

*На правах рукописи*

**Данилина Екатерина Владимировна**

**КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ  
ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН  
С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ**

14.01.14 Стоматология

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Саратов – 2020

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научный руководитель: Михальченко Валерий Фёдорович** – доктор медицинских наук, профессор

**Научный консультант: Яковлев Анатолий Трофимович** – доктор медицинских наук, профессор

**Официальные оппоненты:**

**Орехова Людмила Юрьевна** – доктор медицинских наук, профессор; ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России; кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии; заведующая кафедрой;

**Успенская Ольга Александровна** – доктор медицинских наук, доцент; ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России; кафедра терапевтической стоматологии; заведующая кафедрой

**Ведущая организация:** федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится \_\_\_\_\_ 2020 года в \_\_ часов на заседании диссертационного совета Д 208.094.04 на базе ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России по адресу: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России и на сайте организации [www.sgmtu.ru](http://www.sgmtu.ru)

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 20 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,  
доктор медицинских наук, профессор

**Л.В. Музурова**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы.** На течение стоматологических заболеваний беременных существенно влияет экстрагенитальная патология, регистрируемая у 95% беременных (Сулейманова И.Г., 2008; Кисельникова Л.П., 2011) и 40% небеременных женщин репродуктивного возраста (Шмидт Д.В., 2009; Исамулаева А.З., 2016). Железодефицитную анемию (ЖДА) беременных – синдром нарушения синтеза гемоглобина вследствие дефицита железа (D50), авторы рассматривают как органную патологию, приводящую к функциональным и морфологическим изменениям органов и тканей организма (Осадшая В.Н., 2009; Виноградова М. А., Федорова Т.А., 2015).

Нуждаемость в стоматологической помощи у беременных с железодефицитной анемией возрастает до 78,7%, распространенность воспалительных заболеваний пародонта достигает 100% (Бахмудов Б.Р., Бахмудова З.Б., 2009; Арсеенкова О.Ю., 2012; Левина Н.М., 2017). Гингивит, являясь начальной стадией воспалительных заболеваний пародонта, нередко остается без должного внимания врачей - стоматологов и самих пациентов, что приводит к прогрессированию заболевания (Орехова Л.Ю., Грудянов А.И., 2009; Янушевич О.О., Дмитриева Л.А., Ревазова Э.Э., 2016; Успенская О.А., Шевченко Е.А., 2018).

В современных условиях повышения качества оказания медицинской помощи в системе национального здравоохранения вопросы изучения информированности, комплаентности, социально-психологической мотивации беременных при формировании стоматологического здоровья, факторов риска возникновения и развития воспалительных заболеваний пародонта приобретают особую социальную значимость (Фирсова И.В., 2014; Доника А.Д., 2016).

Известны публикации по изучению антимикробной защиты полости рта и механизмов ее регуляции в период беременности (Ломова А.С., 2016; Атрушкевич В.Г., Берченко Г.Н., Орехова Л.Ю. с соавт., 2019; Зорина О.А., Абаев З.М., с соавт., 2019), вместе с тем в литературе не достаточно представлены данные о показателях местного иммунитета у беременных с ЖДА.

Традиционно применяемые при лечении воспалительных заболеваний пародонта лекарственные препараты (Дмитриева Л.А., 2014) беременным нередко противопоказаны, оказывая негативное влияние и повышая риск перинатальных осложнений (Смирнова А.М., 2010; Триголос Н.Н. с соавт., 2010; Успенская О.А., с соавт., 2018), важен выбор безопасных препаратов, методов профилактики и лечения на ранних стадиях развития воспалительных заболеваний пародонта (Дубровская М.В., Иващенко Ю.Ю., 2011; Куксенко В.М. с соавт., 2012; Левина Н.М., 2017).

Таким образом, изучение факторов влияния на стоматологическое здоровье беременных с железодефицитной анемией на фоне изменяющейся социально-демографической ситуации, показателей местного иммунитета полости рта, в динамике гестационного периода, выдвигают необходимость проведения дальнейших исследований

**Степень разработанности темы.** Известно, что беременность, представляя собой физиологический процесс, приводит к изменению всех видов обмена организма и показателей крови. Заболеваемость беременных негативно отражается не только на здоровье матери, её потомстве и последующих поколениях. В общей структуре заболеваний беременных на первом месте находится угроза прерывания беременности (55,0 – 77,44%, 2010–2015 гг.), на втором месте стоят болезни крови (D50–D89). Данные параметры являются управляемыми патологиями, что свидетельствует о социально-демографических и психофизических факторах влияния на здоровье беременных с железодефицитной анемией (ЖДА) (Попова Н.М., Соколовская Т.А., 2016).

По данным экспертов ВОЗ, железодефицитная анемия у беременных варьирует от 21,0 до 80,0 % (Черниченко Е.Е., 2001; Шехтман М.М., 2004). В Волгоградской области (Денисенко Л.Н., 2007) показатели выявления ЖДА у беременных выросли на 11 % (протокол Заседания Ассоциации АГПС, 2003 г.) (Виноградова М.А., Федорова Т.А., 2015). Установленные факты увеличения частоты и тяжести воспалительных заболеваний пародонта, при патологическом течении беременности не вызывают сомнений. В связи с этим актуальным

направлением научного исследования является изучение частоты воспалительных заболеваний пародонта, с учетом регионального компонента, разработка методов лечения и профилактики у беременных женщин с железодефицитной анемией (Толмачева С.М., Лукиных Л.М., 2005; Сулейманова И.Г., 2008; Булкина Н.В., 2014; Петриченко Н.В., Баркова Э.Н., 2015).

**Цель исследования:** повышение эффективности профилактики и лечения воспалительных заболеваний пародонта беременных женщин с железодефицитной анемией.

#### **Задачи исследования**

1. Выявить частоту встречаемости железодефицитной анемии у беременных путем ретроспективного анализа медицинских карт и оценки стоматологического статуса в динамике гестационного периода

2. Изучить факторы риска возникновения и развития воспалительных заболеваний пародонта у женщин с физиологическим и патологическим течением беременности (ЖДА), проживающих в Волгограде, с учетом социально-демографических, медико-биологических особенностей (по данным анкетирования).

3. Изучить клинические и клинико-лабораторные показатели десневой жидкости у женщин с воспалительными заболеваниями пародонта при физиологическом и патологическом (ЖДА) течении беременности.

4. Провести сравнительный анализ эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта беременных с использованием общепринятых методов и иммуномодулирующего препарата «Лизобакт».

5. Разработать алгоритм лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта беременных с железодефицитной анемией.

**Научная новизна исследования.** Впервые выявлена частота встречаемости ЖДА и изучен стоматологический статус беременных женщин с ЖДА г. Волгограда путем ретроспективного анализа медицинских карт и обследования.

В результате проведенного исследования факторов риска возникновения и развития воспалительных заболеваний пародонта у женщин с физиологическим и патологическим (ЖДА) течением беременности сформирован социальный портрет беременной, проживающей в г. Волгограде; выделены группы риска развития заболеваний пародонта с учетом социально-демографических, медико-биологических особенностей и акушерского статуса (по данным анкетирования).

