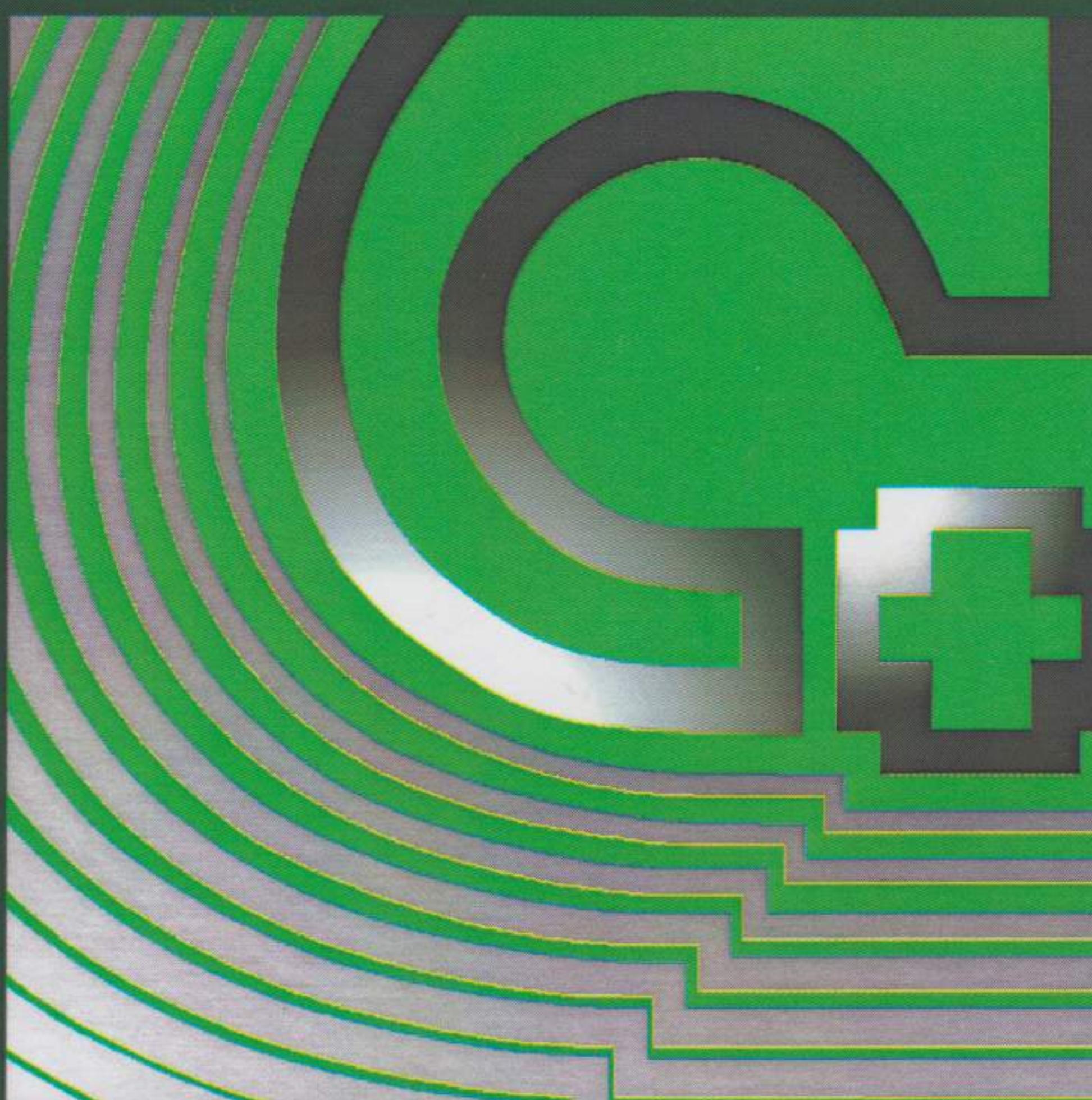


ISSN 0039-1735 (Print)  
ISSN 2309-5318 (Online)

# СТОМАТОЛОГИЯ

Том 96

6'2017



ВЫПУСК 2

Научно-практический журнал

Основан в 1922 г.

