

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ МО РФ  
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМ. С.М. КИРОВА  
КОНСАЛТИНГОВЫЙ ЦЕНТР «БАЛТИКА-ХХI»

МАТЕРИАЛЫ  
МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
КОНФЕРЕНЦИИ

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ  
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ  
И СТОМАТОЛОГИИ**

*Посвящается  
120-летию открытия приват-доцентуры по зубным болезням  
в Императорской Военно-медицинской академии*



**25–26 октября 2011 года  
Санкт-Петербург**

чивая прочное соединение во времени без потери формы и объема, а также обладает остеоиндуктивными и остеокондуктивными свойствами. Эти свойства материала доказаны в ходе проведенных экспериментальных исследований.

Бачуринская И.Е.

**ОСОБЕННОСТИ  
МИКРОБНОЙ СТРУКТУРЫ НАЛЕТА  
НА СПИНКЕ ЯЗЫКА У ПАЦИЕНТОВ  
С ПРИЗНАКАМИ ГАЛИТОЗА**

*СПБМАПО Росздрава*

*г. Санкт-Петербург, Россия*

Большинство ученых сходятся во мнении о том, что появление летучих сернистых соединений (ЛСС) в выдыхаемом воздухе – результат жизнедеятельности бактерий полости рта. Спинка языка является пристанищем одного из наиболее сложных микробиологических сообществ в экологии полости рта. Около 60–90% общего количества ЛСС, обнаруживаемых при физиологическом галитозе в выдыхаемом воздухе, производится на задней трети спинки языка, поэтому языку отводится роль первостепенного «галитозиндуцирующего» фактора.

**Цель исследования:** Выявить особенности микрофлоры налета со спинки языка при галитозе (пародонтопатогены – *P.Gingivalis*, *F.Nucleatum*, *T.Denticola*, *P.Intermedia*, *A.Actinomycetemcomitans* и *Solobacterium moorei*).

**Материалы и методы исследования:** обследовано 65 человек в возрасте от 20 до 60 лет: 25 мужчин и 40 женщин. Сформировано 2 группы. В первую группу включены 35 стоматологических пациента (53,8% наблюдений) с жалобами на неприятный запах изо рта. Вторую группу составили 30 больных (46,2% случаев) хроническим тонзиллитом с аналогичными жалобами. У всех пациентов проводились сбор анамнеза и анкетирования, изучение стоматологического статуса, регистрация концентрации ЛСС произведена с помощью аппарата Halimeter (USA), для выявления микроорганизмов использована ПЦР.

**Результаты исследования:** обследование показало, что в первой группе у 89% пациентов выявлена *F.Nucleatum*, в 94% случаях обнаружена *P.Intermedia*, у 91% пациентов установлена *A.Actinomycetemcomitans*, в 96% случаев – *Solobacterium moorei*. Во второй группе у 34% пациентов обнаружена *F.Nucleatum*, в 33% случаях выявлена *P.Intermedia*, у 15% пациентов установлена *A.Actinomycetemcomitans*, в 89% случаях – *Solobacterium moorei*. Такие пародонтопатогены, как *P.Gingivalis* и *T.Denticola* не выявлены ни в одной из групп.

**Выводы.** Таким образом, определен состав микробиоценоза налета со спинки языка в зависимости от вида галитоза. Полученные результаты позволяют предположить, что одной из причин галитоза является проявление устойчивого дисбактериоза в сообществе микроорганизмов, обитающих на спинке языка.

Бедик О.В., Шувалов С.М.

**НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ  
НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

*Винницкий национальный медицинский*

*университет им.Н.И. Пирогова*

*г. Винница, Украина*

Нижняя челюсть занимает особое место среди костей лицевого черепа по характеру развития и роста. Важную роль в этом процессе играет меккелев хрящ. В филогенезе, у рыб, он представляет собой первичную нижнюю челюсть (В.Г.Смирнов, 2007). В онтогенезе, в период эмбрионального развития человека – это парное удлинненное образование из незрелой прохондральной ткани (Н.М.Гузик, 2006). Зачатки меккелевых хрящей появляются у 5-5,5-недельных зародышей и служат основой для последующего образования кости нижней челюсти. Однако, несмотря на то, что в более поздние сроки меккелевы хрящи двух сторон соединяются между собой, между зачатками нижних челюстей остается слой соединительной ткани. Развитие именно этого срединного участка наиболее спорно: развивается он по типу энхондрального остеогенеза, т.е. при участии меккелева хряща (Х.А.Каламкар, 1981; Ф.Я.Хорошилкина, 1987; В.Г.Смирнов, 2007), или же путем прямого окостенения – без участия хряща (Л.И.Фалин, 1976). Возможно, кость срединного (подбородочного) отдела нижней челюсти развивается, минуя хрящевую стадию, так как подбородок является эволюционно новым приобретением, присущим только человеку. У животных, а также у непосредственных предков человека – неандертальцев – подбородочный отдел нижней челюсти отсутствует (А.А.Лойт, 2006). Вероятно, что появление подбородка у человека связано с его прямохождением и служит для прикрепления мышц, удерживающих глоточно-гортанный комплекс. Формирование подбородочного выступа связано с закладкой в области симфиза подбородочных косточек, которые появляются в конце эмбриональной жизни и сливаются между собой и с телом нижней челюсти. Они являются специфическими только для человека (А.Е.Хомутов, 2004).