Впервые изучена сравнительная эффективность клинико-лабораторных показателей воспалительных заболеваний пародонта у женщин с физиологическим и патологическим (ЖДА) течением беременности, с оценкой диагностической информативности лабораторных данных (IgA, IgG; IL-8, IL-10), для ранней диагностики, оценки динамики заболевания и эффективности использования иммуномодулирующего препарата «Лизобакт» для местного применения.

Установлены взаимосвязи показателей местного иммунитета полости рта и воспалительных заболеваний пародонта беременных с ЖДА в динамике гестационного периода.

#### **Теоретическая и практическая значимость результатов исследования.**

Обоснован комплекс информативных показателей, позволяющих у беременных с ЖДА сформировать группы риска развития на ранних стадиях воспалительных заболеваний пародонта, что имеет практическое значение для диагностики и оценки динамики заболевания.

У беременных с ЖДА, на основании сравнительного изучения клинико-лабораторных показателей (иммуноглобулинов IgA, IgG, интерлейкинов IL-8, IL-10), проведена оценка диагностической информативности лабораторных данных. Разработаны рекомендации по иммунологическому исследованию десневой жидкости и выделению групп риска с неблагоприятным течением воспалительных заболеваний пародонта.

Разработанный комплексный алгоритм лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта в динамике акушерского статуса

позволит систематизировать и совершенствовать структуру оказания стоматологической помощи беременным женщинам с ЖДА.

**Положения выносимые на защиту:**

1. Обоснованный комплекс информативных показателей позволил оценить факторы и сформировать группы риска развития на ранних стадиях воспалительных заболеваний пародонта, что имеет практическое значение для повышения эффективности лечения и профилактики у беременных женщин с железодефицитной анемией.

2. У беременных с ЖДА, установлена диагностическая информативность лабораторных показателей (IgA, IgG; IL-8, IL-10) десневой жидкости, которые имеют практическое значение для диагностики, позволяют оценить динамику заболевания и подтвердить ( $p < 0,05$ ) эффективность применения иммуномодулирующего препарата «Лизобакт».

3. Результаты клинических и лабораторных исследований обосновывают эффективность применения разработанного комплексного алгоритма лечения хронического катарального гингивита (K05.1) и профилактики воспалительных заболеваний пародонта у беременных с железодефицитной анемией.

**Методология и методы диссертационного исследования.** Методология выполненной работы базировалась на выполнении принципов биоэтики, научного поиска и структурирования этапов исследований, одобренных этическим комитетом Волгоградского государственного медицинского университета: дизайн клинического, лабораторного исследования, протоколы исследований. Эмпирическую базу данных социологического и клинического исследований составили беременные женщины ( $N = 150$ , средний возраст –  $24,2 \pm 1,4$  года), при соблюдении этических норм конфиденциальности и автономии, при добровольном информированном согласии. В работе применены методы изучения клинико-лабораторных показателей воспалительных заболеваний пародонта, интерлейкинов, иммуноглобулинов, в жидкости десневой борозды у 46 беременных, до и после курса терапии. Клиническое обследование и лечение

заболеваний пародонта проведено 150 беременным 18–35 лет; мониторинг состояния пародонта и оценку эффективности лечения беременных проводили в динамике эмбриогенеза с применением клинических пародонтальных индексов; определения качества жизни. Математическая обработка клинических и клинико-лабораторных данных проводилась в соответствии с ГОСТ 8.207-76; статистическая, с использованием стандартных пакетов программ «Microsoft office 2007», «Stat Soft Statistica v6.0».

**Степень достоверности результатов исследования.** Результаты исследования имеют высокую степень достоверности, обусловленную объемом выполненных исследований (анализ 2529 медицинских карт, анкетирование 150 беременных - 450 анкет), подготовка и проведение 308 иммунологических исследований, обследование и лечение 150 тематических пациентов, систематизация по группам, анализ результатов лечения, аналитическая и статистическая обработка полученных данных. Проведен аналитический обзор источников литературы (235), самостоятельно разработаны основные идеи и алгоритм обработки полученных результатов, их анализ, обобщение и подготовка научных публикаций, сделаны обоснованные выводы, предложены практические рекомендации.

**Апробация результатов исследования.** Основные положения диссертации доложены и обсуждены на итоговых научных сессиях ВолгГМУ (2010 – 2015); Международном научно-практическом конгрессе «Здоровье и образование в XXI веке» (Москва, 2011, 2014, 2017); «Второй Центрально-Азиатской научно-практической конференции» (Алма-Ата, 2013); Всероссийском стоматологическом форуме ВРАС «Volga Dental Summit» (Волгоград, 2014, 2015, 2016); Международной научно-практической конференции «Междисциплинарный подход в диагностике, лечению, профилактике и эстетико-функциональной реабилитации в пародонтологии» (Санкт-Петербург, 2019). Результаты исследования обсуждены на расширенной межкафедральной конференции с участием сотрудников кафедр терапевтической стоматологии, пропедевтики стоматологических заболеваний,



кафедры клинической лабораторной диагностики с курсом КЛД ФУВ, фантомного центра стоматологического факультета ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России.

По теме диссертационного исследования опубликовано 15 научных работ, в том числе 3 в изданиях, рекомендованных ВАК Министерства науки и высшего образования РФ для публикаций основных материалов диссертационных исследований.

**Внедрение результатов исследования.** Результаты исследования внедрены в учебный процесс кафедры терапевтической стоматологии, пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО ВолгГМУ, в лечебную работу поликлиники стоматологии ФГБОУ ВО ВолгГМУ, ГАУЗ «Волгоградская областная клиническая стоматологическая поликлиника», ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 9», ГУЗ КБ №5 г. Волгограда.

**Личное участие автора в получении научных результатов.** Автор самостоятельно провел анализ источников научной литературы, отечественных и зарубежных авторов, лично участвовал в подготовке и проведении клинико-лабораторных (иммунологических) исследований. Автором лично проведен анализ медицинских карт, анкетирование беременных женщин, анализ анкет, выполнена клиническая часть работы по обследованию и лечению тематических пациентов, систематизация по группам, анализ результатов лечения, показана эффективность рекомендуемой терапии и предложен алгоритм ее применения, проведена аналитическая и статистическая обработка полученных результатов.

**Структура и объем диссертации.** Работа изложена на 137 страницах компьютерного текста, включает введение, обзор литературы, описание объектов и методов исследования, две главы, посвященные результатам собственных исследований, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы, приложения, 10 таблиц и 23 рисунка.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Материал и методы исследования.** Для решения поставленных в работе задач были проведены клинические и лабораторные исследования.

Изучение частоты встречаемости ЖДА, факторов риска возникновения и развития заболеваний пародонта беременных проводили на основе ретроспективного анализа 2529 медицинских карт, из них 120 после ЭКО (2013–2017 гг.), годовых отчетов женской консультации ГУЗ КБ № 5 Волгограда за 5 лет. Проведено анкетирование, изучены медицинские и стоматологические показатели 150 беременных женщин в возрасте 18–35 лет с ЖДА и без сопутствующей патологии. Эмпирическую базу составили данные социологического и клинического исследований, проведенных на модельной группе беременных женщин ( $n=150$ , средний возраст –  $24,2 \pm 1,4$  года), в которой женщины с патологическим (ЖДА) и физиологическим течением беременности представлены в паритетном соотношении. Соблюдались этические нормы конфиденциальности и автономии. Отбор респондентов проводили при первичном обращении и постановке на учет беременных, с участием акушера-гинеколога (индивидуальная карта беременной и родильницы, форма №111/у), при добровольном информированном согласии.

