Результаты исследования показали, что размеры зубов, составляющих зубной ряд, которые характеризовали длину зубной дуги, у людей с нормодонтной системой были больше, чем у пациентов с микродонтными системами и достоверно меньше, чем у людей с макродонтными зубными системами.

Обращает на себя внимание тот факт, что основные морфометрические параметры зубных дуг у людей с нормодонтными зубными системами были меньше, чем у людей с макродонтными зубными системами и больше, чем у пациентов с микродонтными зубными системами. В то же время диагональные размеры (FDD^{1-3}) и глубина переднего отдела нижней зубной дуги (D^{1-3}), так же как и на верхней челюсти, практически не зависели от размеров зубов и разница в показателях была не достоверной.

Индекс нижней зубной дуги у людей с неполным комплектом зубов при всех вариантах зубных систем составляло 0,64±0,05, что характерно для брахигнатических форм зубных дуг.

Глубина нижней зубной дуги была меньше аналогичного параметра верхней челюсти не более чем на 2 мм, что свидетельствовало о ретрузионном положении резцов не зависимо от размеров зубов.

Заключение

Результаты проведенного исследования показали, что не полные зубные дуги с удаленными премолярами по форме были близки к брахигнатическим вариантам. Глубина зубной дуги верхней челюсти была больше аналогичного параметра нижней челюсти не более чем на 2 мм, что свидетельствовало о ретрузионном положении резцов не зависимо от размеров зубов. В то же время линейные параметры зубных дуг в полной мере зависели от размеров зубов. У людей с микродонтными зубными системами основные параметры зубных дуг были меньше, чем при нормодонтизме и, тем более при макродонтизме постоянных зубов. В то же время диагональные размеры и глубина переднего отдела как верхней, так и нижней зубной дуги практически не зависели от размеров зубов, и разница в показателях была не достоверной.

Список литературы

1. Бердин В.В. Особенности оптимальной функциональной окклюзии при ортодонтическом лечении пациентов с макродонтией постоянных зубов. Автореф. дисс. … к.м.н. – Саратов, 2013. – 23 с.

2. Дмитриенко С.В., Доменюк Д.А., Ведешина Э.Г., Орфанова Ж.С. Сопоставительный анализ морфометрических параметров зубочелюстных дуг при различных вариантах их формы // Кубанский научный медицинский вестник. – № 2 (151). – 2015. – С. 59-65.

3. Dmitrienko S.V., Domenyuk D.A.,. Kochkonyan A.S, Karslieva A.G., Dmitrienko D.S.. Interrelation between sagittal and transversal sizes in form variations of maxillary dental arches // Archiv euromedica, 2014. – Vol. 4. – № 2. – P. 10-13.

4. Dmitrienko S.V., Domenyuk D.A., Kochkonyan A.S., Karslieva A.G., Dmitrienko D.S.. Modern classification of dental arches // Archiv euromedica, 2014. – Vol. 4. – № 2. – P. 14-16.

5. Kumari M., Fida M. Vertical facial and dental arch dimensional changes in extraction vs.non-extraction orthodontic treatment // J. Coll. Physicians. Surg. Pak. – 2010. – Jan; № 20(1). – P. 17-21.

6. Montero J., Bravo M., Hernández L.A, Dib A. Effect of arch length on the functional well-being of dentate adults // J. Oral. Rehabil. – 2009. – May; № 36(5). – P. 338-345.

7. Sarita P.T., Witter D.J., Kreulen C.M., Vant Hof M.A., Creugers N.H. Chewing ability of subjects with shortened dental arches //Community Dent Oral Epidemiol. 2003 Oct; 31(5): 328-34.

8. Takada K., Yagi M., Horiguchi E. Computational formulation of orthodontic tooth-extraction decisions. Part I: to extract or not to extract // Angle Orthod. – 2009. – Sep; № 79(5). – P. 885-891.

9. Witter D.J., Creugers N.H., Kreulen C.M., de Haan A.F. Occlusal stability in shortened dental arches // J Dent Res. 2001 Feb; 80(2):432-6.

«Фундаментальные и прикладные проблемы медицины и биологии», ОАЭ (Дубай), 16–23 октября 2015 г.

Медицинские науки

ДИНАМИЧЕСКИЕ СДВИГИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК АКТИВНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Григорьева Н.А., Глухова Т.Н., Понукалина Е.В.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» МЗ РФ, Саратов, e-mail: gluchova05@mail.ru

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния липидного спектра крови при физиологическом течении беременности у женщин активного репродуктивного возраста.

Проведено клинико-лабораторное обследование 52-х первобеременных женщин с неосложненным течением гестации в возрасте от 18 до 34 лет. Обследованные пациентки были распределены на 3 группы в зависимости от срока гестации. 1-ю группу составили 18 беременных в 1 триместре беременности, во 2-ю группу вошли 16 пациенток во 2-м триместре беременности, в 3-ю группу были включены 18 женщин в 3-м триместре беременности. У всех женщин групп наблюдения беременность закончилась срочными родами с неосложнённым течением послеродового периода. Из исследования были исключены пациентки с отягощённым гинекологическим анамнезом и наличием экстрагени-

тальной патологии. Контрольную группу составили 20 практически здоровых небеременных женщин во 2-й фазе менструального цикла.

