

морфофункциональных системах организма неизбежно сказывается на изменении функций и морфологии органов и тканей полости рта.

Целью исследования явилась эпидемиологическая характеристика течения хронического генерализованного пародонтита у лиц в различных возрастных группах.

Проведено комплексное обследование 93 пациентов, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом в г. Уфа. Оценивали общий анамнез пациента с учетом сопутствующих заболеваний, перенесенных травм и т.д. по разработанной медицинской

карте. Клиническое состояние тканей пародонта оценивали по следующим параметрам: определение пародонтального индекса по Рамфьерду, оценка папиллярного индекса кровоточивости по РВІ, определение степени распространения рецессии по Миллеру.

Детализированные данные о распределении пациентов по возрасту, полу и степени тяжести представлены в таблице 1. как видно из этих данных хронический генерализованный пародонтит находит свое наибольшее развитие в возрасте 40 лет.

Таблица 1. Распределение пациентов с ХГП по возрасту, полу и степени тяжести заболевания (в %%)

ХГП	Возрастные группы										Всего	
	20-29		30-39		40-49		50-59		60-69			
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
I	8,60	6,45	3,23	9,68	1,08	8,60	0,00	2,15	0,00	0,00	12,90	26,88
II	1,08	3,23	2,15	6,45	12,90	4,30	3,23	10,75	2,15	0,00	21,51	24,73
III	0,00	0,00	0,00	1,08	1,08	3,23	4,30	2,15	1,08	1,08	6,45	7,53

Проводилась корреляция степени патологии ХГП и наличия сопутствующих заболеваний у лиц с данной патологией. По результатам наших исследований выявилось, что у пациентов с легкой и средней степенями хронического генерализованного пародонтита среди сопутствующих заболеваний преобладали сердечно-сосудистые (47,6%) и желудочно-кишечного тракта (38,7%). У пациентов с тяжелой формой заболевания соответственно преобладали также заболевания сердечно-сосудистые (32,1%), желудочно-кишечного тракта (51,4%) и эндокринные (12,8%).

Таким образом, у пациентов на стоматологическом приеме выявлялись нарушения состояния тканей пародонта уже в возрасте 20 лет, основная группа начальной стадии хронического генерализованного пародонтита определялась в возрастных группах №1, №2 (см. таб.1). Средняя степень тяжести хронического генерализованного пародонтита определялась у лиц 40 и старше лет. Наши исследования указывают на необходимость обследования пародонтологического статуса в возрастной категории 20-29 лет и применения новых форм лечебно-профилактических мероприятий у пациентов, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом.

Состояние здоровья детей и подростков в контексте влияния факторов окружающей среды

* Доршакова Н.В., Карапетян Т.А.

*Петрозаводский государственный университет,
кафедра семейной медицины*

Петрозаводск, Республика Карелия

*kara@karelia.ru

Состояние здоровья населения является одним из основных индикаторов качества

окружающей среды. В последние годы время всё большее значение приобретают исследования, касающиеся состояния здоровья детей и подростков, так как эта часть популяции наиболее чувствительна к влиянию различных факторов внешней среды (Коньшина Л.Г., Вараксин А.Н., Шершнев В.Н., 2002; Marttila O., Jaakkola J., Partti-Pellinen K., 1997) и представляет интеллектуальный и трудовой потенциал России.

В настоящее время нет общепризнанных данных о доле вкладе различных факторов в формирование индивидуального и популяционного здоровья людей. Согласно прогнозам ВОЗ, в ближайшие 30-40 лет (при сохранении существующих тенденций развития индустрии) состояние здоровья населения России на 40-50% будет зависеть от качества среды обитания (при нынешнем соотношении 20-40%), а затраты материальных ресурсов, энергии и труда на стабилизацию условий окружающей среды станут самой крупной статьёй экономики, превысив 40-50% валового национального продукта.

Медицинские экологи находятся в поиске маркеров для оценки многофакторного влияния окружающей среды на человека. Дети и подростки являются наиболее показательным контингентом для определения этого влияния, так как здоровье взрослого населения во многом формируется за счёт неблагоприятного воздействия условий труда и социального поведения, тогда как здоровье детского населения в значительной степени зависит от экологических условий на территории проживания (Доршакова Н.В., 1997, 2000). Увеличение заболеваемости детей и подростков отмечено многими отечественными авторами, причем особую озабоченность вызывает возникновение и становление в эти годы

хронической патологии преимущественно нервной, дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Так, детское население городских территорий, испытывающих высокую техногенную нагрузку, реагирует на неё повышенной заболеваемостью определёнными болезнями: аллергическими, общетоксическими, гематотоксическими, генетическими, онкогенными, в зависимости от вида техногенного воздействия (Егорычев В.Е., 2002; Бурмаа Б., Дорогова В.Б., Энхцэцэг Ш., 2002; Forsberg V., Stremberg N., Falk M., 2006). Установлено, что рост заболеваемости происходит на фоне заметного снижения общего уровня физического развития, что отрицательно сказывается на эффективности учебного процесса, а в дальнейшем ограничивает производственную и общественную деятельность.