Опрос респондентов проводили методом сплошной выборки в два этапа. Для предварительной оценки модельной группы проведен скрининговый экзит-полл по 3 ключевым вопросам: сколько раз в течение года обращались к врачу - стоматологу; какова причина обращения; источник информации для выбора средств и методов гигиены полости рта. Для детального исследования, разработан авторский индекс-опросник из 24 вопросов, из них: вопросы (4) о возрасте и социальной составляющей (семейное положение, уровень обеспеченности, образование); информированности (6) и комплаентности (4) беременных по формированию стоматологического здоровья, средствах и методах гигиены (10); субъективной оценке состояния полости рта (5) до и после стоматологического лечения. На втором этапе исследования разработан опросник (28 вопросов) для оценки уровня мотивации по формированию навыков здорового образа жизни; предпочтений в вопросах питания. Анкетирование проводили в 1-м, 3-м триместрах беременности.

Программа социологического исследования разработана и реализована совместно с отделом этической, правовой и социологической экспертизы в медицине Волгоградского медицинского научного центра ВолгГМУ (руководитель – д.м.н., профессор А.Д. Доника).

Изучение клинико-лабораторных показателей воспалительных заболеваний пародонта проводили в жидкости десневой борозды у 46 беременных женщин в возрасте 18–35 лет, из них: 16 (n=16) женщин с проявлениями ЖДА, легкой степени тяжести (D50); 15 (n=15) женщин без ЖДА; 15 (n=15) женщин, группа контроля, небеременные, с отсутствием стоматологической патологии.

Беременным с ЖДА (n=16) лечение воспалительных заболеваний пародонта проводили с применением препарата «Лизобакт»; беременным без ЖДА (n=15) применяли традиционную противовоспалительную терапию (Дмитриева Л.А., 2014).

В пробах жидкости десневой борозды определяли показатели концентрации интерлейкинов IL-8, IL-10, иммуноглобулинов A (slgA), G (IgG), до и после курса проведенного лечения (8-10 день), в соответствии со сроками клинических обследований. Забор проб материала десневой борозды проводили по известной методике (Чукаева Н.А., 1990). Биоматериал из десневой борозды собирали с помощью инъекционной иглы с затупленным концом, герметично соединенной с пустотелым пластичным баллончиком (шприц-тюбик с иглой).

В ходе исследований использовали: термостатируемый шейкер «Elmi SkyLine Shaker ST-3» (Elmi, Латвия) на 700 об./мин в диапазоне температур  $37 \pm 1,0$  С, микропланшетный вошер «StatFax 2600» (Stat Fax, USA), планшетный иммуноферментный анализатор «Stat Fax 2100» (Stat Fax, USA). Иммуноферментный анализ проводили в соответствии с инструкцией к приборам и реагентам. Результаты регистрировали с помощью планшетного анализатора, измеряя оптическую плотность в одноволновом режиме: основной фильтр – 450 нм. Концентрацию иммуноглобулинов, интерлейкинов рассчитывали по калибровочному графику, построенному прибором в координатах

«Концентрация/Оптическая плотность». Выполнен и проведен анализ 308 клинико - лабораторных исследований.

Клиническое обследование и лечение воспалительных заболеваний пародонта проводили 150 беременным 18–35 лет – 1-й период зрелого возраста (возрастная периодизация института возрастной физиологии РАМН) (Иорданишвили А.К., 2015), в женской консультации ГУЗ КБ № 5 Волгограда.

На этапе регистрации беременных и постановке на диспансерное наблюдение, в 1-м триместре, сформированы клинические группы, с учетом сопутствующей патологии и методов лечения: 1 группа (n=50) беременные с ЖДА, лечение проводили с применением иммуномодулирующего препарата «Лизобакт» (Регистрационный № ПН0179/01-2002); 2 группа (n=50) беременные с ЖДА; 3 группа (n=50) сравнения, с физиологическим течением беременности, без патологии. Лечение беременных 2, 3-й группы проводили с применением традиционной противовоспалительной терапии пародонта, в соответствии с рекомендациями национального руководства «Пародонтология», решением Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 23.04.2013, с изменениями и дополнениями № 18 от 30.09.2014, положением «Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам» (приказ МЗ РФ № 572н от 01.11.2012). Группы сопоставимы по возрасту, степени выраженности клинических проявлений патологии пародонта.

Диагноз железодефицитная анемия ставился врачом-терапевтом по данным клинико-лабораторных исследований, согласно классификации ВОЗ, при концентрации гемоглобина (Hb) крови: 110-90 г/л – легкая степень тяжести; 90-70 г/л – средняя; менее 70 г/л – тяжелая (Виноградова М.А., Федорова Т.А., 2015).

Критерии включения беременных в исследование: обращение беременной в женскую консультацию в 1-триместре (8-12 недель); возраст от 18 до 35 лет; беременные с общей патологией ЖДА, легкой степени тяжести (D50); беременные с физиологическим течением беременности; мотивация к выполнению гигиенических стоматологических процедур, лечению

воспалительных заболеваний пародонта; наличие информированного добровольного согласия беременной.

Критерии исключения беременных из исследования: отказ от проспективного наблюдения, стоматологического лечения; соматическое декомпенсированное заболевание с неконтролируемым течением; онкологические заболевания; инфекционные заболевания (ВИЧ, гепатит и т. п.); отягощенный аллергический анамнез; психические заболевания.

Учитывая тот факт, что беременным женщинам не рекомендовано рентгенологическое обследование, определение степени выраженности воспалительных реакций пародонта, постановку диагноза проводили на основании анамнеза, жалоб, субъективных и объективных клинических характеристик, с применением информативных клинических индексов: гигиенического индекса (ИГ) полости рта по J.R. Green, J.R. Vermillion (1968) (ОHI-S); папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА), в модификации С. Parma (1960).

Клиническое стоматологическое обследование и лечение пациентов приводили традиционно в динамике гестационного периода: I триместр беременности (до 12 недель); II триместр (12-28 недель); III триместр (28-40 недель).

В 1-м триместре (с учетом критических периодов эмбриогенеза) беременным всех групп проводили мероприятия направленные на повышение мотивации к стоматологическому лечению: консультации, индивидуальные собеседования, занятия в рамках «школы матерей», обучение и контроль выполнения индивидуальной гигиены полости рта. Проводили профессиональную гигиену полости рта: снятие зубных отложений ручным, ультразвуковым методом (аппарат UDS L Wodpecker).

Во 2-м триместре беременным всех групп проводили санацию полости рта, с применением (по показаниям) местной инъекционной анестезии.

В 3-м триместре беременным всех групп проводили плановый (приказ МЗ РФ № 572н от 01.11.2012 г) осмотр полости рта, симптоматическое лечение

воспалительных заболеваний пародонта; рекомендации по гигиене полости рта, коррекции пищевого рациона в постродовом периоде (период активной лактации).

Врач-гинеколог назначал и контролировал проведение общей медикаментозной терапии с учетом акушерской патологии (ЖДА).

