

В ходе настоящего исследования анализировалась динамика формирования пародонтита при наличии той или иной соматической патологии. Анализ полученных данных показывает, что наиболее часто в первые два года наличия хронических соматических заболеваний пародонтит развивался на фоне патологии пищеварения (26,7% обследованных), а наиболее редко – при заболеваниях органов дыхания (у 6,4% больных). В течение последующих двух лет количество больных пародонтитом на фоне заболеваний сердечно-сосудистой системы увеличивалось на 2,3%, при заболеваниях органов пищеварения – на 11,9%. Наличие патологии мочевыделительной системы в течение 4 лет увеличивало количество больных пародонтитом с 16,7% до 27,2%, органов дыхания – с 6,4% до 10,2%. На фоне сердечно-сосудистой патологии за 8-10 лет распространенность пародонтита достигала 67,7%, при заболеваниях органов пищеварения возрастала до 93,4%, при заболеваниях мочевыделительной системы и органов дыхания – до 71,7% и 42,6% соответственно.

Таким образом, согласно результатов исследования, наиболее неблагоприятным фактором в плане развития пародонтита является наличие заболеваний органов пищеварения и мочевыделительной сферы.

Работа представлена на научную конференцию с международным участием «Современные проблемы экспериментальной и клинической медицины», 11-22 января 2005г. Паттайа (Тайланд), поступила в редакцию 22.11.04 г.

#### **ВОЗРАСТНОЙ АСПЕКТ РОСТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАРОДОНТИТА**

Кобзева Ю.А.

*Кафедра терапевтической стоматологии,  
Саратов*

Патология пародонта является одной из самых распространенных в стоматологии.

В последние годы достигнуты значительные успехи в изучении этиологии и патогенеза пародонтита, что обеспечило разработку этиотропной и патогенетической терапии, а также позволило подойти к разработке программы профилактики. Не вызывает сомнений тот факт, что к основным требованиям лечения пародонтита следует отнести необходимость комплексного подхода с использованием всех необходимых в каждом конкретном случае методов консервативной терапии, хирургического и ортопедического лечения, а также средств общеукрепляющего действия.

В возникновении и развитии пародонтита принимают участие множество факторов как экзогенного, так и эндогенного происхождения.

Хорошо известно, что зависимость распространенности пародонтита от возраста имеет практически линейный характер.

В связи с указанным, нами было произведено сопоставление роста заболеваемости пародонтитом с учетом возраста, как при наличии хронических соматических заболеваний, так и при их отсутствии. Как следует из полученных данных, при наличии храни-

ческой соматической патологии заболеваемость пародонтитом во всех возрастных группах оказалась значительно выше. Так, при отсутствии хронической соматической патологии пародонтит в возрасте 18-25 лет выявлен у 4,3% обследованных, в то время как при наличии хронических заболеваний – у 10,2% обследованных. В возрасте 26-35 лет этот показатель в анализируемых группах возрастал до 12,4% и 10,2% соответственно. Однако после 46 лет наличие хронических соматических заболеваний приводило к более существенному росту распространенности пародонтита. Так, при отсутствии соматической патологии за период с 45 до 55 лет количество больных пародонтитом возрастало с 21,6% до 38,2%, в то время как на фоне хронических заболеваний – с 25,6% до 57,8%, т.е. практически в два раза. Аналогичная тенденция сохранялась и после 65 лет (52,2% и 86,7% соответственно).

С учетом полученных данных можно сделать заключение, что вероятность развития пародонтита на фоне соматической патологии наиболее высока после 45 лет, что необходимо учитывать при проведении массовых профилактических мероприятий, направленных на предотвращение его развития.

Работа представлена на научную конференцию с международным участием «Современные проблемы экспериментальной и клинической медицины», 11-22 января 2005г. Паттайа (Тайланд), поступила в редакцию 22.11.04 г.

#### **К ВОПРОСУ О КОМОРБИДНОСТИ: ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА, ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ И ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗ, ИХ СОЧЕТАНИЕ, КАК ВОЗМОЖНЫЙ ПРЕДИКТОР ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА**

Логинов С.В., Свирина А.А.,  
Пушкарева Е.В., Шварц Ю.Г.

*Государственный медицинский университет,  
Саратов*

Сочетание ишемической болезни сердца (ИБС) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) – частая клиническая ситуация. Распространенность обеих нозологических форм сопоставима, при этом установлено, что у больных ИБС поражение гастроэзофагеальной зоны встречается в 35% случаев. Хеликобактерная инфекция встречается так же часто, как атеросклероз. Учитывая широкую распространенность и социальную значимость вышеозначенных состояний, мы поставили перед собой цель - изучить их в аспекте транснозологической коморбидности - сочетанности болезней, что является одной из самых сложных проблем, с которыми сталкиваются практические врачи. Маркерами фатальных желудочковых аритмий и внезапной смерти при ИБС являются увеличение продолжительности и асинхронности процессов реполяризации миокарда (PM) и показатели вариабельности сердечного ритма (BCP). В данной работе приведены результаты исследования маркеров PM и BCP у пациентов с сочетанием ИБС и ГЭРБ в

зависимости от *Helicobacter pylori* (НР) - статуса и степени рефлюкс-эзофагита (РЭ).

