

антител в олигурический период как в сыворотке крови, так и в составе ЦИК. В период полиурии у больных тяжёлой формой происходило достоверное снижение содержания специфических антител в сыворотке крови с сохранением их высокого уровня в составе ЦИК. Наличие большого количества специфических антител в составе ЦИК-1 и ЦИК-2 в период полиурии у больных с тяжёлой формой ГЛПС может быть связано с сохраняющейся репликацией вируса и/или уровнем циркулирующих антигенов.

ВЫВОДЫ

1. У больных ГЛПС антихантавирусные антитела класса IgG в сыворотке крови и составе ЦИК-1 появляются уже на ранних стадиях заболевания в 100% случаев.

2. Частота выявления антител в составе ЦИК-2 на ранних сроках заболевания зависит от тяжести течения: они присутствуют у 100% больных с тяжёлой формой, у 50% — со средне-тяжёлой, а при лёгкой форме не выявляются.

3. Наличие специфических антител в составе ЦИК-2 указывает на формирование тяжёлого течения ГЛПС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасимов И.Г., Зоркова Е.В. Оптимизация метода определения концентрации циркулирующих иммунных комплексов различной величины // Клин. лабор. диагност. — 2001. — №7. — С. 48–49.
2. Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред. Н.Д. Юшука, Ю.Я. Венгерова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1056 с.
3. Комисарова М.М., Мохова О.Т., Гришкин И.Г. Характер поражения почек у детей в острый и реконвалесцентный период геморрагической лихорадки с почечным синдромом // Дальневост. мед. ж. — 2002. — №3. — С. 62–64.
4. Магазова Р.Ш. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (актуальные проблемы эпидемиологии, патогенеза, диагностики, лечения и профилактики) / Под ред. Р.Ш. Магазова — Уфа: Гилем. — 2006. — 250 с.
5. Морозов В.Г., Иванов А.П., Деконенко А.Е. и др. Концентрация специфических иммуноглобулинов класса М в сыворотке крови больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом в зависимости от сроков и характера течения болезни // Дальневост. мед. ж. — 2003. — №3. — С. 107–108.

УДК 616.314.002.07-056-083

Т15

ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ КАРИЕСА ЗУБОВ

Виктория Викторовна Гилязева¹*, Ирек Ибрагимович Гиниятуллин¹,
Лейсан Дамировна Муратова²

¹Казанский государственный медицинский университет,

²Детская стоматологическая поликлиника №1, г. Казань

Реферат

Цель. Обосновать важность диагностического алгоритма при ведении больных кариесом зубов.

Методы. Обобщены собственные и литературные данные о факторах и условиях реализации кариесогенной ситуации, предикторах кариеса зубов, а также роли диагностических мероприятий. Подчёркнута значимость соматического статуса родителей и нормального течения беременности для оптимального формирования органов и тканей полости рта ребёнка, что предопределяет здоровый стоматологический статус взрослого человека.

Результаты. Приведён диагностический алгоритм при кариесе зубов с акцентом на значимости оценки состояния местного иммунитета слизистой оболочки полости рта, необходимости получения первичной анамнестической информации. Выделены признаки саливарных нарушений, способствующих формированию кариесогенной ситуации. Представленные в статье положения могут служить основой для построения диагностического алгоритма при ведении больных кариесом зубов с целью последующего планирования и проведения эффективной патогенетической терапии заболевания.

Вывод. Правильно подобранный диагностический алгоритм при ведении больных кариесом зубов позволяет стоматологу получать объективную информацию об особенностях возникновения и развития заболевания и определять показания к патогенетической терапии.

Ключевые слова: кариес зубов, диагностика, кариесогенная ситуация, иммунитет, полость рта.

JUSTIFICATION OF THE DIAGNOSTIC ALGORITHM IN DETERMINING THE INDICATIONS FOR PATHOGENETIC THERAPY OF DENTAL CARIES V.V. Gilyazeva¹, I.I. Giniyatullin¹, L.D. Muratova². ¹Kazan State Medical University, Kazan, Russia, ²Pediatric dental polyclinic № 1, Kazan, Russia. **Aim.** To justify the importance of the diagnostic algorithm in the management of patients with dental caries. **Methods.** Summarized were authors' personal and literature data on the factors and conditions of realization of a cariogenic situation, on the predictors of dental caries, as well as on the role of the diagnostic measures. Stressed was the significance of the physical status of the parents and of the normal course

of pregnancy for optimal formation of organs and tissues of a child's oral cavity, which predetermines the healthy dental status of the adult. **Results.** Presented was the diagnostic algorithm for dental caries, with an emphasis on the importance of assessing the state of local immunity of the oral mucosa, the need for obtaining primary anamnestic information. Outlined were the signs of salivary disorders that contribute to the formation of a cariogenic situation. The items presented in this article may serve as a basis for construction of a diagnostic algorithm for the management of patients with dental caries with the aim of for subsequent planning and implementation of effective pathogenetic therapy of the disease. **Conclusion.** The correctly selected diagnostic algorithm in the management of patients with dental caries allows the dentist to obtain objective information about the features of the emergence and development of the disease and to define the indications for pathogenetic therapy. **Keywords:** dental caries, diagnosis, cariogenic situation, immunity, oral cavity.