Мониторинг состояния пародонта у беременных и оценку эффективности лечения проводили в динамике эмбриогенеза по клиническим показателям: упрощенный гигиенический индекс (ИГ) по J. R. Green, J. R. Vermillion (1964); определение выраженности воспалительных изменений десны с помощью обратимого папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА), по Parma С. (1960); индекс кровоточивости (ИК) по Мюллеману – Коуэллу (Muhlemann – Cowell, 1975). Качество жизни пациентов определяли по модифицированному опроснику - анкетированию (рационализаторское предложение № 15, 2018).

Математическую обработку клинических и клинико-лабораторных данных проводили в соответствии с ГОСТ 8.207-76, методами вариационной статистики с вычислением параметрических (t-критерий Стьюдента) и непараметрических ( $\chi$ -квадрат) критериев различия и коэффициентов корреляции с помощью пакета прикладных программ «Microsoft Excel 2010» и «STATISTICA v.17,0». Статистическая обработка полученных результатов была выполнена с использованием пакета программ «Microsoft office 2007» и программного пакета «Stat Soft Statistica v6.0». Анализ данных проводили с помощью описательной статистики, используя медиану и интерквартильный размах.

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Ретроспективный анализ медицинских карт по изучению структуры заболеваний и факторов риска возникновения и развития заболеваний пародонта беременных женщин, показал, что уровень патологий и контингент беременных в Волгограде существенно изменился. ЖДА беременных составляла 42,5% (Денисенко Л. Н., 2007), в настоящее время отмечена тенденция ее снижения до 29,8% (2017), преимущественно легкой ( $79,0 \pm 1,9\%$ ) и средней ( $21,0 \pm 1,8\%$ )

степени тяжести, что не противоречит данным литературы (Попова Н.М., Соколовская Т.А., 2016).

Анализ возрастного состава показал, что беременные женщины имеют возраст от 14 до 39 лет и старше. Детородная активность первородящих превалирует в возрастной группе 25–29 лет. В 2000–2007 гг. пик детородной активности наблюдали в 20–24 года. В группах 30–34 и 35–39 лет отмечено увеличение числа беременных, в том числе первородящих; в 40–45 лет увеличение в 1,25 раза (рис.1).

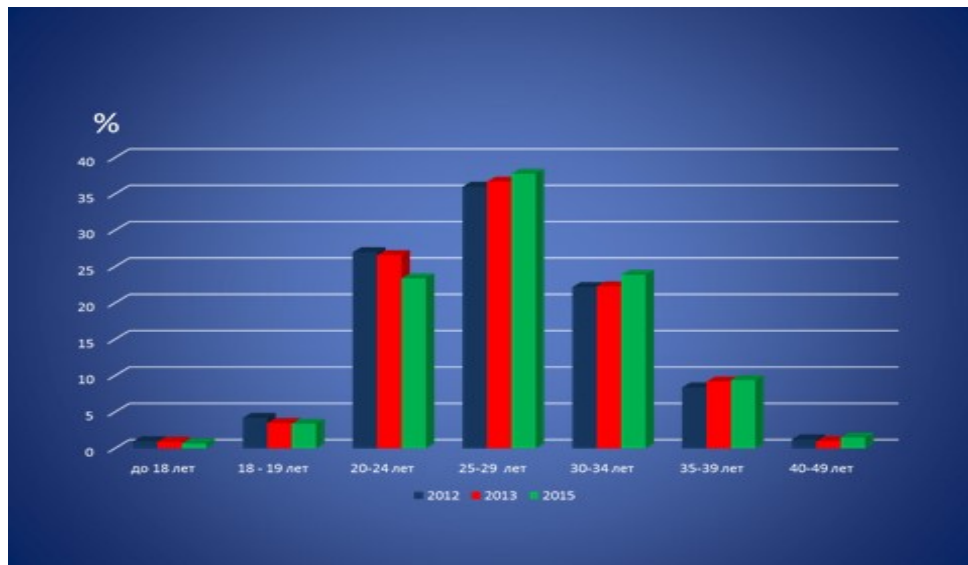


Рисунок 1. Динамика изменения возрастных категорий женщин репродуктивного возраста

Большинство женщин (84,0%) состоят в браке; 83,0 % имеют в семье 1-го или 2-х детей. Уровень дохода семьи оценивали как средний 50,0% респондентов; низкий – 41,0%; высокий – 9,0%. По уровню образования преобладают женщины с высшим (67,0%), среднее специальное имеют – 22,0%; законченное среднее – 11,0% ( $p \leq 0,01$ ).

Полученные данные в динамике наблюдения позволяют говорить о тенденции увеличения возрастных категорий беременных женщин репродуктивного возраста. Анализ социально-демографических характеристик показывает, что планирование беременности – это осознанный выбор, сделанный в зрелом детородном возрасте (25-29 лет; 30 и более лет), что является одним из следствий проводимой демографической политики государства.

Уровень информированности (68,0-85,0%) и значимая комплаентность беременных (67,0%), в вопросах формирования стоматологического здоровья, степени доверия врачу достаточно высоки ( $p \leq 0,05$ ). Большинство респондентов (64,0%) считают, что «здоровая полость рта» важна для рождения здорового ребенка; 34,0 % высказывают недоверие.

Высока оценка значимости социально-психологических компетенций врача, большинство (71,0%) отдали предпочтение внимательному и общительному врачу-стоматологу женского пола (89,0%) ( $p \leq 0,01$ ) в возрасте 30–50 лет (94,0%), имеющему ученую степень (63,0 %), высшую квалификационную категорию (56,0%). Источником информации по уходу за полостью рта большинство (68,0%) указывают врача-стоматолога, подчеркивая важность посещения «школы матерей» (85,0%), доверяют СМИ – 16,0%, интернету – 12,0%. Полученные данные достоверно ( $p \leq 0,01$ ) подтверждают эффективность проводимой врачом-стоматологом информационной работы.

Оценка знаний и навыков гигиены полости рта беременных показала в целом положительные результаты (51,62%), контролируемая чистка зубов в 3-м триместре беременности выявила повышение (более 30,0 %) уровня навыков и знаний о стоматологическом здоровье полости рта и важности его сохранения.

Отмечена положительная мотивация беременных здоровому образу жизни (51,1%), на фоне выраженной несбалансированности режима и рациона питания. Нормированный режим питания соблюдают 9,9 % беременных; 4-разовый – 20,8%; 3-разовый – 18,2%; большинство (51,1%) принимают пищу 2 раза в день. Прием пищи беременные (52,1%) заменяют «перекусом» (кондитерские, хлебобулочные изделия), основная доля дневного пищевого рациона приходится на вечерние часы. В рационе питания превалирует избыточное потребление общих жиров, простых углеводов с малой энергетической ценностью; недостаток макро- и микроэлементов, в том числе железа и кальция; значительное потребление хлебобулочных, колбасных изделий, сладких продуктов.



В совокупности данных проведенного обследования беременных и показателей акушерского статуса эксплицирован социально - демографический портрет современной беременной женщины, проживающей в Волгограде по ряду социальных, экономических, социально-психологических и демографических критериев; выделены ведущие факторы и определены группы риска развития на ранних стадиях воспалительных заболеваний пародонта у беременных женщин с ЖДА, что имеет важное практическое значение для ранней диагностики и оценки динамики заболевания.

