

pit fissure sealant can be used to prevent the expansion of initial caries lesions. The retention of the sealant almost high and similar than others. Recurrent caries was minimal and occurred in pit fissure areas in which some sealant loss had exposed a susceptible pit fissure. Although resealing was not used in this study, but several study describe that fluoride will release from the pit fissure material. This fluoride release is an important role in helping to heal remineralizes dentin and enamel [6-8].

The benefits of fluoride release from pit fissure material, following higher concentration of fluoroapatite. Fluoride will act as a catalyst for remineralization of demineralized tooth surfaces. Adjacent tooth surface in contact with pit fissure material will have potential to remineralize [8-12].

In the literature, the choice between the invasive and noninvasive pit fissure sealant material remains a matter of debate. In the present investigation the complete loss of pit fissure sealant from occlusal surface was considered that the adhesion of material to the wall of enamel was better, and the other side describe that the wall enamel was not dry [13-16]. There seems to be a need for defined guidelines for sealant application criteria and policy both locally and nationwide. The reduction of occlusal caries following dental sealant application is highly significant and dependent upon dental sealant retention, though the occlusal caries management may be improved by shifting the sealant policy from the traditional approach of prevention to interception, such as applying the sealants over detected or suspected enamel caries lesions instead of sealing sound teeth [13, 14, 17]. While in Table 3 indicated the mean decay was decrease significantly, one of the reason is the parents of student after receive the dental health education from dentist, they are looking for dental treatment and dental prevention due to pit and fissure sealant. Hence, dental health education and dental preventive method due to pit and fissure sealant which informed to parents can save money on healthcare expenditures by avoiding more labor intensive and invasive dental procedures such as restorative, endodontic, and surgical care [18-19].

Conclusion. This research result demonstrates that conservative cavity preparation with sealing for prevention is a successful technique, which conserves valuable tooth structure. The technique is particularly recommended, even though there is about 12.77%-15.69% were found as complete loss of sealant material. However, adequate isolation is the most critical aspect of the sealant application process. Therefore, placing sealants material in deep pit-fissure has to pay attention for controllable isolation. With these approaches, the utilization of dental sealants will improve the oral health among the next generation of school children in Indonesia.

References.

1. Ministry of Health, Republic of Indonesia. Oral Health Profile in The 6th of Five years Development Programme. 1st ed. Directorate of Oral Health, Ministry of Health Library. Jakarta: Depkes., 1999: 2-5.
2. Darwita R.R. Potential Use of ART Technique in the Management of Dental Caries in the School Dental Service in Indonesia. IDJ 2000; 7: 56-61.
3. Anty Lam. Increase in Utilization of dental sealant. J Contemp Dent Pract. www.thejcdp.com. 2008; 9: 1-7.
4. Jenkins S., Geurink K.V., Altenhoff L. (2002). Oral Health Programs in the Community. In: Community Oral Health Practice for Dental Hygienist. 1st ed. Philadelphia: W.B.Saunders Co. p.151-152.
5. Lewis J.M. Morgan M.V. (1994). A critical review of methods for the economic evaluation of fissure sealants; Community Dental Health; 11(2): 79-82.
6. Jayanth V. K, Mark D. S. A Contemporary Perspective on Dental Sealants: Changes in the prevalence and distribution of caries, the effectiveness of sealants, and guidelines for use are reviewed. J Of The Calif Dent Ass. 1998: http://www.cda.org/library/cda_member/pubs/journal/jour598/sealants.html
7. Garcia-Godoy F., Harris N.O., Helm D.M. Pit-and-fissure sealants. In: Harris NO, Garcia-Godoy F. Primary Preventive Dentistry. 6th ed. New Jersey: Pearson-Prentice Hall; 2004. P. 285-318.
8. Boksman L. et al. (1987). Clinical evaluation of glass ionomer cement as a fissure sealant. Quintessence International; 18: 707-9.
9. Brooks J.D. et al. (1988). A pilot study of three tinted unfilled pit and fissure sealants: 23 month results in Milwaukee. Wisconsin. Clin Prev Dent; 10(1):18-22.
10. Komatsu H. et al. (1990). Glass ionomer cement designed for fissure sealant: 3-years clinical results. Journal of Dental Research; 69: 1046-1051.
11. Shimokobe et al. (1986). Clinical evaluation of glass-ionomer cement used for sealants; Journal of Dental Research; 65:812-816.
12. Houpt M. Shey Z. Effectiveness of fissure sealant after six years. Pediatric Dentistry 1983; 5: 104-106.
13. Mertz-Fairhurst E.J., et al. (1992). A comparative study of two pit and fissure sealants: six year results in Augusta, GA. Journal of the American Dentistry Association; 105: 237-239.
14. Simonsen R.J. (1991). Retention and effectiveness of dental sealant after 15 years. Journal of the American Dental Association; 122: 34-42.
15. Wright G.Z., et al. (1988). A comparison between aotopolymerizing and visible light activated sealants. Clinical and Preventive Dentistry; 10(1): 14-17.
16. Benedict I.T. (2001). Recommendations and Systematic Evidence Reviews, Guide to Community Preventive Services Oral Health. HSTAT:Guide to Clinical Preventive Services, 3rd Edition. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?highlight=Services,Preventive,Guide>,
17. Wendt L.K., Kock G., Birkhed D. On the retention and effectiveness of fissure sealant in permanent molars after 15-20 years: a cohort study. Community Dent Oral Epidemiol. 2001; 29(4):302-7.
18. Yazici A.R., Arlin K., Çelik Ç., Gül Ö., Berrin D. A two-year clinical evaluation of pit and fissure sealants placed with and without air abrasion pretreatment in teenagers. J Am Dent Assoc. 2006 ; 137 : 1401-5.
19. Sharon S.C., Connolly I.M., Murphree K.R. A Review of the Literature: The Economic Impact of Preventive Dental Hygiene Services. J Dent Hyg. 2005; 79:1-11.