**Материалы и методы.** Обследованы 225 больных, средний возраст -  $58 \pm 11,0$  лет, из них 107 женщин. Пациенты были разделены на 3 группы, сопоставимые по полу и возрасту: основная - больные с сочетанием ИБС и ГЭРБ (67 человек), группы сравнения - больные с изолированными ИБС (72 человека) и ГЭРБ (86 человек). Диагностика НР осуществлялась гистобактериоскопически и при помощи полимеразной цепной реакции. Исследование ВСП осуществлялось по данным обработки 24-х часовой записи ЭКГ по стандартной методике. На ЭКГ, зарегистрированной в 12 стандартных отведениях, проведено определение продолжительности интервала QT, дисперсии интервала QT (QTd), подсчет скорректированного интервала QT (QTc). Выполнен многомерный регрессионный (линейный и логистический) анализ влияния различных показателей на маркеры электрической нестабильности миокарда, в частности, на показатели РМ и ВСП, а также многофакторная оценка результатов имитированного гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) посредством теста Бернштейна. При этом в многомерную модель в качестве «независимых» переменных были включены возраст, пол, наличие перенесенного инфаркта миокарда (ИМ), сердечной недостаточности, стабильность ИБС, уровень холестерина, фибриногена, С-реактивного белка (СРБ), СОЭ, степень обсемененности НР слизистой оболочки желудка (СОЖ), а также степень РЭ.

**Результаты.** Установлена достоверно большая ( $<0,05$ ) степень обсемененности желудка НР у пациентов с сочетанием ИБС и ГЭРБ, чем в группах сравнения. При исследовании показателей ВСП у больных основной группы в отличие от пациентов групп сравнения выявлена значительная ригидность сердечного ритма, более низкая стрессовая устойчивость организма в течение суток. При изучении процессов реполяризации миокарда установлено, что их длительность (QT, QTc) и асинхронность (QTd) достоверно выше ( $<0,05$ ) у пациентов с сочетанной патологией, чем при изолированном течении ИБС и ГЭРБ. По данным линейного регрессионного анализа установлено, что на продолжительность реполяризации миокарда оказывали достоверное ( $p < 0,05$ ) «независимое» влияние наличие обострения ИБС, величина СОЭ и степень обсемененности НР СОЖ. Неоднородность реполяризации миокарда находилась в зависимости ( $p < 0,05$ ) от наличия перенесенного ИМ и выраженности РЭ. На показатели ВСП, наряду с кардиальными факторами, «независимое» достоверное ( $p < 0,05$ ) влияние оказывает степень РЭ. Логистический регрессионный анализ показал, что возникновение желудочковой экстрасистолии во время имитированного ГЭР зависит ( $p < 0,05$ ) от наличия обострения ИБС, уровня СРБ, а также от степени обсемененности НР СОЖ.

**Выводы.** Полученные данные демонстрируют значимость степени хеликобактериоза и рефлюкс-эзофагита в развитии электрической нестабильности миокарда, а, следовательно, вероятном увеличении риска фатальных аритмий и внезапной смерти у боль-

ных с сочетанием ишемической болезни сердца и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Работа представлена на научную конференцию с международным участием «Современные проблемы экспериментальной и клинической медицины», 11-22 января 2005г. Паттайа (Тайланд) Поступила в редакцию 15.12.04

### АНТИГЕННЫЕ СВОЙСТВА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПЫЛИ ХЛОПЧАТОБУМАЖНОГО КОМБИНАТА Мадумарова М.М.

Цель работы – определить антигенные свойства аллергена из производственной пыли хлопчатобумажного комбината.

Антигенные свойства аллергена из производственной пыли изучили на 15 кроликах самцах, массой тела 1,2- 1,6 кг (опытных-12, контрольных-3). Процесс иммунизации кроликов состоял из нескольких курсов.

Специфические преципитирующие антитела в сыворотке крови кроликов, иммунизированных аллергеном производственной пыли определяли методом двойной радиальной иммунодиффузии.

Проведённые исследования показали отсутствие специфических преципитирующих антител в сыворотке крови интактных кроликов. Об этом свидетельствовали отрицательные результаты реакции двойной радиальной иммунодиффузии, проведённых с 30 сывороткой 15 интактных кроликов. Иную картину наблюдали у кроликов, иммунизированных аллергеном из производственной пыли. Первая (слабая) линия преципитации между лункой, заполненной сывороткой крови иммунизированных кроликов и аллергеном из производственной пыли появились через две недели от начала первого курса иммунизации у 6 из 12 опытных кроликов (50 %). Через 1 месяц от начала иммунизации по одной линии преципитации появилось у остальных 6 опытных кроликов. Через 2 месяца от начала иммунизации полосы преципитации (по одной линией) продолжали выявляться у всех опытных животных. Однако чёткость линии преципитации была выражена сильнее, что указывало на увеличение титра преципитирующих антител. Наряду с этим у 9 опытных кроликов выявлялись и вторые линии преципитации.

Через 3 месяца от начала первого курса иммунизации или через один месяц после второго курса иммунизации появилась третья линия преципитации. В дальнейшем, вместе с увеличением срока иммунизации и проведением повторных курсов иммунизации увеличивалась четкость изображения линий преципитации. Увеличивалось также и толщина их. На 4-5 месяцах иммунизации появились всего 5 линий преципитации, у всех контрольных животных реакции были отрицательными, то есть линии преципитации отсутствовали.

Для выяснения титра преципитирующих антител ставили отдельные серии опытов с различными (двухкратными) разведениями аллергена из производственной пыли. Выяснилось, что после 3-х курсов