Результаты изучения клинико-лабораторных показателей десневой жидкости на фоне воспалительных заболеваний пародонта по концентрации иммуноглобулинов sIgA (мг/л), IgG (мг/мл) у беременных без ЖДА показали, что уровень sIgA до лечения составил 148,0 [112,0] мг/л, после лечения – 112,0 [117,0] мг/л, в сравнении с контрольной группой, небеременных женщин  $3,7 \pm 0,74$  мг/мл. Уровень общего IgG обследуемых до лечения был равен 7,1 [8,5] мг/мл, после лечения – 5,7 [8,7] мг/мл, в сравнении с контрольной группой  $8,1 \pm 9,96$  мг/мл, статистически значимых достоверных отличий между группами по критерию Манна–Уитни выявлено не было. Увеличение уровня иммуноглобулинов, как правило, связано с воспалительными процессами, отсутствие достоверных отличий можно объяснить отсутствием активного воспаления пародонта у беременных без ЖДА (Гикошвили Х.И., 2009).

Концентрация иммуноглобулинов sIgA, IgG в десневой жидкости беременных женщин с ЖДА показала, что уровень sIgA до лечения составил 312,0 [311,0] мг/л, после лечения, с применением препарата «Лизобакт», - 187,0 [264,0] мг/л, что существенно выше показателей контрольной группы –  $3,7 \pm 0,74$  мг/л; концентрация IgG составила 7,3 [8,9] мг/мл - до лечения и 4,1 мг/мл - после лечения, в сравнении с контрольной группой ( $8,1 \pm 9,96$  мг/мл).

Выявлены статистически достоверные отличия ( $p < 0,05$ ) в содержании секреторного IgA женщин с ЖДА до лечения препаратом «Лизобакт» от такового у женщин без анемии до и после лечения. Уровень секреции

иммуноглобулина IgA на фоне ЖДА до лечения оказался повышен по сравнению с группой без анемии.

Анализ концентрации интерлейкинов IL-8, IL-10 в десневой жидкости беременных женщин без ЖДА выявил, что концентрация IL -8 до лечения составила 70,80 [144,35] Пг/мл, после лечения 123,30 [191,80] Пг/мл, в сравнении с группой контроля  $15,4 \pm 2,71$  Пг/мл. Статистически значимых отличий между указанными группами не выявлено.

Уровень концентрации IL-10 обследованных без ЖДА до лечения составил 0,001 [1,259] Пг/мл, после проведенного лечения – 2,900 [18,640] Пг/мл, что значимо выше; группа контроля составляет  $4,5 \pm 1,13$  Пг/мл. Известно, что показатель IL-10 является ведущим провоспалительным цитокином, что объясняет его повышение на фоне лечения воспалительных заболеваний пародонта (Шмидт Д.В., 2009; Жулев Е.Н., Золотухина Е.В., 2013).

Анализ содержания интерлейкина ИЛ-8 в десневой жидкости беременных женщин на фоне ЖДА показал статистически незначимые изменения его концентрации: 253,25 [307,23] Пг/мл до лечения и 110,0 [137,0] Пг/мл после лечения; в сравнении с контрольной группой ( $15,4 \pm 2,71$  Пг/мл) показатели значимо увеличены.

Содержание концентрации интерлейкины IL-10 в десневой жидкости у беременных с железодефицитной анемией (ЖДА) на фоне лечения с применением препарата «Лизобакт» значимо возрастает с 0,010 [1,790] Пг/мл, до 3,050 [8,550] Пг/мл, при показателях группы контроля ( $4,5 \pm 1,13$  Пг/мл); что на фоне положительной клинической динамики, стабилизации воспалительного процесса в тканях пародонта, достоверно ( $p < 0,05$ ) подтверждает эффективность местного применения иммуномодулирующего препарата «Лизобакт» (таблица 1).

Таким образом, результаты клинико-лабораторных исследований беременных женщин позволили определить диагностическую информативность лабораторных показателей (sIgA, IgG; IL-8, IL-10) жидкости

десневой борозды, которые коррелируя с показателями клинических пародонтальных индексов (РМА, ОНI-S), имеют практическое значение для ранней диагностики воспалительных заболеваний пародонта, позволяют оценить динамику заболевания и подтвердить эффективность применения иммуномодулирующего препарата «Лизобакт» у беременных с железодефицитной анемией.

Таблица 1

**Уровень иммуноглобулинов, интерлейкинов в десневой жидкости беременных без ЖДА, на фоне анемии (ЖДА), группы контроля**

Исследуемые показатели	Обследуемые группы				
	Беременные без ЖДА до лечения	Беременные без ЖДА после лечения	Беременные с ЖДА до лечения	Беременные с ЖДА после лечения	Контрольная группа, не беременные
sIgA, мг/л	148,0 [112,0]	112,0 [117,0]	312,0 [311,0]*#	187,0 [264,0]	3,7 ± 0,74
IgG, мг/мл	7,1 [8,5]	5,7 [8,7]	7,3 [8,9]	4,1 [4,7]	8,1 ± 9,96
IL--8, Пг/мл	70,80 [144,35]	123,30 [191,80]	253,25 [307,23]	110,0 [137,0]	15,4 ± 2,71
IL-10, Пг/мл	0,001 [1,259]	2,900 [18,640]	0,010 [1,790]	3,050 [8,550]*	4,5 ± 1,13

Примечание: медиана [интерквартильный размах]; \* – отличия по критерию Манна–Уитни от группы без ЖДА до лечения,  $p < 0,05$ ; # – отличия по критерию Манна – Уитни от группы без ЖДА после лечения,  $p < 0,05$ .

Результаты клинической оценки стоматологического статуса 150 беременных женщин в 1-м триместре позволили выявить частоту воспалительных заболеваний пародонта: у беременных с ЖДА (1-я, 2-я группы) от  $61,93 \pm 2,1$  до  $89,16 \pm 1,7\%$ ; с физиологическим течением беременности (3-я группа) до  $45,08 \pm 3,18\%$  ( $p < 0,001$ ).

Преимущественно, до 12 недель беременности, диагностирован (79,0 %) хронический катаральный гингивит (K05.1): у беременных с ЖДА от  $46,80 \pm 2,35$  до  $57,26 \pm 2,17\%$ ; при физиологическом течении беременности до  $36,14 \pm 3,2\%$ . Гипертрофический гингивит у беременных женщин с ЖДА выявлен от  $5,03 \pm 1,03$  до  $9,4 \pm 1,4\%$  случаев; при физиологическом течении беременности наблюдали единичные случаи проявления гипертрофического гингивита, как результат активной гормональной перестройки организма.

Зубные отложения выявлены у  $30,87 \pm 2,20\%$  беременных 1-й группы,  $21,55 \pm 1,8\%$  – 2-й,  $12,35 \pm 1,8\%$  – 3-й группы. На десневой зубной камень наблюдали в  $29,6 \pm 2,1\%$  случаев в 1-й группе, в  $16,38 \pm 1,7\%$  во 2-й группе, в  $10,38 \pm 1,7\%$  в 3-й группе ( $p < 0,001$ ), что показывает общий неудовлетворительный гигиенический уровень и уход за полостью рта, подтверждая полученные результаты анкетирования: женщины знают правила гигиены полости рта ( $51,62\%$ ), но соблюдают  $30,0\%$  обследованных.

