

**Министерство образования и науки РФ**  
Федеральное государственное автономное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Белгородский государственный национальный  
исследовательский университет»

Департамент здравоохранения и социальной  
защиты населения Белгородской области

Стоматологическая ассоциация России  
Белгородская стоматологическая ассоциация

## **СТОМАТОЛОГИЯ СЛАВЯНСКИХ ГОСУДАРСТВ**

Сборник трудов IX международной  
научно-практической конференции, посвящённой  
140-летию Белгородского государственного национального  
исследовательского университета



Белгород 2016

УДК 616.31(4/5)  
ББК 56.6(2/4)  
С 81

Ответственные редакторы:  
проф. А.В. Цимбалистов, проф. Б.В. Трифионов,  
доц. А.А. Копытов

С 81            Стоматология славянских государств: сборник трудов IX международной научно-практической конференции, посвящённой 140-летию Белгородского государственного национального исследовательского университета / под ред. проф. А.В. Цимбалистова, проф. Б.В. Трифионова, доц. А.А. Копытова. – Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2016. – 512 с.

ISBN XXX-X-XXXX-XXXX-X

Данный сборник составлен из научных трудов участников девятой международной конференции «Стоматология славянских государств», которая состоялась 28 октября 2016 года в г. Белгороде. Материалы конференции отражают основные направления научных исследований по наиболее актуальным вопросам практической стоматологии. В ряде работ рассматриваются вопросы организации стоматологической помощи.

Сборник предназначен для широкой аудитории врачей-стоматологов, клинических ординаторов, врачей-интернов, преподавателей вузов.

УДК 616.31(4/5)  
ББК 56.6(2/4)

ISBN XXX-X-XXXX-XXXX-X

© Коллектив авторов, 2016  
© НИУ «БелГУ», 2016

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Авдеев Е.Н., Цимбалистов А.В., Копытов А.А., Миняйло Ю.А.</b> Динамика восстановления функции жевания у пациентов с дефектами зубных рядов и полным отсутствием зубов с дифференцированным распределением жевательного давления .....	17
<b>Авдеев Е.Н., Цимбалистов А.В., Копытов А.А., Авдеева Т.В., Миняйло Ю.А.</b> Оценка жевательной эффективности у пациентов с полным отсутствием зубов с различными механизмами фиксации ортопедических конструкций .....	21
<b>Агарков Н.М., Гонтарев С.Н., Гонтарева И.С., Яковлев А.П., Винников А.В.</b> Информативность симптомов острого одонтогенного остеомиелита челюстей .....	24
<b>Аймалетдинова З.Т., Окладников Ю.А.</b> Опыт использования препаратов на основе нативного коллагена в лечении альвеолитов в стоматологии .....	25
<b>Александров Е.И.</b> Клинико-микробиологические особенности при кариесе и воспалительных заболеваниях пародонта у беременных с сахарным диабетом .....	28
<b>Асадов Р.И.</b> Оценка степени усвоения студентами понятийного аппарата модели формирования специалиста .....	32
<b>Бавыкина Т.Ю., Ермоленко Т.В.</b> О преимуществах использования оптики в стоматологии .....	36
<b>Багинский А.Л., Чижов Ю.В.</b> Нуждаемость в стоматологической помощи у коренных малочисленных народов Таймырского Долгано-Ненецкого муниципального района Красноярского края .....	39
<b>Беляй А.М., Ермолаев Г.А., Крушинина Т.В.</b> Анализ остаточной абразивности алмазных боров различных фирм производителей в соотношении цена/качество .....	43
<b>Биричева О.А.</b> Барьерные свойства слизистых ротовой полости .....	44
<b>Болгов С.В.</b> Профилактика как приоритетное направление в стоматологии .....	48
<b>Бобровская А.С., Митронин А.В.</b> Нерешенные вопросы адгезивной фиксации стекловолоконных штифтов .....	51
<b>Божко А.Н., Макарян Б.С.</b> Сравнительная характеристика данных микроциркуляции в тканях пародонта у курящих и лиц с отсутствием вредных привычек на основе данных ультразвуковой доплерографии .....	54
<b>Бондарь Е.С., Чуев В.В., Мишина Н.С.</b> Применение стеклоиономеров и стеклоиономеров модифицированных композитом в прямых реставрациях .....	56
<b>Борунов А.С.</b> Адаптационные возможности пациента в комплексном лечении зубочелюстных деформаций .....	57
<b>Васильев Ю.Л., Дьяконов Ю.М.</b> Роль первичной боли в стоматологии при формировании установочных реакций .....	60
<b>Великородная М.В.</b> Рейтингование в сфере медицинских услуг .....	61
<b>Величко Л.С., Ящиковский Н.В.</b> Состояние чувствительности рецепторного аппарата слизистой оболочки полости рта при ортопедическом лечении .....	64