УДК616.31

Оригинальная статья

ОСОБЕННОСТИ РЕДУКЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ЖИТЕЛЕЙ г. ПЕНЗЫ И ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

О.В. Калмин – ГОУ ВПО Пензенский государственный университет, заведующий кафедрой анатомии человека, профессор, доктор медицинских наук; **И.В. Маланьин** – ГОУ ВПО Пензенский государственный университет, профессор кафедры стоматологии, доктор медицинских наук; **Л.А. Зюлькина** – ГОУ ВПО Пензенский государственный университет, ассистент кафедры стоматологии; **П.В. Иванов** – ГОУ ВПО Пензенский государственный университет, заведующий кафедрой стоматологии, кандидат медицинских наук.

CHARACTERISTICS OF MASTICATORY APPARATUS REDUCTION AMONG POPULATION OF PENZA AND PENZA REGION

O.V. Kalmin – Penza State University, Head of Department of Normal Human Anatomy, Professor, Doctor of Medical Science; **I.V. Malanjin** – Penza State University, Department of Stomatology, Professor, Doctor of Medical Science; **L.A. Zyulkina** – Penza State University, Department of Stomatology, Assistant; **P.V. Ivanov** – Penza State University, Head of Department of Stomatology, Candidate of Medical Science.

Дата поступления – 25.01.2010 г.

Дата принятия в печать -

О.В. Калмин, И.В. Маланжин, Л.А. Зюлькина, П.В. Иванов. Особенности редукции жевательного аппарата у жителей г. Пензы и Пензенской области. Саратовский научно-медицинский журнал, 2010, том 6, № 2, с. 388-392.

Целью работы явилось изучение региональных особенностей редукции жевательного аппарата у жителей г. Пензы и Пензенской области. Объектом исследования послужили 116 женщин и 98 мужчин в возрасте от 21 до 36 лет. В результате проведенного исследования установлена степень мезио-дистальной редукции моляров и резцов с учетом пола, проведена оценка индексных показателей редукции зубов.

Ключевые слова: редукция, одонтометрия, жевательный аппарат, аномалия, филогенез.

O.V. Kalmin, I.V. Malanjin, L.A. Zyulkina, P.V. Ivanov. Characteristics of masticatory apparatus reduction among population of Penza and Penza region. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2010, vol. 6, № 2, p. 388-392.