Анализ результатов лечения воспалительных заболеваний пародонта у беременных женщин в динамике эмбриогенеза и мониторинг величин клинических пародонтальных индексов: индекса РМА (%), индекса Мюлеманна (баллы), пробы Шиллера – Писарева (баллы), показали статистически значимые положительные характеристики ( $p < 0,001$ ).

Клиническая оценка гигиенического состояния полости рта по показателю индекса Грина–Вермильона (ИГ), проба Шиллера–Писарева, выявила в группах неудовлетворительные исходные данные в 1-м триместре беременности:  $2,7 \pm 0,2$ ;  $2,65 \pm 0,2$ ;  $2,9 \pm 0,1$  баллов в 1, 2, 3 группах соответственно, и достоверное ( $P < 0,05$ ) их снижение во 2-м, 3-м триместрах беременности на фоне проводимой комплексной терапии до  $0,57 \pm 0,11$ ;  $0,8 \pm 0,1$ ;  $0,9 \pm 0,15$  баллов в 1,2,3 группах соответственно, с разницей результатов от первоначальных показателей до  $30,0-38,0\%$  (рис. 2).

Средний показатель индекса РМА в динамике лечения и наблюдения 1-й группы ( $23,0 \pm 1,3$ ;  $7,2 \pm 1,0$ ;  $8,6 \pm 0,9\%$ ) на  $35,0\%$  ниже 2-й, 3-й групп ( $24,5 \pm 1,3$ ;  $12,0 \pm 1,0$ ;  $14,0 \pm 0,9\%$  и  $26,5 \pm 1,3$ ;  $12,9 \pm 1,5$ ;  $14,3 \pm 1,7\%$  соответственно), что показывает достоверное снижение воспалительного процесса в тканях пародонта на фоне профессиональной гигиены полости рта и применения медикаментозной терапии с препаратом «Лизобакт» ( $p < 0,001$ ), в сравнении с проявлениями хронического катарального гингивита (K05.1) в 1-м триместре беременности (рис. 3).

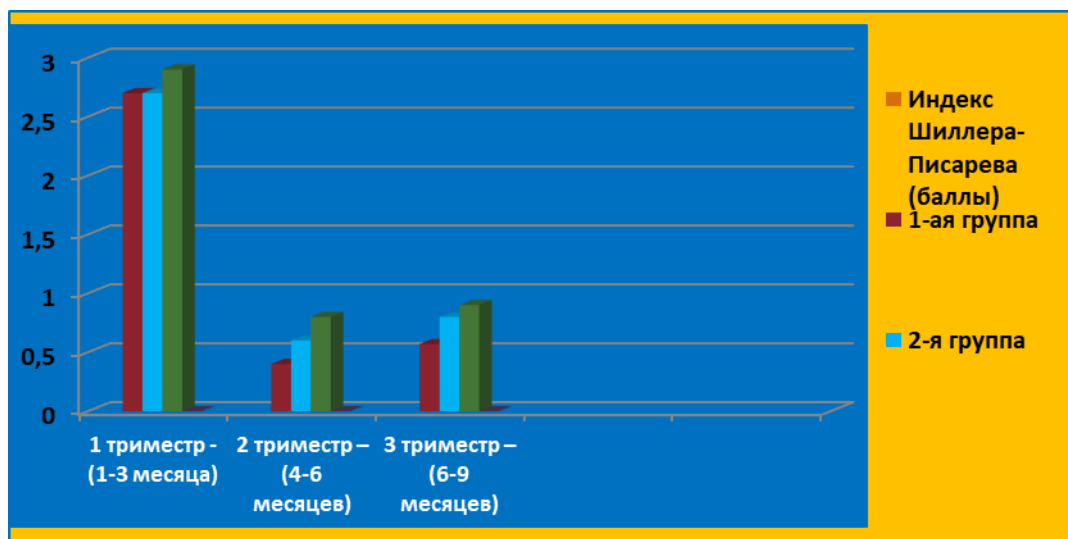


Рисунок 2. Показатели индекса Шиллера–Писарева 1, 2, 3-й групп в динамике

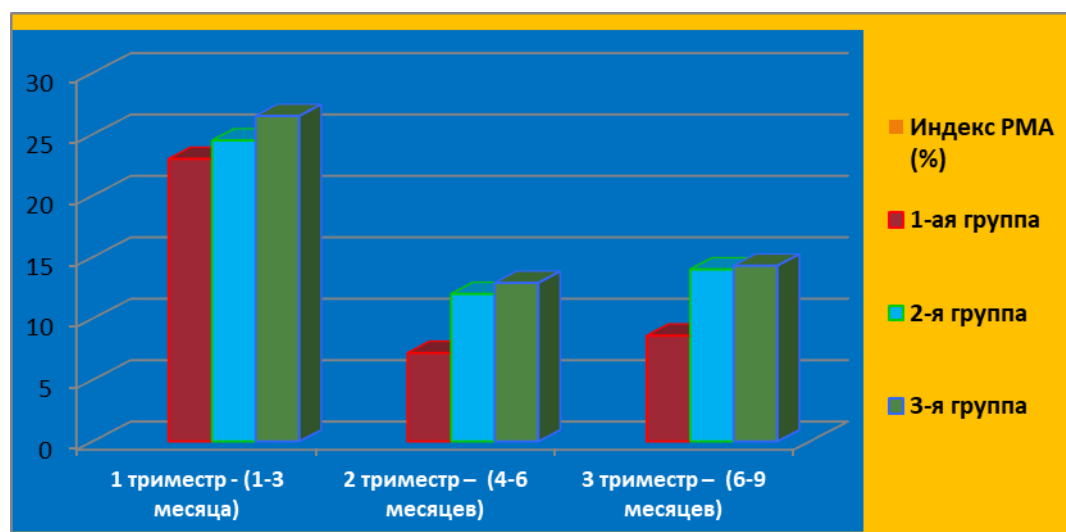


Рисунок 3. Показатели индекса РМА (%) 1, 2, 3-й групп в динамике

Средний показатель индекса кровоточивости дёсен (Muhlemann), в динамике наблюдения 1-й группы ( $2,4 \pm 0,07$ ;  $0,52 \pm 0,1$ ;  $0,7 \pm 0,1$ ) был достоверно ( $p > 0,05$ ) ниже 2-й ( $2,4 \pm 0,1$ ;  $0,78 \pm 0,1$ ;  $0,85 \pm 0,1$ ) и 3-й групп ( $2,6 \pm 0,2$ ;  $0,8 \pm 0,4$ ;  $0,9 \pm 0,1$ ) соответственно (рис. 4).

В ходе исследований установлено увеличение показателей провоспалительных маркеров обследуемых групп в 3-м триместре беременности, что объясняется физиологической активацией уровня эстрогена и прогестерона в данном периоде эмбриогенеза и выдвигает необходимость увеличения кратности проведения противовоспалительной терапии пародонта и

дополнительной профилактики у беременных женщин (Орехова Л.Ю. с соавт., 2017).