<b>Губин М.А., Кравчук Е.В.</b> Пути развития и достижения челюстно-лицевой хирургии в Воронежской области ....	101
<b>Губанова О.И., Чижевский И.В.</b> Оптимизация диагностики и лечения ретенции клыков при глубоком небном положении .....	103
<b>Гулько И.И., Сагалович Е.Е., Гулько Т.И.</b> Влияние магнитотерапии и ортодонтического лечения на показатели системы комплемента сыворотки крови кроликов .....	105
<b>Давыдова А.В., Куман О.А.</b> Влияние углеводсодержащих продуктов в рационе питания семьи на динамику стоматологической заболеваемости с учетом уровня привычной двигательной активности .....	108
<b>Денисова В.Ю., Рыжова И.П., Трубникова И.В.</b> Факторы риска развития зубочелюстных аномалий в антенатальном и раннем постнатальном периоде .....	111
<b>Деркач С.Ю., Наумович С.А.</b> Маркеры недифференцированной дисплазии соединительной ткани и риска развития патологии внчс у лиц, протезированных несъемными ортопедическими конструкциями на дентальных имплантатах .....	114
<b>Дмитроченко А.П., Наумович С.А., Круглик Ю.Н., Мулик П.П.</b> Возможности оптимизации лечения пациентов с несовершенным дентиногенезом .....	116
<b>Дмитриенко С.В., Ведешина Э.Г., Доменюк Д.А.</b> Обоснование выбора тактики лечения пациентов стоматологического профиля с учетом особенностей строения челюстно-лицевой области .....	118
<b>Дмитриенко С.В., Ведешина Э.Г., Доменюк Д.А.</b> Оценка эффективности лечения окклюзионных нарушений по результатам рентгенологических и функциональных исследований .....	122
<b>Дмитриенко С.В., Ведешина Э.Г., Доменюк Д.А.</b> Применение томографии височно-нижнечелюстного сустава в оценке эффективности лечения глубокой резцовой дизокклюзии .....	126
<b>Дмитриенко С.В., Ведешина Э.Г., Доменюк Д.А.</b> Характер функциональных нарушений жевательных мышц у детей с аномалиями окклюзии .....	130
<b>Долгополов А.М., Кобцева Е.А., Долгополов М.А.</b> Анкораж опорных зубов бокового сегмента при лечении некоторых клинических форм дистального прикуса .....	134
<b>Донских С.И., Кресникова Ю.В., Малый А.Ю., Матвеев А.П.</b> Временные параметры клинических этапов при изготовлении частичных съемных пластиночных протезов .....	137
<b>Дорохова В.Д., Ермоленко А.А.</b> Преимущества конусно-лучевой компьютерной томографии .....	139
<b>Евсеева И.К., Кулик И.В., Лесоцкая Е.А.</b> Исследование толерантности к глюкозе у пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки рта .....	141
<b>Елисеева М.В., Чуев В.П., Мишина Н.С., Чуев В.В.</b> Применение материалов фирмы «ВладМиВа» при лечении периодонтита .....	143
<b>Елькова Н.Л., Ларина О.В., Шербаченко О.И.</b> Клиническая характеристика стоматологических проявлений у больных системной красной волчанкой .....	148
<b>Ельцова-Таларико З.С., Мехтнев Р.С., Мельниченко Ю.М., Романенко В.В.</b> Саморазвинчивание компонентов дентального имплантата .....	150