Патогенетическая терапия кариеса подразумевает определение факторов кариесогенной ситуации и степени её реализации. Известно, что некоторые кариесогенные факторы закладываются ещё в антенатальном периоде формирования зубочелюстной системы. Соматические заболевания родителей, нарушения течения беременности могут приводить к патологическим изменениям органов полости рта ребёнка, например формированию очагов хронической инфекции [3]. Здоровый стоматологический статус в значительной мере определяется оптимальным развитием твёрдых тканей зубов ребёнка, а также состоянием системы иммунной защиты [4]. На приобретённый иммунитет влияют перенесённые, сопутствующие заболевания, а также стресс, травмы и другие неблагоприятные факторы. При вторичных иммунодефицитных состояниях, развивающихся в постнатальном периоде и у взрослого человека, уязвимыми становятся многие среды организма, в том числе жидкость полости рта. При супрессии местного иммунитета слизистой оболочки полости рта кариесогенная ситуация приобретает высокую степень реализации, а кариес зубов — прогрессирующее течение.

Анализ состояния твёрдых тканей зубов у родителей и ближайших родственников больного позволяет косвенно судить о степени первичной минерализации твёрдых тканей зубов. Оценка состояния этих тканей у больного кариесом предоставляет врачу сведения о действенности патогенетических механизмов. Так, известно, что значительная поражённость зубов кариесом, развитие его острых форм, прогрессирование возможны при пониженной резистентности твёрдых тканей и свидетельствуют о супрессии факторов иммунитета слизистой оболочки полости рта больного [1].

Не менее важный фактор — профессиональные вредности. В настоящее время значительное внимание уделяют диетическим привычкам. Характер питания влияет на

формирование полноценной эмали зубов и иммунную защиту полости рта. При формировании кариесогенных диетических привычек с преобладанием углеводов последние становятся источником синтеза микроорганизмами-комменсалами органических кислот, снижающих водородный показатель (рН) до критического уровня.

Развёрнутая оценка гигиенического статуса полости рта больного (с уточнением гигиенических предпочтений, режима, средств) также позволяет судить о состоянии иммунитета слизистой оболочки полости рта [1]. Известно, что обладающие кариесогенным потенциалом незрелые формы микробных денальных биоплёнок образуются уже через 2 ч после гигиенических процедур. Неполное их удаление может сопровождаться начальной компенсаторной активностью факторов местного иммунитета полости рта с последующим их угнетением. Происходящая затем стабилизация микробных биоплёнок способствует интенсификации возникновения и прогрессирования кариеса зубов. Неблагоприятная кариесогенная ситуация сопровождается, как правило, нарушениями состояния слюны (изменением скорости саливации, вязкости слюны, её минерализующего потенциала и т.д.) [2]. Саливарные нарушения могут быть выражены в виде следующих признаков: (1) в полости рта — ощущение сухости, частая жажда, проблемы с глотанием, дискомфорт при приёме сухой пищи, потребность в частом приёме воды, трудности при использовании съёмных зубных протезов, необычные вкусовые ощущения; (2) вне полости рта — ощущение сухости и/или першения в горле; жжения, зуда, «песка» в глазах; сухости, жжения, зуда слизистых оболочек в других областях; сухость кожи.

ВЫВОД

Правильно подобранный диагностический алгоритм при ведении больных кариесом зубов позволяет стоматологу получать

объективную информацию об особенностях возникновения и развития заболевания и определять показания к патогенетической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиляева В.В. Современная стратегия повышения эффективности лечения больных, страдающих кариесом зубов // Научные исследования: информация, ана-

лиз, прогноз. — Воронеж: ВГПУ, 2011. — 204 с.

2. Леонтьев В.К., Галиуллина М.В., Ганзина И.В. и др. Структурные свойства слюны при моделировании кариесогенной ситуации // Стоматология. — 1996. — №2. — С. 9–11.

