

priyatnyh regionah // Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika. 2010. T. IX. №3 (34). S. 61.

13. Цепов Л. М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 192 с.

Серов Л. М. Zabolevaniya parodonta: vzgljad na problemu. — М.: MEDpress-inform, 2006. — 192 с.

14. Черныш В. Ф., Чепик Г. С., Иванникова А. А. Устранение локальной рецессии десны пластикой угловым мукогингивальным лоскутом // Пародонтология. 2010. №2. С. 32–37.

Chernysh V. F., Chepik G. S., Ivannikova A. A. Ustranenie lokal'noj recessii desny plastikoy uglovym mukogingival'nym loskutom // Parodontologija. 2010. №2. S. 32–37.

15. Albandar J. M., Kingman A. J. Gingival recession, gingival bleeding, and dental calculus in adults 30 years of age and older in the United States, 1988–1994 // Periodontol. 1999. №70 (1). P. 30–43.

16. Chrysanthakopoulos N. A. Aetiology and severity of gingival recession in an adult population sample in Greece // Dent. Res. J. 2011. №8 (2). P. 64–70.

17. Kozłowska M. The oral cavity hygiene as the basic element of the gingival recession prophylaxis // Roczn. Akad. Med. Białymst. 2005. - №50. P. 234–237.

18. Litonjua L. A., Bush P. J., Coen R. E. Toothbrushing and gingival recession // Int. Dent. J. 2003. №53 (2). P. 67–72.

19. Peter F. Fedi, Arthur R. Vernino, John L. Gray. Пародонтологическая азбука. — 2003. — 293 с.

Peter F. Fedi, Arthur R. Vernino, John L. Gray. Parodontologičeskaja azbuka. — 2003. — 293 s

20. Rajapakse P. S., McCracken G. I., Gwynnett E., Steen N. D., Guentsch A., Heasman P. A. Does tooth brushing influence the development and progression of non-inflammatory gingival recession? A systematic review // J. Clin Periodontol. 2007. №34 (12). P. 1046–1061.

**Поступила 15.01.2016**

*Координаты для связи с авторами:*

*426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, д. 281*

*ГОУ ВПО ИГМА*

## Четвертое заседание Клуба пародонтологов России

12.11.2015. ЦНИИС и ЧЛХ.

Традиционное заседание Клуба пародонтологов России этого года прошло в конференц-зале ЦНИИС и ЧЛХ, после завершения финала Всероссийского конкурса «Клиническая пародонтология — 2015» под эгидой СТАР, торжественного подведения его итогов и награждения победителей. (Читайте наш специальный материал в номере о Дне пародонтологии в ЦНИИС и ЧЛХ и о 16-м Конкурсе «Клиническая пародонтология — 2015»).

В работе заседания приняли участие более 70 врачей со всей страны, а также доктора и учащиеся ЦНИИС и ЧЛХ. Заседание было посвящено информированию общественности о прошедших международных мероприятиях сезона лето-осень 2015, в которых принимала участие делегация Российской пародонтологической ассоциации; знакомству с взглядами зарубежных докторов, современными концепциями; обсуждению вопросов, связанных с заболеваниями пародонта, с хирургическими вмешательствами; профилактики, междисциплинарным аспектам, интеграции в решение вопросов эффективного лечения заболеваний пародонта.

Модератор заседания — зав. отделением пародонтологии ЦНИИС и ЧЛХ, проф. Грудянов А. И., председатель РПА. В президиуме — члены жюри конкурса, а также профессор Атрушкевич В. Г. (МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кафедра пародонтологии).



В своем вступительном слове Грудянов А. И. поделился с коллегами информацией о докладах, задачах и мнениях, озвученных на Первом европейском конгрессе «Пародонтология и ортодонтия. Общие проблемы» в Милане, 29–31 октября 2015 года. Также он поделился информацией с московского конгресса «Имплантология и пародонтология», прошедшем накануне. По словам Грудянова А. И., главным событием года стал VIII Конгресс EuroPerio 8 в Лондоне, где впервые российская делегация выступила полноправным участником и имела возможность не только присутствовать в качестве слушателя, но и представлять свои научные доклады. Он с удовлетворением отметил, что сегодняшний победитель конкурса «Клиническая пародонтология — 2015» Нино Яманидзе уже тогда входила в состав российской делегации и выступала с докладом в Лондоне.

Научная программа Заседания была представлена следующими выступлениями: Проф. Булгакова А. И. (Уфа) «Применение аллогенных биоматериалов в хирургическом лечении хронического пародонтита»; Проф. Атрушкевич В. Г. (Москва) «Эстетика мягких тканей в пародонтологии»; Проф. Орехова Л. Ю. (Санкт-Петербург) «Инновационные технологии в комплексном лечении стоматологических заболеваний»; Проф. Блашкова С. Л. (Казань) «Этиопатогенетические аспекты в профилактике и прогнозировании заболеваний пародонта»; Проф. Леонова Л. Е., к.м.н. Таболина Е. Н., Смелова Л. З., Омарова Л. В. (Пермь) «Использование природных факторов в комплексном лечении пациентов с заболеваниями пародонта»; Проф. Грудянов А. И. «Хирургические вмешательства на пародонте. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение пациентов»; К.м.н. Стариков Н. А. (ЦНИИС и ЧЛХ) «Ортопедическое лечение пациентов с патологией пародонта».

Один из актуальных докладов на данном заседании по смежной тематике представила д.м.н., завкафедрой терапевтической стоматологии Казанского ГМУ Блашкова С. Л., вопросы оказания ортодонтического лечения и его влияния на состояние тканей пародонта, — «Этиопатогенетические аспекты в профилактике и прогнозировании заболеваний пародонта». Фрагменты этого выступления приводим ниже.