<b>Чуев В.В., Посохова В.Ф., Лыкова И.В.</b> Клинический опыт использования остеопластического материала «Биопластдент» при хирургическом лечении корневых кист челюстей .....	476
<b>Шаранда В.А., Капуста Ю.В., Баранцевич А.С.</b> Применение печатных средств для повышения качества несъемного протезирования ...	478
<b>Шевченко Л.В., Шевченко А.Ю., Пахлеваян С.Г.</b> Ошибки, допускаемые практикующими врачами при диагностике и лечении одонтогенного гайморита .....	479
<b>Шевченко Л.В., Ложкин Д.А.</b> Особенности лечения пациентов с хроническим остеомиелитом челюстей на фоне приема наркотических препаратов .....	482
<b>Шевченко Л.В., Шапошников А.В., Семёнов С.А.</b> К вопросу об удалении третьих моляров .....	485
<b>Шевченко Л.В., Шевченко А.Ю., Пахлеваян С.Г.</b> Риногенная стафилококковая флора как фактор воспалительного процесса челюстно-лицевой области .....	486
<b>Шевченко Л.В., Шевченко А.Ю., Пахлеваян С.Г., Пахлеваян Г.Г.</b> Терапия воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области с использованием метронидазола .....	489
<b>Шнип Е.В., Наумович С.А.</b> Патогенетические факторы, влияющие на состояние тканей зуба при препарировании ...	493
<b>Юркевич К.Ю., Ирошникова Е.С., Малый А.Ю., Бровко В.В.</b> Анализ причин неудовлетворенности пациентов при протезировании на дентальных имплантатах .....	495
<b>Яковенко Т.И., Авхачева Н.А.</b> Основные проблемные зоны рекламной деятельности стоматологических услуг .....	498
<b>Яковлева М.В., Ксембаев С.С., Мусин И.Н.</b> Влияние зубочелюстного тренинга на состав и свойства ротовой жидкости у детей ...	502
<b>Яковлева В.С., Рыжова И.П.</b> Взаимосвязь заболеваний внутренних органов и заболеваний полости рта .....	504
<b>Яременко А.И., Суслов Д.Н., Лысенко А.В., Попрядухин П.В., Юдин В.Е.</b> Экспериментальное обоснование применения биоинженерных конструкций при перфоративном синусите .....	508

Таблица 2. Динамика изменения концентрации ионов и показателей рН ротовой жидкости под влиянием зубочелюстного тренинга

Наименование	До тренинга	После тренинга
	концентрация (моль/л)	
	1	2
[Ca <sub>2</sub> <sup>+</sup> ]	1,53±0,23	1,58±0,176
	p <sub>1</sub> -p <sub>2</sub> >0,05	
P	4,03±0,53	4,13±0,64
	p <sub>1</sub> -p <sub>2</sub> >0,05	
pH	7,02±0,12	7,09±0,14
	p <sub>1</sub> -p <sub>2</sub> >0,05	

Следовательно, можно констатировать, что у детей зубочелюстной тренинг не вызывает изменений биохимического состава ротовой жидкости, увеличивает интенсивность слюноотделения, а также поддерживает рН ротовой среды в нейтральных пределах, необходимых для ежедневной профилактики кариеса зубов.

*Яковлева В.С., Рыжова И.П.*

### **ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА**

*ФГАОУ ВПО НИУ «БелГУ»*

Патологические процессы, возникающие в организме человека в связи с системными заболеваниями, нередко проявляются через изменения слизистой оболочки либо органов полости рта и в большинстве случаев являются первыми клиническими признаками нарушений обменного характера, особенно при заболеваниях органов пищеварительной, эндокринной, кроветворной систем. Одним из таких проявлений является остеопороз.

По данным ВОЗ остеопороз занимает ведущее место в структуре заболеваемости и смертности населения. В России по показателям денситометрии остеопороз выявляется в основном в возрасте 50 лет и старше, представители данных возрастных групп являются основными кандидатами на протезирование с опорой на имплантаты. Актуальность проблемы обусловлена высокой распространенностью патологии, сложной клинической картиной и диагностикой.

Цель исследования: Изучение взаимосвязи заболеваний внутренних органов и заболеваний полости рта на примере остеопороза.

Материалы и методы: Для достижения поставленной цели был проведен анализ научной литературы по вопросу изучения признаков остеопороза в полости рта.

Остеопороз- метаболическое заболевание костной системы, которое



характеризуется снижением минеральной плотности ткани костей с одновременным изменением ее количества и микроархитектоники. Первичным называют остеопороз, развивающийся как самостоятельный процесс, носящий системный характер и не связанный с каким-либо заболеванием, влиянием медикаментов и факторов внешней среды.

Вторичный остеопороз имеет конкретный этиологический фактор и может быть подразделен на 3 большие группы: остеопороз, связанный с основным заболеванием; возникающий вследствие приема медикаментов; развивающийся на фоне основного заболевания и терапии, способствующей его развитию.

Основные симптомы в организме при остеопорозе — боли в поясничном и крестцовом отделах позвоночника, в области тазобедренных суставов; возможны боли в области голеностопных суставов, ребрах, костях таза. Происходит изменение осанки больного, появление сутулости, «позы просителя». Наиболее демонстративными симптомами остеопороза являются переломы костей.

