если при самостоятельном протекании эти проявления носят «мягкий» характер, то при сочетании с бруцеллезом, особенно его хронической стадией, они приобретают более тяжелые и выраженные формы.

Необходимо особо отметить высокую эффективность предложенной комбинации лекарственных средств в лечении и профилактике воспалительных заболеваний околозубных тканей, особенно, развивающихся на фоне бруцеллеза.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Грудянов А.И., Безрукова И.В., Александровская И.Ю. Сравнительное изучение клинической эффективности гомеопатических препаратов в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта // *Стоматология*, 2006, № 2, с.25-28.
2. Исмаилова Р.И. Эпидемиологические особенности бруцеллеза в новых условиях ведения животноводства в Азербайджанской Республике: Автореф.дисс..... канд.мед.наук., Баку, 2002, 24 с.
3. Кишев М.М. Дифференциальная диагностика заболеваний пародонта у больных бруцеллезом и ревматизмом: Автореф.дисс....канд.мед.наук, М., 2002, 22 с.
4. Fletcher S. *Brucellosis of the man*. Geneva, WHO, 2004, 116 p.
5. Ishihara Y., Zhang J., Quinn S. et al. Regulation of immunoglobins production by brucellosis diseases // *Jap. Med. J.*, 2006, V.68, № 3, p.156-165.
6. Scanapieco 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.