МЕДИА  СФЕРА

<i>Скрипкина Г.И.</i> Значение индексной оценки стоматологического статуса кариесрезистентных детей при проведении профилактических осмотров .....	56
--	----

## ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

<i>Агеева Л.В., Чкадуа Т.З., Черненький М.М., Якубов В.М.</i> Использование мультиспиральной компьютерной томографии и трехмерного программного моделирования при лечении пациентов с врожденными двусторонними расщелинами .....	58
<i>Висаитова З.Ю., Чкадуа Т.З., Струкова О.О.</i> Реабилитация детей с рубцовыми деформациями челюстно-лицевой области при помощи комбинированных методов липофилинга .....	58
<i>Гилева К.С., Чкадуа Т.З., Романова Е.М., Мохирев М.А.</i> Устранение дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти у пациентов с врожденной расщелиной губы и неба .....	59
<i>Дмитриева Н.А., Мишина А.В., Саввина Ю.А., Дмитриев А.Ю.</i> Клинико-лабораторный и эпидемиологический мониторинг инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в условиях стационара челюстно-лицевой хирургии .....	60
<i>Кишишева А.А.</i> Технические аспекты эффективности лечения келоидного рубца внутриочаговым введением канала .....	61
<i>Морозова Е.А., Тарабенко С.В., Шехтер А.Б., Гутторова А.М.</i> Результаты гистологического исследования регенерации слизистой оболочки щеки кроликов после нанесения дефектов излучением диодных лазеров .....	61
<i>Набиев Ф.Х., Либин П.В., Котов И.И., Добродеев А.С., Овсянников А.Г., Сафонов А.А.</i> Комплексные методы лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями класса II по классификации Энгеля, сопровождающимися синдромом обструктивного апноэ во сне .....	62
<i>Никитин В.С., Антонова И.Н., Бабенко А.Ю.</i> Особенности влияния схем сахароснижающей терапии на костную ткань у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа при планировании дентальной имплантации .....	63
<i>Степанов М.А., Тарабенко С.В.</i> Хирургический этап в лечении лихеноидных поражений челюстно-лицевой области .....	63
<i>Тарабенко С.В., Знаменская Ю.П.</i> Сочетанное применение препарата на основе гиалуроновой кислоты, богатого тромбоцитами фибрина и остеопластического материала при аугментации лунок удаленных зубов перед дентальной имплантацией .....	64
<i>Тарабенко С.В., Серова Н.С., Шехтер А.Б., Ершова А.М.</i> Сравнительный анализ применения костно-пластика материалов при проведении операции синус-лифтинг .....	64
<i>Чкадуа Т.З., Качмазова М.В., Лашинина Ю.А., Сафарян Д.Л.</i> Оптимизация алгоритмов диагностики и лечения пациентов с дефектами и деформациями носа .....	66
<i>Чкадуа Т.З., Сафарян Д.Л., Качмазова М.В.</i> Компьютерная 3D-визуализация для планирования и проведения реконструктивной ринопластики .....	66
<i>Чунухин А.А., Базикян Э.А., Сырникова Н.В., Чобанян А.Г., Макарова Д.А., Ахмазов Е.В.</i> Фотохимический эффект выделения синглетного кислорода в биохимических средах под действием наносекундного лазерного излучения .....	67
<i>Шеремета Е.А., Каладзе Н.Н.</i> Применение раневого покрытия при выполнении вестибулопластики .....	67

## ПАРОДОНТОЛОГИЯ

<i>Басова Т.В., Иванов В.С., Иванова Е.В., Сабанцева Е.Г., Ломагин В.В.</i> Микроциркуляция пульпы и пародонта при пародонтите легкой степени тяжести .....	69
<i>Грудянов А.И., Фролова О.А., Исаджанян К.Е., Попова В.М., Жиленков Е.Л.</i> Обоснование длительности курсового применения геля на основе бактериофагов Фагодент при начальных формах воспалительных заболеваний пародонта .....	70
<i>Грудянов А.И., Фролова О.А., Исаджанян К.Е., Попова В.М.</i> Клинико-лабораторное обоснование применения бактериофагов при начальных формах воспалительных заболеваний пародонта .....	70
<i>Дикинова Б.С., Царев В.Н., Ревазова З.Э., Ипполитов Е.В.</i> Исследование эффективности устранения галитоза при включении пробиотиков в протокол комплексного лечения пародонтита .....	71

с участием зубов в жевательной функции. Естественные жевательные нагрузки в процессе онтогенеза усиливают кровоснабжение пульпы жевательных зубов на преимущественной стороне жевания у лиц с односторонним типом жевания. При интенсивных жевательных нагрузках в пульпе жевательных зубов развивается регионарная вазоконстрикция, которая значительно уменьшает в них пульсовое кровенаполнение. При этом для сохранения пластической функции одонтобластов капиллярный кровоток в субодонтобластическом русле увеличивается, что обеспечивается множеством местных вазодилататорных механизмов.