Изменился подход к изучению состояния здоровья детей и подростков: в настоящее время наиболее важным считается выявление функциональных нарушений и преморбидных состояний, а не констатация уже сформированной патологии (Куликов А.М., Медведев В.П., 2005; Benenson A.S., 1995; Janeway Ch., Travers P., Walport M., 1999).

Иммунная система, являясь одной из важнейших гомеостатических, занимает центральное место в выработке адаптационной реакции на воздействие комплекса факторов окружающей среды, с которым организм человека сталкивается в различные периоды онтогенеза (Черешнев В.А., Кеворков Н.Н., Бахметьев Б.А., 2000; Михайлова И.В., Смолягин А.И., Попова Е.В., 2002). Это тем более важно, что она защищает организм человека от генетически чужеродных субстанций как экзогенного, так и эндогенного происхождения (Хайтов Р.М., Пинегин Б.В., Истамов Х.И., 1995; Мизерницкий Ю.Л., 1998; Румянцева Е.Г., Дмитриев Д.А., 1999; Фрейдлин И.С., 2000; Kell N., Senker I., Deger K., 1999). Реакция иммунной системы при неблагоприятном влиянии факторов окружающей среды достаточна полиморфна и может проявляться в виде гипоплазии лимфоидных органов, в уменьшении числа и снижении функции иммунокомпетентных клеток, что сопровождается нарушением синтеза иммуноглобулинов, а также в снижении фагоцитарных реакций (Дюжикова Е.М., Щеголева Л.С., Московская Н.Б., 1997; Евсеева И.В., Добродеева Л.К., 1999; Пинегин Б.В., 2000). Влияние климато-географических условий Севера способствует развитию своеобразных приспособительных реакций иммунной системы и неспецифических гуморальных факторов защиты организма (Агаджанян Н.А., Жвавый Н.Ф., Ананьев В.Н., 1998; Голикова О.И., 1998; Манчук В.Т., 2001).

Регион Республики Карелия характеризуется рядом негативных климато-

географических особенностей, связанных прежде всего с нестабильностью метеоэлементов, и нарастающим антропогенным загрязнением воздушного и водного бассейнов (Доршакова Н.В., 1997, 2002). В Карелии имеются районы, которые считаются районами экологического напряжения; как правило, это территории, где развита целлюлозно-бумажная и металлургическая промышленность.

Высокая заболеваемость детей и подростков в республике заболеваниями дыхательной, пищеварительной систем, аллергиями, злокачественными новообразованиями, этиопатогенетически связанные с влиянием окружающей среды, указывает на необходимость более углублённого поиска причин возникновения данных состояний.

Проблема антибиотикорезистентности пневмококка в Карелии

* Карапетян Т.А.

*Петрозаводский государственный университет,
кафедра семейной медицины*

Петрозаводск, Республика Карелия

[*kara@karelia.ru](mailto:kara@karelia.ru)

В последние годы в медицинской научной литературе широко обсуждается возрастание резистентности *Str. pneumoniae* к самым современным антибактериальным средствам. Доля резистентных штаммов микроорганизма в мире варьирует от < 5% до > 50%, что зависит от географического региона, популяции (чаще у детей), локализации инфекции (чаще в назофарингеальной зоне) и клинического окружения (чаще в стационаре). Надо отметить, что устойчивость пневмококка к пенициллину очень быстро нарастает во всех странах мира. В России по данным многоцентрового исследования ПеГАС-1, на долю штаммов *Str. pneumoniae*, устойчивых к пенициллину, приходится 9% (умеренно резистентные – 7%, высоко резистентные – 2%), однако следует учесть, что устойчивость штаммов значительно варьирует в каждом регионе. Согласно исследованиям, устойчивость пневмококка к макролидам в России невелика, в тоже время очень высока резистентность к тетрациклину (27%) и ко-тримоксазолу (33%). Исследования, проведенные в нескольких Европейских государствах, показали, что в 1/4 случаев выделенный *Str. pneumoniae* не был чувствителен к пенициллину, а также другим противопневмококковым антибиотикам, таким как эритромицин, тетрациклин и ко-тримоксазол. Факторами риска для развития устойчивости пневмококков к антибиотикам являются: возраст больных более 60 лет и менее 7 лет, наличие сопутствующих заболеваний, предшествующая антибиотикотерапия, пребывание в домах ухода.