По химическому составу и строению костная ткань челюстей мало отличается от других костей скелета. Однако в альвеолярной кости процессы внутренней перестройки протекают быстрее, чем в других костях скелета. В норме высота альвеолярного гребня поддерживается физиологическим равновесием между формированием и резорбцией кости, которые регулируются не только системными, но и местными факторами.

При изменении функциональной нагрузки на зубочелюстной аппарат, нагружаемые трабекулы и структуры максимально усиливаются, в то время как при отсутствии нагрузки костные перекладины истончаются, и кость рассасывается (закон Вольфа). Исследования показали, что даже в случаях дефицита кальция функциональные нагрузки могут контролировать массу кости.

Взаимосвязь между системным остеопорозом, понижением костной массы челюстей, потерей зубов и факторами риска обнаружил M. Jeffcoat. Есть данные о том, что лечение, направленное на повышение минеральной плотности кости, например, заместительная гормональная терапия или назначение бисфосфонатов, способствует сохранению зубов и замедляет потерю альвеолярной кости.

Исследования L. Birkenfeld и соавт. демонстрируют положительную корреляцию между системным снижением массы костной ткани и степенью резорбции альвеолярной кости. Назначение эстрогенов оказывает такое же влияние на челюстную кость, как и на другие участки скелета.

В проведенном исследовании M. Tezal и J. Wactawski-Wende, в которое были включены 70 женщин в возрасте от 51 года до 78 лет, выявлено, что

уменьшение костной массы скелета коррелировало с уменьшением высоты межзубных костных перегородок, снижением прикрепления десны. Результаты исследования позволили авторам заключить, что постменопаузальный остеопороз является фактором риска развития заболеваний пародонта, а

потеря альвеолярной высоты и число зубов, утраченных женщинами в постменопаузе, зависят от степени остеопении.

Соотношения между системным остеопорозом и пародонтальным статусом исследовали J. Mattson и соавт. и наблюдали у некоторых пациентов зависимость между уменьшением массы нижнечелюстной кости и потерей зубов, у других же такой корреляции не выявлено.

В работах T. Balshi и G. Wolfinger указано, что при остеопорозе не только происходит потеря костной массы опорного скелета, но и быстро снижается плотность челюстных костей. В некоторых исследованиях установлено, что лечение остеопороза улучшает состояние тканей пародонта.

E. Krall и M. Reddy, установили, уменьшенная МПКТ при остеопорозе как у мужчин, так и у женщин является фактором риска развития пародонтита. Препараты, применяющиеся для лечения остеопороза, оказывают благоприятное воздействие и на состояние полости рта.

Ряд исследований проанализировал M. Jeffcoat, пытаясь определить связь между потерей костной массы челюстей и остеопорозом. В 13 из 15 исследований определялась положительная корреляция между системной потерей костной массы и потерей костной массы челюстей.

В результате исследований M. Amorim и соавт. установили, что нет никакой ассоциации между системным остеопорозом и денситометрическими параметрами качества кости нижней челюсти. Работы W. Becker показали, что простая визуальная оценка качества кости на участке размещения имплантата может быть более информативной для прогноза остеоинтеграции имплантата, чем показатели минеральной плотности, полученные при исследовании костей периферического скелета.

E. Кауе считает, что остеопороз и болезни пародонта объединены несколькими общими факторами риска: пожилым возрастом, курением, недостаточным потреблением кальция и витамина D. Автор поддерживает мнение, что остеопороз независимо от пародонтита вызывает снижение высоты альвеолярной кости, а медикаментозная терапия остеопороза способствует сохранению альвеолярной костной массы.

Данные F. Sanfilippo и A. Bianchi подтверждают, что старение и недостаток эстрогенов оказывают отрицательное влияние на сохранение зубов и остаточную резорбцию альвеолярного гребня. Однако авторы подчеркивают, что изменение морфологической структуры беззубой верхней челюсти происходит главным образом из-за механических факторов в результате изменения ее функции.

L. Choel и соавт. оценивали МПКТ перед размещением имплантатов. По их данным, кортикальная и трабекулярная кость нижних челюстей у женщин более чувствительны к системным влияниям, тогда как у мужчин — к местным воздействиям. Это согласуется с данными о корреляции между остеопорозом и потерей костной массы челюстей.



Таким образом, по данным литературы, резорбтивные процессы, сопровождающие остеопороз, вызывают изменения не только в костях опорного и периферического скелета, но и в структуре костной ткани челюстей.