\*\*\*

## ОБОСНОВАНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ КУРСОВОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГЕЛЯ НА ОСНОВЕ БАКТЕРИОФАГОВ ФАГОДЕНТ ПРИ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМАХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

А.И. Грудянов, О.А. Фролова, К.Е. Исаджанян,  
В.М. Попова, Е.Л. Жиленков

ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России, Москва

**Актуальность.** В основе лечения воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) лежит применение антимикробных средств (антисептики, антибиотики), длительное назначение которых способно негативно влиять на микробиоценоз полости рта и вызывать развитие резистентной микрофлоры. В этой связи поиск более безопасных, целенаправленных и эффективных средств для борьбы с патогенной микрофлорой представляется весьма актуальным. В связи с возобновлением интереса к возможностям использования в стоматологии для этих целей бактериофагов на базе НПЦ «МикроМир» был создан гель Фагодент, включающий в себя 56 видов бактериофагов, направленно воздействующих на 19 пародонтопатогенных микроорганизмов.

**Цель исследования** — определить оптимальное время экспозиции геля на основе бактериофагов Фагодент и длительность курса его применения при начальных формах ВЗП.

**Материал и методы.** Оптимальное время экспозиции геля Фагодент устанавливали на основании методики определения биологической концентрации микрофлоры в тканях пародонта по подсчету общего микробного числа (ОМЧ) у 20 пациентов с начальными формами воспалительных заболеваний пародонта — 10 с хроническим генерализованным катаральным гингивитом (ХКГ) и 10 с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести (ХГПлс). Гель вводили в зубодесневую борозду при ХКГ и в пародонтальные карманы при ХГПлс с помощью шприца с пародонтальной иглой. Зabor материала проводили до и через 5, 10, 15 и 20 мин после введения геля. Длительность применения геля определяли у 40 пациентов с начальными формами ВЗП (20 с ХКГ и 20 с ХГПлс) при его однократном ежедневном применении на основании нормализации клинического состояния тканей пародонта и определения индексов РМА и Мюллемана. Все исследования проводили в условиях строгого клинического контроля при тщательном изолировании участков введения геля от слюны.

**Результаты.** При экспозиции геля в течение 5 мин отмечалось снижение ОМЧ на 1 порядок в 25% наблюдений; при экспозиции геля в течение 10 мин — снижение на 1—2 порядка в 55% и на 3—4 порядка в 45% наблюдений. При дальнейшем увеличении времени экспозиции до 15 и 20 мин результаты оставались такими же, как и при 10-минутной экспозиции, которую можно рассматривать как оптимальную. Клиническая нормализация тканей пародонта, сопровождающаяся снижением индексов РМА и Мюллемана до нуля (при исходных значениях: РМА  $90\% \pm 0,72$ ; Мюллемана  $2,7 \pm 0,03$ ) у больных с начальными формами ВЗП происходила в сроки от 5 до 10 дней. В течение 5—6 дней состояние тканей пародонта нормализовалось у 4,5% пациентов; в течение 7—8 дней — у 17,3%; в течение 9 дней — у 23,6%; в течение 10 дней — у 54,6%.

**Вывод.** Оптимальное время экспозиции геля при начальных формах ВЗП составляет 10 мин, а курс лечения при ежедневном однократном применении в условиях строгого клинического контроля — 10 дней.

\*\*\*

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ БАКТЕРИОФАГОВ ПРИ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМАХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

А.И. Грудянов, О.А. Фролова, К.Е. Исаджанян,  
В.М. Попова

ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России, Москва

**Актуальность.** Развитие воспалительных заболеваний пародонта напрямую связано с действием микрофлоры полости рта, а конкретно — с влиянием микробной биопленки. Многочисленные побочные эффекты и неуклонно снижающаяся эффективность антибиотиков все чаще являются причиной поиска новых средств, действие которых может селективно подавлять размножение патогенов, свойственных конкретному заболеванию. Одним из таких средств являются бактериофаги. Для использования в стоматологии на базе НПЦ «МикроМир» был создан гель на основе бактериофагов Фагодент, включающий в себя 56 видов фагов, направленно воздействующих на 19 пародонтопатогенных микроорганизмов.

**Цель исследования** — на основании результатов клинико-микробиологических исследований изучить эффективность применения геля на основе бактериофагов Фагодент при начальных формах воспалительных заболеваний пародонта.