The research goal is to investigate regional characteristics of masticatory apparatus reduction of population of Penza and Penza region. 116 female and 98 male patients at the age between 21-36 were under study. According to the research results, mesio-distal reduction level of molars and incisors with sex factor was found out. Evaluation of teeth reduction indices was effected.

Key words: reduction, odontology, masticatory apparatus, anomaly, phylogenesis.

Введение. Аномалии и деформации зубочелюстной системы являются причиной нарушения пропорций лица, приводят к формированию стойких анатомических и функциональных нарушений органов многих систем организма [1, 2, 3]. Периодически проводимые исследования показывают отсутствие тенденции к снижению их частоты [4, 5].

Одной из причин развития зубочелюстных аномалий является влияние филогенетических факторов, в частности, редукция жевательного аппарата [5, 6, 7]. В ходе эволюции отдельные части функциональной системы должны изменяться совместно. Когда же элементы зубочелюстной системы редуцируются с различной скоростью, это приводит к формированию различных аномалий вследствие несоответствия числа и величины зубов размерам челюстей. Более интенсивная по сравнению с зубами редукция альвеолярных отростков создает неблагоприятные условия для прорезывания зубов. При этом довольно часто возникает ретенция.

По литературным данным, наиболее часто ретенируются нижние третьи моляры (38,2%), верхние клыки (22,9%), верхние третьи моляры (12,2%) [5]. Без всякого сомнения, это связано с дефицитом места в зубном ряду, т.к. альвеолярные отростки в процессе филогенеза редуцируются интенсивнее, чем зубы. Для нижних третьих моляров затруднение для прорезывания создает близкое расположение к ним ветви нижней челюсти. Верхние клыки являются крайними зубами в челюстных костях, с медиальной стороны препятствием для их прорезывания является межчелюстная (резцовая) кость. К тому же они прорезываются между уже прорезавшимися зубами: вторыми резцами и первыми премолярами. Недостаточно интенсивный аппозиционный рост на фоне редукции верхней челюсти определяет ретенцию верхних третьих моляров. Кроме того, что ретенированные зубы запаздывают с прорезыванием (иногда и вообще остаются в альвеолярных отростках), в дальнейшем они часто прорезываются в неправильном направлении. Наиболее часто это встречается у клыков [5].

Редукция зубов связана с эволюцией их структурных особенностей – изменяются размеры зубов, количество и форма бугорков, рельеф жевательной поверхности.

В процессе исторического развития происходило изменение структуры пищи, что приводило к «ленности» жевательного аппарата. Наиболее существен-

ным фактором, обусловившим наиболее позднюю волну преобразования зубной системы человека, следует признать быстрое распространение кариеса. Некоторые исследователи показали, что кариес чаще поражает индивидуумов, имеющих зубы относительно крупного размера и высокодифференцированную структуру зубов [5]. Вероятно быстрое уменьшение размеров и упрощение структуры зубов можно рассматривать как защитную реакцию по отношению к кариесу.

Необходимо отметить, что методы диагностики основываются на сравнении зубочелюстных аномалий с нормой. Норма же должна быть определена, как показали работы антропологов, для каждого региона, т.к. этнические и региональные особенности строения зубочелюстной системы имеют прямое отношение к вопросам изучения причин развития зубочелюстных аномалий. Подобных исследований на территории Пензенского региона до сих пор не проводилось.

Исходя из вышеизложенного, целью данной работы явилось изучение региональных особенностей редукции жевательного аппарата у жителей г. Пензы и Пензенской области.

Методы. Объектом исследования послужили 214 жителей г. Пензы и Пензенской области в возрасте от 21 до 36 лет, из них женщин – 116 человек (54,2%), мужчин – 98 человек (45,8%).

У всех обследуемых проводилось снятие оттисков с последующим изготовлением гипсовых моделей верхней и нижней челюстей. При одонтометрических исследованиях гипсовых моделей применялась методика измерительных приемов, предложенная А.А. Зубовым [6]. Измеряли мезио-дистальный, вестибуло-лингвальный диаметры коронок, вычисляли модуль, массивность и индекс коронок.