Выявлена взаимосвязь между постменопаузальным остеопорозом и заболеваниями пародонта. Установлено непосредственное влияние системного остеопороза на состояние зубочелюстной системы, поскольку костная ткань альвеолярного гребня, как и скелета, высокочувствительна к гормональным регулирующим и контролирующим механизмам организма. Исследованиями стоматологов и остеологов определена значимая роль гипоэстрогемии у женщин в постменопаузальном периоде в развитии системного остеопороза и патологических процессов в пародонте. Из этого следует, что стоматологам необходимо более тесно работать со специалистами по остеопорозу в вопросах профилактики, диагностики и лечения этого заболевания.

Для диагностики остеопороза используют двухэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию (DXA, dual-energy X-ray absorptiometry), количественную компьютерную томографию (ККТ), рентгенографию костно-суставной системы.

Показания для проведения оценки МПК: женщины в возрасте 65 лет и старше; женщины в постменопаузе в возрасте до 65 лет с факторами риска переломов; мужчины в возрасте 70 лет и старше; мужчины моложе 70 лет с факторами риска переломов; взрослые, перенесшие остеопоротические переломы (переломы при низком уровне травмы); взрослые с заболеваниями или состояниями, ассоциирующимися с низкой костной массой или костными потерями; взрослые, принимающие медикаментозные препараты, которые ассоциируются со снижением костной массы или костными потерями; любой пациент, которому планируется лечение остеопороза; любой пациент, которому проводится терапия остеопороза, для оценки эффекта лечения.

В кортикальной костной ткани коротких и длинных трубчатых костей остеопороз проявляется уменьшением толщины кортикальной кости и расширением костномозговых пространств за счет типичной для первичного ОП костной резорбции. Наружный контур метадиафизов трубчатых костей при первичном остеопорозе всегда имеет четкие ровные границы.

Общие принципы лечения остеопороза подразделяются на: этиотропный, симптоматический, патогенетический.

Этиотропная терапия предполагает лечение основного заболевания при вторичном остеопорозе. Симптоматические методы терапии являются обязательными при лечении и профилактике остеопороза. Они включают максимальное воздействие на модифицируемые факторы риска, отказ от вредных привычек, физические упражнения по специальной программе, разработанной для больных с остеопорозом. К этой группе относятся применение обезболивающих препаратов в периоды обострения болевого синдрома, массаж и хирургические методы лечения переломов.

Ряд авторов относят к симптоматическому лечению терапию препаратами кальция.

Задачей патогенетического лечения является восстановление нормального процесса костного ремоделирования, в том числе подавление увеличенной костной резорбции и стимуляция сниженного костеобразования. Основным эффектом, ожидаемым при назначении препаратов, является увеличение или стабилизация МПК, улучшение качества кости и снижение частоты новых переломов, что в итоге приведет к снижению выраженности болевых ощущений, повышению двигательной активности и улучшению качества жизни. Лечение остеопороза проводится в виде как моно-, так и комбинированной терапии в зависимости от этиологии, степени выраженности ОП и соматического статуса.

Патогенетическая терапия предусматривает прием препаратов: замедляющих костную резорбцию: бисфосфонаты, селективные модуляторы эстрогенных рецепторов, эстрогены, эстроген-гестагенные препараты; преимущественно усиливающих костеобразование: ПТГ; оказывающих многостороннее действие на костную ткань: витамин D и его активные метаболиты, остеогенон, оссеин-гидроксиапатитный комплекс; соли кальция: применяются в составе комбинированной терапии либо для первичной профилактики остеопороза.

Выводы. В ходе исследования были изучены вопросы заболеваний внутренних органов и заболеваний полости рта на примере остеопороза. Врач-стоматолог один из первых кто может заподозрить у пациента первые признаки остеопороза, поэтому важное значение имеет внимательный осмотр и полноценная диагностика. Она включает в себя: выявление признаков заболевания остеопороза; углубленное обследование пациента, консультация специалистов. Только ранняя диагностика и комплексный подход к лечению данной патологии может оказать положительный эффект не только на состояние полости рта, но и на организм человека в целом.

*Яременко А.И., Суслов Д.Н., Лысенко А.В., Попрядухин П.В., Юдин В.Е.*  
**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ  
БИОИНЖЕНЕРНЫХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОМ  
СИНУСИТЕ**

*ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский  
университет им. акад. И.П. Павлова  
Институт Высокмолекулярных соединений Российской академии наук,  
Санкт-Петербург  
Санкт-Петербургский Политехнический Университет Петра Великого,  
Санкт-Петербург*

За последние 10 лет заболеваемость одонтогенными верхнечелюстными синуситами (ОВЧС) выросла в 3 раза, составляя от 2 до 50% всех больных хроническими гнойными риносинуситами, причем перфоративную форму