Оценка содержания в плазме крови общего холестерина проведена при помощи коммерческих наборов «Новохол» (Вектор-Бест, Россия) на иммуноферментнои анализаторе «Alfa Prime» (2008 г. выпуска). Определение липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) производилось при помощи коммерческих наборов «ЛВП-Холестерин-Ново» (Вектор-Бест, Россия), содержания триглицеридов в крови – коммерческих наборов «Lachema» (Чехословакия). Определение липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) проводилось расчетным путем.

Статистический анализ данных проводили с использованием программы Microsoft Office Excel (версия 2007, Microsoft Corporation, США, 2007) и программного пакета для статистического анализа Statistica (версия 5.5 A, StatSoft Inc., США, 1999).

Как показали проведенные исследования, в I триместре беременности имели место выраженные сдвиги липидного спектра крови – повышение уровня в крови холестерина, ЛПНП, ЛПВР, триглицеридов ($p<0,001$; $p_1<0,05$; $p_2<0,001$; $p_3<0,02$).

Необходимость роста концентрации липидов по мере увеличения срока гестации обусловлена их ролью как важнейших носителей и формы накопления энергии. Считается, что к гиперлипидемии приводит повышение уровня эстрогенов при беременности, чему способствует гипопротеинемия и функциональный холестаз.

В то же время в 1-м триметре беременности у пациенток активного репродуктивного возраста отмечено повышение уровня липопротеинов низкой плотности, что свидетельствует в определенной мере о снижении способности гепатоцитов элиминировать из кровотока избыточные количества триглицеридов, ЛПНП и трансформировать их в ЛПВП.

При изучении липидного спектра крови во 2-м триместре беременности выявлено дальнейшее возрастание уровня холестерина в крови ($p<0,05$), в то время как содержание ЛПНП, ЛПВП и триглицеридов оставалось на уровне показателей пациенток в I триместре гестации.

В 3-м триместре беременности у пациенток активного репродуктивного возраста сохранялся высокий уровень в крови всех изученных фракций липидов, значительно превышавший аналогичные показатели группы контроля.

Таким образом, физиологическое течение гестации у первородящих активного репродуктивного возраста закономерно сочетается с развитием гиперлипидемии уже в 1-м триместре гестации, характеризуется возрастанием содержания в крови общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, липопротеидов высокой плотности, триглицеридов по сравнению с показателями небеременных женщин. Данная закономерность отмечена также во 2-м и 3-м триместрах при неосложненном течении гестации.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДОЛИХОГНАТИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ ДУГ ПОСТОЯННОГО ПРИКУСА ЧЕЛОВЕКА

[3]Фищев С.Б., [1]Дмитриенко С.В., [2]Доменюк Д.А., [1]Ведешина Э.Г., [3]Орлова И.В., [3]Балахничев Д.Н., [3]Агашина М.А.

[1]Пятигорский медико-фармацевтический институт, филиал ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ Пятигорск, e-mail: s.v.dmitrienko@pmedpharm.ru;
[2]ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, Ставрополь, e-mail: domenyukda@mail.ru;
[3]ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет» Министерства здравоохранения РФ, Санкт-Петербург, e-mail: spb@gpma.ru

Вариантная анатомия зубных дуг привлекала внимание специалистов, в частности врачей ортодонтов, на протяжении многих десятилетий [1, 3, 6, 10]. В клинике ортодонтии одной из актуальных проблем остается определение индивидуальной формы и размеров зубочелюстных дуг. По мнению отечественных и зарубежных специалистов при физиологической окклюзии (прикусе) встречаются различные варианты формы и размеров зубочелюстных дуг [2, 4, 5, 8].

Есть доказательства связи размеров зубов с параметрами краниофациального комплекса, учитывающие половые и расовые особенности [12, 14]. С другой стороны, другие исследователи не отметили полового диморфизма при определении взаимосвязи размеров зубов с параметрами зубочелюстных дуг. Установлено, что форму дуги в большей степени определяют размеры зубов, а не пол пациента [13].

Кроме того, терминология, определяющая форму зубных дуг довольно разнообразна, и не всегда соответствует действительности [7, 15]. В частности в классификации форм зубных дуг G.C. Chuck (1932) автор выделял суженные, квадратные и овальные формы зубных дуг [9]. Однако врачи ортодонты термином «суженные дуги» определяют аномалию размеров зубных дуг, а не характеристику дуг при физиологической окклюзии. К тому же трудно представить вариант «квадратных» дуг.

Заслуживает внимание классификация зубных дуг специалистов, где варианты нормальных зубных дуг обозначены такими терминами как мезогнатическая, долихогнатическя и брахигнатичекая. К долихогнатическим формам авторы относят зубные дуги вытянутые в передне-заднем направлении [11]. Однако авторами