Также в исследованиях определяли интердентальные индексы: межрезцовый индекс (вычисляется для верхних резцов и дает представление об относительном уровне редукции латерального резца, а, следовательно, об общем уровне редукции в челюсти), степ-индексы (группа индексов, введенная в практику Сельмер-Ольсеном и имеющая в основе сравнение премоляров и моляров с самым стабильным зубом челюсти – первым моляром) [6]. Наличие адентии зубов определялось по данным рентгенограмм.

Для определения признаков редукции зубочелюстной системы проведено внутригрупповое сравнение массивности моляров в каждом квадранте верхней и нижней челюстей и сравнение размеров медиального и латерального резцов верхней челюсти. Исходя из теории, выдвинутой и разработанной Батлером и

Ответственный автор – Зюлькина Лариса Алексеевна
Телефон – 89270970921
E-mail: sto-kafedra@yandex.ru

Дальбергом, структура зубов определяется генным контролем, который действует частично на всю зубную систему, частично на отдельные группы зубов, образуя отдельные морфогенетические поля. Внутри группы зубов имеется область наиболее интенсивного действия гена, где признак получает наибольшее выражение; это называется полюсом морфогенетического поля. Находящиеся в этой области зубы называют ключевыми зубами. Они, как правило, имеют устойчивую структуру и значительно меньше подвержены редукции, чем зубы, находящиеся на периферии и именуемые вариабельными зубами. Чаще полюс находится у медиальной границы каждого класса, хотя имеются исключения, например, нижние резцы. Этим объясняется наибольшая частота адентии латеральных резцов и третьих моляров.

Результаты обследования обработаны вариационно-статистическими методами.

Результаты. При исследовании установлено, что показатели массивности коронки моляров каждого квадранта верхней и нижней челюстей у мужчин и женщин изменяются от первого моляра к третьему соответственно схеме: M1 > M2 > M3, где M1 – массивность первого моляра, M2 – массивность второго моляра, M3 – массивность третьего моляра. Данная схема типична для лиц мужского и женского пола и подтверждает преобладание удельного веса первого моляра в ряду за счет редукции второго и третьего моляров (табл. 1).

При сравнительном анализе абсолютных и относительных размеров верхних резцов выявлено статистически достоверное преобладание сравниваемых показателей у медиальных резцов над аналогичными показателями латеральных резцов (табл. 2).

У женщин ширина медиального резца превышает ширину латерального на 18,8% справа и на 18,3% слева. Толщина медиального резца больше толщины латерального на 9,4% справа и на 9,0% слева. Различия в массивности коронок между медиальным резцом и латеральным составляют 26,1% справа и 25,9% слева с преобладанием медиального. У мужчин ширина медиального резца больше латерального на 22,4% справа и на 22,5% слева. Толщина медиального резца превышает толщину латерального на 10,3% справа и слева. Массивность коронки медиального резца превышает таковую латерального на 30,5% справа и 30,6% слева (рис. 1, 2).

По результатам оценки межрезцового индекса установлено, что у женщин данный показатель на 3,73% выше, чем у мужчин ($81,37 \pm 0,59$ и $77,64 \pm 0,53$, соответственно).

Результаты оценки степ-индексов показали, что более высокое значение четвертого степ-индекса характерно для нижней челюсти как у мужчин, так и у женщин ($p < 0,05$) (рис. 3). Следовательно, можно говорить о преобладании процессов редукции третьих моляров на верхней челюсти. Различия в величине