«В настоящее время воспалительные заболевания пародонта занимают второе место по частоте и распространен-

ности среди всех стоматологических заболеваний и характеризуются тем, что носят рецидивирующий хронический характер с чередованием эпизодов обострений и периодов ремиссии, что объясняет интерес исследователей к изучению патогенетических механизмов трансформации клинического благополучия в обострении симптоматики заболевания.

Распространенность воспалительных заболеваний пародонта при применении несъемной техники остается на высоком уровне (20–38%). При этом клиническая картина гингивита, а также ранних стадий генерализованного пародонтита легкой степени тяжести характеризуется маломанифестным и латентным течением, что затрудняет своевременную диагностику и, следовательно, отдаляет начало проявления адекватных лечебных и реабилитационных мероприятий.

Мягкий зубной налет, скапливаясь в области шеек зубов и в межзубных промежутках, способствует запуску механизма деструкции всего пародонтального комплекса, начиная с воспаления десны и разрушения зубодесневого прикрепления и заканчивая тяжелым деструктивным процессом в костной ткани альвеолярных челюстей (Грудянов А. И., Овчинникова В. В., 2009).

Согласно современным представлениям, в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта лежит нарушение баланса между агрессивными микробными факторами и реактивностью организма в целом.

Микробиологический фактор, как один из основных в инициации инфекционно-воспалительного процесса в полости рта, не может исключать своего взаимодействия с клеточным звеном врожденного и адаптивного иммунитета. Возникающий контакт с патогенными бактериями активизирует «врожденную систему защиты» путем экспрессии провоспалительных цитокинов. В этом случае сохранность слизистой оболочки, наличие обострения или ремиссии воспалительных заболеваний пародонта полностью зависят от установления паритета между патогенными факторами и компонентами системы защиты.

У пациентов с зубочелюстными аномалиями состояние пародонта и его реакции на ортодонтическое лечение требуют особого внимания, так как морфофункциональные нарушения сами по себе являются мощными патогенетическими факторами, обуславливающими инициацию и развитие заболеваний пародонта. Фиксированные на зубах брекететы, кольца, дуги значительно затрудняют гигиену полости рта, что приводит к поражению твердых тканей зубов и заболеваниям пародонта. В связи с этим, хорошая гигиена полости рта имеет решающее значение во время ортодонтического лечения».

«В настоящее время большой интерес представляет изучение роли антимикробных пептидов в развитии заболеваний пародонта. Эндогенные антимикробные пептиды относятся к неспецифическим факторам гуморальной врожденной иммунной системы, обеспечивающей защиту против патогенных возбудителей.

Действие антимикробных пептидов приводит к нарушению структуры и функций цитоплазматической мембраны микроорганизмов, что ведет к их гибели.

На сегодняшний день изучено около сотни антимикробных пептидов. Особое место среди них занимают пепти-

ды ротовой полости — дефензины (англ. defensin, от англ. defense — защита).

Дефензины обладают уникальными свойствами: они селективно действуют на бактерии, поскольку их катионные молекулы имеют высокое сродство к мембранам бактерий. Дефензины нейтрофилов ( $\alpha$ -дефензимы) относятся к семейству катионных трисульфидсодержащих микробицидных белков. Помимо микробицидной активности, проявляют хемотоксические, иммуномодулирующие и цитотоксические свойства и вовлечены в защиту организма и воспалительные процессы. Активация нейтрофилов приводит к быстрому высвобождению дефензинов. Нейтрофилы могут быть источником альфа-дефензинов, измеряемых в плазме и других жидкостях организма во время инфекций и воспаления.

Установлено, что  $\alpha$ - и  $\beta$ -дефензины являются сильными хемоаттрактантами для моноцитов, Т-лимфоцитов и незрелых дендритных клеток. (Хемоаттрактанты — вещества, которые способны заставить клетку физически передвигаться в тканях организма). Эти данные демонстрируют связь между экспрессией антимикробных дефензинов и вовлечением иммунокомпетентных клеток в очаг инфекции, способных оказывать длительный гуморальный и/или клеточный ответ после попадания потенциального патогена. Исследования показали, что  $\alpha$ - и  $\beta$ -дефензины также обеспечивают антиген-специфические иммунные реакции. Было установлено, что пациенты, у которых отсутствуют  $\alpha$ -дефензины, страдают частыми и тяжелыми бактериальными инфекциями.

Обсуждаемые в литературе открытия расширяют современные представления о роли антимикробных пептидов в механизмах специфической и неспецифической защиты и открывают новые возможности в профилактике и лечении воспалительных заболеваний. Использование антимикробных пептидов в качестве диагностических маркеров для защиты пародонтальных тканей от бактериальной агрессии приобретает все большее значение.

Было проведено исследование с целью изучения уровня  $\alpha$ -дефензина в нейтрофилах смешанной слюны и их роли в развитии хронического катарального гингивита у ортодонтических больных. Полученные данные свидетельствовали о том, что средние значения индекса OHI-S до начала ортодонтического лечения не различаются у всех пациентов, тогда как в процессе лечения зубочелюстных аномалий с применением брекет-системы отмечается статистически значимое увеличение среднего значения индекса OHI-S у пациентов основной группы по сравнению с группой сравнения.

Для прогнозирования и профилактики развития воспалительного процесса в тканях пародонта необходимо в комплексном лечении пациентов с зубочелюстными аномалиями, находящихся на ортодонтическом лечении с применением несъемной техники, наряду с клиническими методами оценки состояния тканей пародонта включать определение концентрации  $\alpha$ -дефензинов, что является прогностическим критерием рецидивов заболевания пародонта с высокой вероятностью хронизации воспалительного процесса».

**Материал подготовила Галина МАСИС**