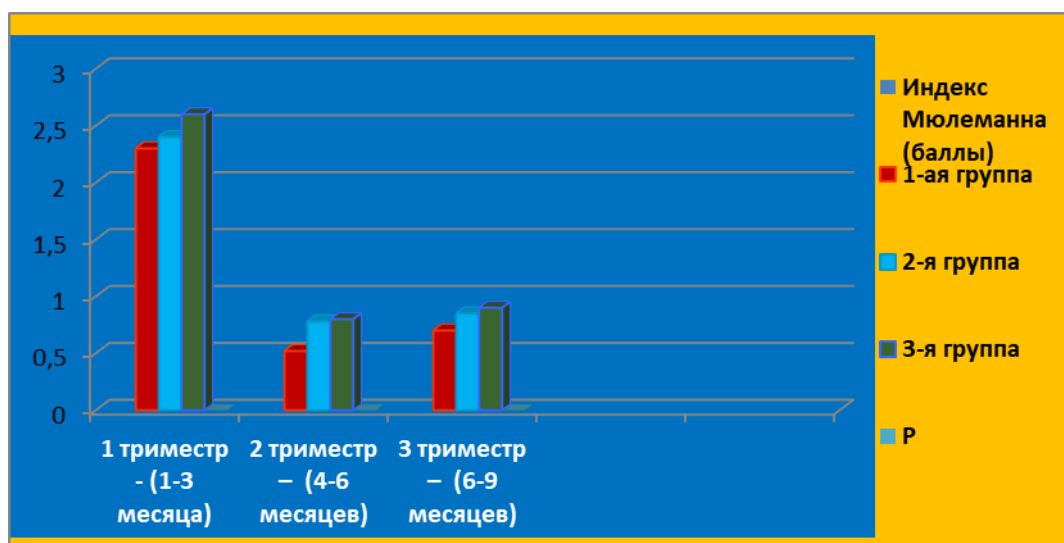


Рисунок 4. Показатели индекса Muhlemann (баллы) 1, 2, 3-й групп в динамике

Результаты субъективной оценки качества жизни беременными женщинами показали, что до лечения в 1-м триместре результаты сопоставимы и не имели достоверных отличий ( $p < 0,05$ ) (таблица 2).

Таблица 2

#### Показатели качества жизни беременных 1, 2, 3-й групп в динамике лечения

Периоды наблюдения	1-я группа (лечение с препаратом «Лизобакт»)	2 - я группы (традиционная терапия)	3- я группа (традиционная терапия)
1-й триместр (до лечения)	$33,8 \pm 0,8$	$32,1 \pm 0,3$	$32,1 \pm 0,5$
2-й триместр	$14,3 \pm 0,7^{**}$	$24,7 \pm 0,3^*$	$25,7 \pm 0,2^*$
3-й триместр	$15,8 \pm 0,4^{**}$	$25,8 \pm 0,5^*$	$26,8 \pm 0,4^*$

\* – статистически достоверные различия в сравнении с 1-м триместром до лечения;

\*\* – статистически достоверные различия в сравнении с традиционной терапией ( $p < 0,05$ ).

В динамике проводимого лечения во 2-м, 3-м триместрах показатели качества жизни достоверно ( $p < 0,05$ ) изменились: в 1-й группе улучшились в 1,8 раза; во 2-й, 3-й группах в 1,2 раза.

Таким образом, положительная динамика клинических данных, мониторинга величин пародонтальных индексов, качества жизни в периоде

эмбриогенеза, подтвержденные результатами клинико-лабораторных исследований, с оценкой диагностической информативности лабораторных показателей (sIgA, IgG; IL-8, IL-10), выявили статистически достоверную ( $p < 0,05$ ) эффективность проводимого лечения с применением иммуномодулирующего препарата «Лизобакт» в 1-й группе до 30,0 %, в сравнении с общепринятой терапией (2, 3-й групп) и обосновывали возможность применения данного препарата для лечения и профилактики на ранних стадиях воспалительных заболеваний пародонта (K05.1) у беременных с ЖДА.

По результатам проведенных исследований сделаны выводы и предложены практические рекомендации.

### **ВЫВОДЫ**

1. Установлено, что уровень патологий и контингент беременных в Волгограде существенно изменился; железодефицитная анемия беременных составляла – 42,5 % (2010), в настоящее время отмечено ее снижение до 29,8%, с проявлением анемии преимущественно легкой ( $79,0 \pm 1,9\%$ ) и средней ( $21,0 \pm 1,9\%$ ) степени тяжести. Частота воспалительных заболеваний пародонта у беременных с железодефицитной анемией составляет от  $61,93 \pm 2,10$  до  $89,16 \pm 1,70\%$ , с физиологическим течением беременности до  $45,08 \pm 3,18$  % ( $p < 0,001$ ). Преимущественно, у 79,0 % беременных, в 1 триместре, диагностирован хронический катаральный гингивит (K05.1); у беременных с железодефицитной анемией (ЖДА) от  $46,8 \pm 2,35$  до  $57,26 \pm 2,17\%$ , с физиологическим течением беременности до  $36,14 \pm 3,2\%$ .

2. Сформирован социально-демографический портрет современной беременной женщины, проживающей в Волгограде, по ряду критериев: возраст от 14 (0,05%) до 39 лет и более; детородная активность первородящих 25–29 лет (ранее 20–24 года); в 30–34, 35–39 лет отмечено увеличение, в 40–45 лет – в 1,25 раза. Большинство (84,0%) женщин состоят в браке; имеют (83,0%) 1, 2 детей; уровень дохода семьи оценивают как средний – 50,0%, низкий – 41,0%, высокий – 9,0%; женщины имеют высшее (67,0%), среднее (22,0%) специальное образование

( $p \leq 0,01$ ). Это свидетельствует о тенденции роста возрастных категорий беременных женщин репродуктивного возраста; планирование беременности это осознанный выбор, сделанный в зрелом детородном возрасте (25–29; 30 и более лет), что является следствием проводимой демографической политики государства.

3. Установлена диагностическая информативность лабораторных показателей (sIgA, IgG; IL-8, IL-10) слюнной жидкости у беременных с железодефицитной анемией (ЖДА), для ранней диагностики, оценки динамики заболевания и эффективности местного применения иммуномодулирующего препарата «Лизобакт», которые значимо ( $p < 0,05$ ) возрастают, для IL-10 с 0,010 [1,790] до 3,050 [8,550] Пг /мл; против беременных без ЖДА с 0,001 [1,259] до 2,900 [18,640] Пг /мл, в сравнении с группой контроля ( $4,5 \pm 1,13$  Пг /мл) небеременных женщин, репродуктивного возраста.

4. Мониторинг клинической эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта в динамике эмбриогенеза на фоне местного применения препарата «Лизобакт» в 1-й группе установил достоверное ( $p < 0,001$ ) снижение воспалительного процесса в тканях пародонта (РМА), индекса кровоточивости (по Muhlemann) до 30,0%; увеличение индекса гигиены до 30,0% и качества жизни в 1,8 раза в сравнении со 2-й и 3-й (1,2 раза) группами.

5. Результаты обследования и лечения беременных, подтвержденные данными клинических и иммунологических исследований, выявили статистически достоверную ( $p < 0,05$ ) эффективность противовоспалительной терапии хронического катарального гингивита (K05.1) с применением препарата «Лизобакт» до 28,0-30,0%, обосновывая возможность его использования для лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта у беременных с железодефицитной анемией.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. При первичной регистрации беременных с железодефицитной анемией необходимо учитывать факторы и выделять группы риска развития хронического катарального гингивита (K05.1), для ранней диагностики, оценки динамики заболевания, повышения эффективности лечения и профилактики



стоматологических заболеваний: беременные с ЖДА в возрасте от 14, свыше 35 лет; неудовлетворительная индивидуальная гигиена полости рта; отсутствие санации полости рта, наличие очагов хронической инфекции (корни зубов, множественный кариес, ретинированные зубы); однообразие, несбалансированность пищевого рациона; повторная беременность, повторные роды в период менее 3-х лет; длительное грудное вскармливание после родов; беременность на фоне гинекологического лечения, после ЭКО.