Таблица 1

Массивность моляров верхней и нижней челюстей

	Первый моляр	Второй моляр	Третий моляр	P	
	M ± m	M ± m	M ± m	M2/M1	M3/M2
Мужчины					
Верхняя челюсть справа	130,61 ± 1,07	115,19 ± 1,29	87,92 ± 2,26	p < 0,01	p < 0,01
Верхняя челюсть слева	129,68 ± 0,94	116,44 ± 1,31	87,04 ± 3,32	p < 0,01	p < 0,01
Нижняя челюсть справа	121,01 ± 1,11	108,49 ± 1,04	97,08 ± 1,20	p < 0,01	p < 0,01
Нижняя челюсть слева	122,03 ± 1,23	106,85 ± 1,13	98,29 ± 1,94	p < 0,01	p < 0,01
Женщины					
Верхняя челюсть справа	117,59 ± 0,86	106,55 ± 0,92	73,37 ± 2,07	p < 0,01	p < 0,01
Верхняя челюсть слева	117,19 ± 0,79	106,12 ± 0,90	74,47 ± 3,37	p < 0,01	p < 0,01
Нижняя челюсть справа	114,50 ± 0,79	106,15 ± 1,02	96,31 ± 2,1	p < 0,01	p < 0,01
Нижняя челюсть слева	116,79 ± 0,88	106,01 ± 0,90	93,42 ± 2,62	p < 0,01	p < 0,01

Таблица 2

Одонтометрические показатели медиального и латерального резцов

показатели	Медиальный резец	Латеральный резец	P		
	M ± m справа	M ± m слева	M ± m справа	M ± m слева	
Мужчины					
Ширина коронки (мм)	9,23 ± 0,05	9,22 ± 0,05	7,16 ± 0,05	7,15 ± 0,05	p < 0,01
Толщина коронки (мм)	7,69 ± 0,05	7,69 ± 0,05	6,90 ± 0,04	6,90 ± 0,04	p < 0,01
Массивность	71,11 ± 0,69	71,07 ± 0,69	49,42 ± 0,47	49,34 ± 0,47	p < 0,01
Женщины					
Ширина коронки (мм)	8,48 ± 0,04	8,46 ± 0,04	6,89 ± 0,05	6,91 ± 0,05	p < 0,01
Толщина коронки (мм)	7,34 ± 0,04	7,33 ± 0,04	6,65 ± 0,04	6,67 ± 0,04	p < 0,01
Массивность коронки	62,24 ± 0,46	62,13 ± 0,48	45,98 ± 0,54	45,98 ± 0,54	p < 0,01

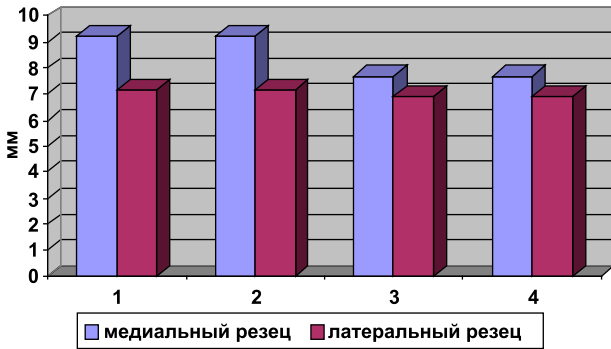


Рис. 1. Одонтометрические показатели медиального и латерального резцов у мужчин (1 – ширина коронки справа, 2 – ширина коронки слева, 3 – толщина коронки справа, 4 – толщина коронки слева)

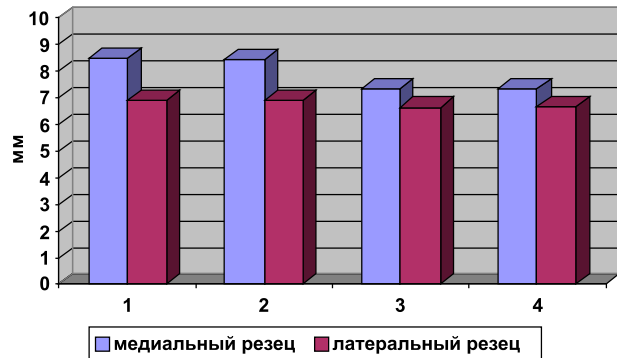


Рис. 2. Одонтометрические показатели медиального и латерального резцов у женщин (1 – ширина коронки справа, 2 – ширина коронки слева, 3 – толщина коронки справа, 4 – толщина коронки слева)

третьего степ-индекса верхней и нижней челюстей недостоверны в обеих группах (табл. 3).