3. Сайфуллина Х.М. Кариес зубов у детей и подростков. — М.: МЕДпресс, 2000. — 95 с.

4. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В., Ярилин А.А. Руководство по клинической иммунологии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 352 с.

УДК 616.314.089.23-77: 616.311.2-002-076-079: 612.017.1

T16

ВЛИЯНИЕ СЪЁМНЫХ АКРИЛОВЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ИММУННЫЙ ГОМЕОСТАЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИМЕНЯЕМЫХ МАТЕРИАЛОВ И КОНСТРУКЦИЙ

Юрий Юрьевич Первов*

Владивостокский государственный медицинский университет

Реферат

Цель. Патогенетическое обоснование эффективности протезирования дефектов зубных рядов и прогнозирования результатов окклюзионной реабилитации пациентов с патологией зубочелюстной системы на основе анализа иммунного гомеостаза слизистой оболочки полости рта.

Методы. Были обследованы 39 человек с вторичным частичным (I и II класс по Кеннеди) и полным отсутствием зубов в возрасте от 25 до 85 лет, которым были изготовлены съёмные акриловые протезы. Контрольную группу составили 18 человек в возрасте 20–85 лет с патологией зубочелюстной системы, нуждающихся в предварительной хирургической подготовке к протезированию. Выделены три возрастные группы: 20–40 лет (первая группа), 40–60 лет (вторая группа), старше 60 лет (третья группа).

Проведено морфологическое исследование биоптатов области протезного ложа, полученных через 3, 6 и 12 мес после сдачи протезов с иммуногистохимическим определением маркёров CD68, CD204 и CD163, обладающих высокой специфичностью к дендритным клеткам, тучным клеткам и макрофагам соответственно, обеспечивающим иммунный гомеостаз слизистой оболочки полости рта. Для идентификации интраэпителиальных лимфоцитов определяли экспрессию CD4 и CD8. Для оценки интенсивности регенерации эпителиоцитов определяли экспрессию маркёра Ki-67.

Результаты. У лиц первой и второй возрастных групп отмечено преобладание дендритных, тучных клеток, CD4⁺ и CD8⁺. У пациентов третьей группы динамика содержания клеток CD68⁺ и CD163⁺ в слизистой оболочке области протезного ложа была менее выраженной.

Установлена прямая сильная корреляционная зависимость индекса пролиферации и количества клеток CD68⁺, CD204⁺, CD4⁺, CD8⁺, обеспечивающих иммунный гомеостаз слизистой оболочки полости рта у данной категории больных.

Установлена прямая сильная корреляционная зависимость между клиническими изменениями в полости рта в процессе пользования съёмными протезами и абсолютным количеством лимфоцитов и дендритных клеток в воспалительном инфильтрате.

Выявлена динамика изменений митотической активности кератиноцитов в процессе пользования съёмными протезами и корреляция этих показателей со сроками пользования протезами.

Вывод. Изменение параметров иммунного гомеостаза слизистой оболочки полости рта при данном виде протезирования можно считать основанием для патогенетического обоснования лечения и прогнозирования результатов окклюзионной реабилитации стоматологических больных.

Ключевые слова: иммунный гомеостаз, съёмные протезы, слизистая оболочка протезного ложа, иммунофенотипирование.

THE EFFECT OF REMOVABLE ACRYLIC DENTAL PROSTHESES ON IMMUNE HOMEOSTASIS OF THE ORAL MUCOSA DEPENDING ON THE APPLIED MATERIALS AND STRUCTURES Yu.Yu. Pervov, Vladivostok State Medical University, Vladivostok, Russia. **Aim.** To pathogenetically substantiate the effectiveness of performing prosthetic appliances of the dentition defects and predicting the results of occlusal rehabilitation of patients with pathology of the dental system based on the analysis of immune homeostasis of the oral mucosa. **Methods.** Examined were 39 people with secondary partial (I and II class according to Kennedy) and complete lack of teeth aged from 25 to 85 years, for whom removable acrylic dentures were manufactured. The control group included 18 people aged 20–85 years with abnormal dentition, requiring preliminary surgical preparation for prosthetics. Three age groups were identified: 20–40 years (first group), 40–60 years (second group), aged 60 and above (third group). Conducted was a morphological study of prosthetic bed biopsies obtained after 3, 6 and 12 months after returning the prostheses with immunohistochemical determination of markers for CD68, CD204, and CD163, with high specificity for dendritic cells, mast cells and macrophages, respectively, providing the immune homeostasis of the oral mucosa. For identification of intraepithelial lymphocytes determined was the expression of CD4 and CD8. In order to evaluate the intensity of regeneration of epithelial cells determined was the