2. Предложен алгоритм лечения и профилактики хронического катарального гингивита (K05.1) у беременных с железодефицитной анемией:

1-й триместр беременности: формирование мотивации здорового образа жизни, питания, стоматологического здоровья полости рта; профессиональная гигиена полости рта (снятие зубных отложений), подбор индивидуальных средств гигиены, обучение, контроль выполнения;

2-й триместр беременности: устранение местных травмирующих и инфицирующих факторов: а) санация полости рта (удаление корней, хронических очагов инфекции, лечение кариеса и его осложнений); б) устранение острых, нависающих краев пломб, формирование контактных пунктов (реставрационная терапия); в) нормализация окклюзионных контактов, сбалансированной окклюзии;

3-й триместр беременности: плановый осмотр полости рта, проведение симптоматического лечения воспалительных заболеваний пародонта, рекомендации по гигиене полости рта, коррекции пищевого рациона в постродовом периоде (период активной лактации).

3. Применение иммуномодулирующего препарата «Лизобакт» по схеме: а) для лечения: по 2 таблетки для рассасывания в полости рта 3 раза в день, курс терапии 8 – 10 дней (по показаниям повторно через 12, 28 недель); б) для профилактики: по 2 таблетки для рассасывания в день, после каждой гигиенической процедуры полости рта, курс 8-10 дней (повторно через 12, 28 недель).

4. Включение санации полости рта в перечень обязательных лечебно-профилактических стоматологических мероприятий при подготовке к процедуре ЭКО.

Предложенный алгоритм может быть рекомендован для включения в стандарты лечения воспалительных заболеваний пародонта беременных с железодефицитной анемией в условиях стоматологического кабинета женской консультации.

### **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Влияние железодефицитной анемии на состояние полости рта беременных женщин / Л.Н. Денисенко, Т.Ф. Данилина, Л.В. Ткаченко, А.Ф. Касибина, Е.В. Данилина // **Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2007. – № 3. – С. 68–71.**

2. Непосредственное протезирование как элемент реабилитации на этапах комплексного лечения стоматологических заболеваний / А.С. Брынцев, Е.В. Данилина, Д.С. Дмитриенко // **Актуальные вопросы экспериментальной клинической и профилактической стоматологии. – Волгоград, 2007. – Т. 64. – С. 254–258.**

3. Развитие стоматологии города Волгограда и Волгоградской области / К.Ю. Саямов, Е.В. Данилина, А.В. Шемонаев // **Материалы IX Всероссийской научно-практической конференции, посвящённой 20-летию стоматологического факультета. – Саратов, 2008. – С. 19–23.**

4. Стоматологическое здоровье беременных женщин на фоне железодефицитной анемии / Е.В. Данилина // **XV региональная конференция молодых исследователей Волгоградской области. – Волгоград, 2010. – С. 125–128.**

5. Информированность беременных женщин о стоматологическом здоровье и гигиене полости рта / Е.В. Данилина, Л.Н. Денисенко // **Актуальные вопросы современной стоматологии. – Волгоград, 2010. – Т. 67. – С. 20–22.**

6. Особенности питания беременных женщин как элемент профилактики железодефицитной анемии / Л.Н. Денисенко, Е.В. Данилина // Актуальные вопросы современной стоматологии. – Волгоград, 2010. – Т. 67. – С. 22–23.

7. Оценка состояния пародонта беременных женщин до и после лечения / Л.Н. Денисенко, Е.В. Данилина // Здоровье и образование в XXI веке. Электронный научно-образовательный вестник. – 2010. – Т. 12 (10). – С. 496–497.

8. Современные средства терапии воспалительных заболеваний пародонта беременных женщин / Т.Ф. Данилина, Л.Н. Денисенко, Е.В. Данилина, С.П. Деревянченко, Е.А. Герусова // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – Т. 18, № 1 – С. 304–306.

9. Знания и навыки гигиены полости рта беременных женщин / А.И. Горюнова, М.О. Скрипка, Л.Н. Денисенко, Е.В. Данилина // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – Т. 18, № 1. – С. 162–164.

10. Информированность и комплаентность беременных женщин в вопросах формирования стоматологического здоровья / Д.В. Михальченко, А.Д. Доника, Л.Н. Денисенко, Е.В. Данилина, А.Н. Голубев // **Вестник Волгоградского государственного медицинского университета.** – 2017. – № 4 (55). – С. 41–44.

11. Мотивация здорового образа жизни и формирование пищевого статуса беременных женщин / Т.Ф. Данилина, Д.В. Михальченко, А.Д. Доника, Л.Н. Денисенко, Е.В. Данилина // **Вестник Волгоградского государственного медицинского университета.** – 2017. – № 3 (63). – С. 45–47.

12. Исследование десневой жидкости у беременных женщин с воспалительными заболеваниями пародонта на фоне железодефицитной анемии / Д.В. Михальченко, А.Т. Яковлев, Е.В. Данилина // Первая Международная конференция стоматологов: сборник материалов. – Ташкент, 2017. – С. 326–327.

13. Clinical and immunological peculiarities of the inflammatory periodontal diseases in pregnant women accompanied by iron deficiency anaemia / D.V. Mikhalchenko, T.F. Danilina, A.T. Iakovlev, E.V. Danilina, E.N. Iarygina,

L.N. Denisenko // Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences (IAJPS). – 2017. – Vol. 4(11). – С. 4594–4601.

14. Клиническая эффективность применения препарата «Лизобакт» для профилактики и лечения заболеваний пародонта беременных женщин с железодефицитной анемией (ЖДА) / Е.В. Данилина, В.Ф. Михальченко, Т.Ф. Данилина, А.А. Вёрстова, А.Б. Петрухин // Medical & pharmaceutical journal "Pulse" | Медико-фармацевтический журнал "Пульс" – 2019. – Vol. 21. – N 9. – URL: <https://clinical-journal.ru>.

15. Стоматологическое здоровье полости рта у беременных женщин с железодефицитной анемией: инструктивно-методическое письмо для врачей – стоматологов / В.В. Шкарин, Е.В. Данилина, В.Ф. Михальченко, Т.Ф. Данилина, А.Т. Яковлев. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2019. – 18 с.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ	–	Всемирная организация здравоохранения
МКБ 10	–	Международная классификация болезней
ХГП	–	хронический генерализованный пародонтит
ОГ	–	острый гингивит
ХКГ	–	хронический катаральный гингивит
РМА	–	папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс
ПИ	–	пародонтальный индекс
УГИ	–	упрощенный индекс гигиены
ИФА	–	иммуноферментный анализ
ИЛ	–	интерлейкины
Ig	–	иммуноглобулины

*Научное издание*

**Данилина Екатерина Владимировна**

**КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ  
ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН  
С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Подписано в печать 18.12. 2019 г.  
Формат 60x84/16. Печать офсет. бум. тип. № 1. Усл. печ. л. 1,0.  
Тираж 100 экз. Заказ № \_\_\_\_\_.