Таблица 3

Показатели степ-индексов		
показатели	мужчины	женщины
3 степ в/ч	91,53±0,54	93,13±0,36
4 степ в/ч	81,05±1,04	78,88±1,09
3 степ н/ч	92,94±0,36	93,12±0,36
4 степ н/ч	87,05±0,93	85,29±1,63

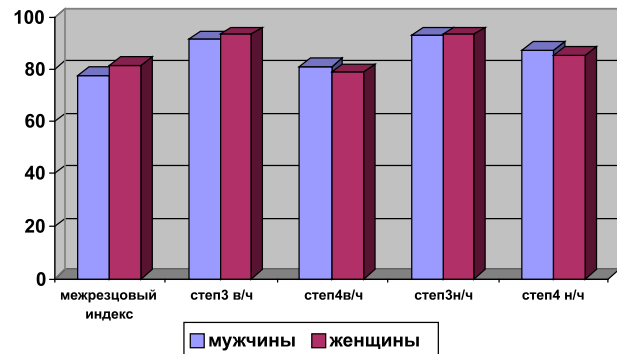


Рис. 3. Интердентальные индексы жителей г. Пензы и Пензенской области

Статистически достоверных половых различий по данным показателям не выявлено ($p > 0,05$).

Аномальное расположение клыка в зубной дуге у мужчин встречалось в 20,4% случаев, что превышает данный показатель у женщин – 13,8% случаев. В структуре проявления данного признака у мужчин отмечено его преобладание на нижней челюсти, в то время как у женщин данная аномалия чаще встречается на верхней челюсти (табл. 4).

Адензия латерального резца верхней челюсти в 2,1 раза чаще встречалась у женщин (4,3% и 2,04% у женщин и мужчин, соответственно) (табл. 5).

Обсуждение. Результаты исследования массивности моляров у жителей г. Пензы и Пензенской области показали уменьшение массивности от первого моляра к третьему как на верхней, так и на нижней челюсти у лиц обоего пола, что совпадает с данными

ми, полученными Т.Д. Дмитриенко [9] при исследовании жителей г. Волгограда [9], О.М. Мальсаговым при исследовании жителей г. Назрани, г. Элисты и г. Орла [10], данными А.А. Зубова [6].

По нашим данным, величина межрезцового индекса у женщин ($81,37 \pm 0,59$) незначительно превышает аналогичный показатель у мужчин ($77,64 \pm 0,53$). По данным Т.Д. Дмитриенко [9] и О.М. Мальсагова [10], различия в величине межрезцового индекса у мужчин и женщин недостоверны, а по данным А.А. Зубова [6], он выше у мужчин (табл. 6).

Изучение показателей третьего степ-индекса у жителей г. Пензы и Пензенской области показали отсутствие полового диморфизма по данному признаку, что совпадает с данными О.М. Мальсагова (2005),

Таблица 4

Распределение признака аномального расположения клыка

	всего		Верхняя челюсть		Нижняя челюсть	
	абсолют.	%	абсолют.	%	абсолют.	%
Мужчины	20	20,4	3	3,1	17	17,3
Женщины	16	13,8	10	8,6	6	5,2

Таблица 5

Распределение признака адензии латерального резца верхней челюсти

мужчины		женщины	
Абсолютный показатель	%	Абсолютный показатель	%
2	2,04	5	4,3

Величина межрезцового индекса у жителей разных регионов

Город	Мужчины	Женщины
Пенза	77,64±0,53	81,37±0,59
Назрань	76,40±1,10	78,24±0,96
Элиста	81,96±1,54	81,93±1,45
Орел	81,02±1,43	80,85±1,13
Волгоград	80,46±0,49	81,76±0,61

но отличается от данных А.А. Зубова (1968). По его данным, третий степ-индекс ниже у женщин.

В результате исследования установлено, что более высокое значение четвертого степ-индекса у жителей Пензенского региона характерно для нижней челюсти как у мужчин, так и у женщин ($p < 0,05$). В большинстве работ по одонтометрии отсутствуют данные об абсолютных и относительных размерах третьих моляров. По данным А.А. Зубова [6], межгрупповые вариации четвертого степ-индекса неопределенны.

Заключение.