В течение плодного периода нижняя челюсть становится костной, но даже у новорожденных ее развитие еще не закончено. Срастание двух поло-

вин нижнечелюстной кости происходит ко второму году жизни ребенка.

Таким образом, подбородочный (срединный) отдел нижней челюсти представляет собой филогенетически новое образование и отличается от других отделов нижнечелюстной кости. Такие его особенности могут иметь значение при заживлении симфизеальных и парасимфизеальных переломов нижней челюсти, а также при фиксации имплантов в переднем отделе нижней челюсти.

Блашкова С.Л., Макарова Н.А.

#### **ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЙ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА**

*Казанский государственный медицинский университет  
г. Казань, Россия*

Целью исследования явилось изучение распространенности различных форм гиперестезии при заболеваниях пародонтита в г. Казани. Материалы и методы исследования. В стоматологических поликлиниках г. Казани проводился анализ объема пародонтологической помощи путем выкопировки сведений из амбулаторных карт стоматологических больных форма № 043/У. Данные медицинских карт вносились в специально разработанную карту пародонтологического больного. Было проанализировано 350 амбулаторных карт стоматологического больного. Все расчеты проводились с помощью программ MS Excel и Statistics 5,0. В результате было выявлено, что на обращения по поводу хронического пародонтита приходилось до 37,5% из общего числа посещений. Для определения основных тенденций распространенности пародонтита в г. Казани нами были изучены изменения, произошедшие в различных возрастных группах у мужчин и женщин. Анализ данных об изучении распространенности пародонтита среди мужчин и женщин показал, что в основном заболеванию подвержены женщины 68,1%, и только у 31,9% мужчин. Более высокие показатели заболевания, чем в других возрастных группах, выявлены в возрасте от 45 до 54 лет, при этом доминировали женщины. Во всех возрастных периодах превалировала средняя тяжесть течения заболевания, тогда как частота тяжелых форм была невысока. Патология пародонта, в основном, носила генерализованный характер. Анализ структуры распространенности пародонтита у взрослого населения свидетельствовал о значительном росте пародонтита, уровень которого увеличивался с их возрастом. Проведенный анализ показал, что при заболеваниях пародонта гиперестезия дентина наиболее часто встречалась у паци-

ентов с хроническим генерализованным пародонтитом и составляла 52,4%. При этом у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом в 64,1% случаев преобладали генерализованные формы гиперестезии. Была выявлена непосредственная связь между тяжестью гиперестезии дентина и характером течения хронического генерализованного пародонтита. Нами было выявлено, что частота гиперестезии дентина при заболеваниях тканей пародонта увеличивалась с возрастом больного, достигая максимума 73,2% в возрастной группе 45–54 лет, однако после 55-ти лет и старше прослеживалась тенденция к снижению ее распространенности до 56,8%. Было отмечено, что у лиц молодого и среднего возраста (25-40 лет) гиперестезия дентина проявлялась более агрессивно в виде второй и третьей степени.

Таким образом, полученные данные показали устойчивую тенденцию к росту количества обращений пациентов с гиперестезией при заболеваниях пародонта.

Борисюк Р.В.

#### **КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИЛИ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО?**

*Казанский государственный медицинский университет  
г. Казань, Россия*

В настоящее время разработано множество способов лечения гранулем и кистогранулем. Несмотря на то, что эндодонтия шагнула далеко вперед, во многих развитых странах, в том числе среди отечественных специалистов, для лечения гранулем и кистогранулем используется хирургическое вмешательство.

Нашей целью является показать преимущества лечения периодонтальных процессов консервативным способом в отличие от хирургического.

Было обследовано 40 больных в возрасте от 20 до 64 лет, 28 женщин и 12 мужчин, у которых проведено лечение 42 зубов с кистогранулемами с разным клиническим течением (хроническим и обостренным). Все пациенты отбирались без сопутствующей патологии. Резцы и клыки нижней и верхней челюсти (29 – 69,04% зубов), реже малые коренные зубы верхней и нижней челюсти (10 – 23,8% зубов), большие коренные зубы верхней и нижней челюсти (3 – 7,14%).

Больных разделили на две группы. В 1-й группе проводилось консервативное лечение с использованием материала «Метапекс» для временного пломбирования и заполнения полости гранулемы. Во 2-й группе осуществлялась операция резекции верхушки корня.