1. У жителей г. Пензы и Пензенской области первого зрелого возраста имеются признаки редукции жевательного аппарата, которые проявляются в виде уменьшения количества зубов вследствие адентии, уменьшения размеров коронок моляров и резцов в мезиодистальном направлении;

2. По данным индексных оценок размеров зубов, процессы редукции идут равномерно у лиц обоего пола, однако отдельные признаки эволюции зубочелюстной системы имеют половые различия. Так, редукция латерального резца более выражена у мужчин (по данным межрезцового индекса), однако крайнее выражение данного признака (в виде адентии) чаще встречается у женщин. Проблема аномального рас-

положения клыка в зубной дуге вследствие недостатка места в зубном ряду чаще встречается у мужчин.

Библиографический список

1. Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика, виды зубочелюстных аномалий. М.: ООО «Ортодент-Инфо», 1999. 271 с.
2. Хорошилкина Ф.Я. Руководство по ортодонтии. М.: Медицина, 1999. 798 с.
3. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С. Ортодонтия. Лечение зубочелюстно-лицевых аномалий современными ортодонтическими аппаратами. Клинические и технические этапы их изготовления. Кн. 1. Аномалии зубов и зубных рядов. М.: ООО Ортодент-Инфо, 1999. 211 с.
4. Горелик Е.В., Дмитриенко С.В., Измайлова Т.И., Краюшкин А.И. Особенности краниофасциального комплекса в различные возрастные периоды // Морфология. 2006. № 4. С. 39.
5. Дистель В.А., Семенюк В.М., Сунцов В.Г. Ортодонтия. Омск, 1991. 68 с.
6. Зубов А.А. Одонтология. М., 1968. 197 с.
7. Карпов А.Н. Предупреждение и устранение зубочелюстно-лицевых аномалий: Учебное пособие. Самара, 2003. 194 с.
8. Дмитриенко Т.Д. Половой диморфизм постоянных зубов человека: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 1999. 18 с.
9. Мальсагов О.М. Половой детерминизм и одонтометрический анализ зубов: Дис. ...канд. мед. наук. М., 2005. 156 с.

УДК[618.3-06: 616.314.17-002]-092: 612.017.1-00864]-07-08(045)

Оригинальная статья

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БЕРЕМЕННЫХ

А.В. Лепилин – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, профессор, доктор медицинских наук; **М.В. Дубровская** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, ассистент кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний, кандидат медицинских наук.

IMMUNOLOGICAL DISORDERS IN FORMATION OF PERIODONTAL DISEASES AT PREGNANT WOMEN

A.V. Lepilin – *Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Surgical Stomatology and Maxillofacial Surgery, Professor, Doctor of Medical Science*; **M.V. Dubrovskaya** – *Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Propaedeutics of Stomatological Diseases, Assistant, Candidate of Medical Science.*

Дата поступления – 2.06.10 г.

Дата принятия в печать – 15.06.2010 г.

А.В. Лепилин, М.В. Дубровская. Иммунологические нарушения в формировании заболеваний пародонта у беременных. Саратовский научно-медицинский журнал, 2010, том 6, № 2, с. 392-396.

Цель работы изучение клинико-иммунологических особенностей состояния пародонта и цитокинового профиля в ротовой полости у беременных.

Изучено состояние тканей пародонта у 200 женщин с физиологически протекающей беременностью и у 300 – беременностью, осложненной гестозом. Обследованы 50 женщин с беременностью, осложненной гестозом, и 50 женщин с физиологической беременностью; все женщины имели воспалительные заболевания пародонта. Выполнены фенотипирование лимфоцитов иммунофлюоресцентным методом, исследование содержания фактора некроза опухолей- α , интерлейкина-4, интерлейкина-8 и трансформирующего фактора роста β -1 в ротовой жидкости методом иммуноферментного анализа.

Определены частота и характер воспалительных заболеваний пародонта при беременности. В поражении пародонта у беременных имеют значение нарушения в клеточном звене иммунитета: лимфопения, дисбаланс субпопуляций Т-клеток с уменьшением значений CD_4^{+} , CD_{16}^{+} , CD_{22}^{+} лимфоцитов, возрастанием числа CD_8^{+} лимфоцитов и местный цитокиновый дисбаланс с повышением содержания в ротовой жидкости фактора некроза опухолей- α , интерлейкина-4, трансформирующего фактора роста- β 1.