**Материал и методы.** Клинически обследованы 110 человек: 55 с хроническим генерализованным катаральным гингивитом (ХКГ) и 55 с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести (ХГПлс), которые были разделены на три группы: основную и сравнения, в которых после проведения профессиональной гигиены использовали антимикробные гели, в основной — Фагодент, в группе сравнения — Метрогил Дента; и контрольную, в которой все вмешательства ограничивались только профессиональной гигиеной. До начала исследования всем пациентам проводили гигиеническое обучение. Гели вводили с помощью шприца с пародонтальной иглой 1 раз в день в течение 10 дней в условиях строгого клинического контроля (при тщательном изолировании от слюны).

Для оценки клинического состояния тканей пародонта применяли индекс кровоточивости по Н. Muhlemann в модификации Cowell. Особенности микрофлоры при начальных формах воспалительных заболеваний пародонта изучали путем параллельного проведения ПЦР-диагностики и масс-спектрометрии. Сроки наблюдения: до начала исследования, через 1 нед, 1, 3, 6 и 12 мес.

**Результаты.** При динамическом наблюдении в группах, в которых использовали гели, значения индекса кровоточивости, определяющего воспаление в тканях пародонта, были значительно ниже, чем в контроле, где гели не использовались. Так, в срок 12 мес значения индекса Мюллемана у пациентов с ХКГ и ХГПлс, у которых применяли гель Фагодент, оставались ниже исходных на 46,6 и 50%, у пациентов, у которых применяли Метрогил Дента, — на 32 и 31% соответственно; в группе контроля, где гели не использовались — только на 16,6 и 3,6%. Результаты ПЦР-диагностики показали, что применение гелей Фагодент и Метрогил Дента у пациентов с ХКГ и ХГПлс вызывает выраженное снижение количества пародонтопатогенов. В срок 12 мес при использовании геля Фагодент количество пародонтопатогенов остается на 75 и 60% ниже исходных значений, при аналогичном использовании геля Метрогил Дента — на 36,3 и 12,5% соответственно. В контроле значения уже в срок 6 мес возвращались к исходным. Результаты масс-спектрометрии показали, что применение геля Фагодент у пациентов с ХКГ и ХГПлс приводит к выраженному и стабильному увеличению нормофлоры (в основном за счет сокращения патогенной): в срок 12 мес показатели нормофлоры остаются выше исходных на 17 и 16%, при аналогичном использовании геля Метрогил Дента — только на 2 и 9% соответственно. В контроле результаты масс-спектрометрии в срок 3—6 мес возвращались к исходным значениям.

**Вывод.** Применение гелей при начальных формах ВЗП оказывает выраженное противовоспалительное действие на ткани пародонта за счет снижения числа пародонтопатогенов и увеличения представителей нормофлоры, при этом гель Фагодент оказывает более выраженное действие по сравнению с Метрогил Дента.

\* \* \*

## ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ УСТРАНЕНИЯ ГАЛИТОЗА ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ ПРОБИОТИКОВ В ПРОТОКОЛ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА

**Б.С. Дикинова, В.Н. Царев, З.Э. Ревазова,  
Е.В. Ипполитов**

ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России,  
Москва

**Актуальность.** Поскольку неприятный запах изо рта в большинстве случаев связан со стоматологическими заболеваниями, практикующий врач-стоматолог является одним из первых специалистов, к которому может обратиться пациент. Симптоматическая помощь при оральном галитозе сводится к маскировке неприятного запаха при помощи препаратов, содержащих ароматические отдушки: пенки, спрей, зубные пасты, жевательные резинки. Патогенетическая терапия направлена на ингибирование конкурентного захвата ионов серы и блокирование образования плохо растворимых летучих веществ. Для этого применяют препараты, содержащие соединения цинка.

Этиологическим направлением в лечении и профилактике интраорального галитоза является уменьшение численности анаэробных микроорганизмов, вызывающих неприятный запах изо рта. Хотя первоначально количество патогенов может значительно уменьшиться с помощью снятия зубных отложений, пародонтопатогены повторно заселяют обработанные пародонтальные карманы, в результате чего переход к менее патогенному составу поддесневой микробиоты является лишь временным, даже в сочетании с антисептиками и антибиотиками. В связи с этим введение пробиотических бактерий стало перспективной концепцией в профилактике и лечении. Данные литературы показывают, что внедрение пробиотиков в стоматологическую практику не получило еще широкого распространения ввиду отсутствия больших рандомизированных исследований в стоматологии.

**Цель исследования** — изучить влияние пробиотического комплекса на лечение хронического генерализованного пародонтита, сопровождающегося галитозом.

**Материал и методы.** Обследованы 118 больных с пародонтитом различной степени тяжести, сопровождающегося галитозом. В основной группе у 60 человек проводили комплексное лечение пародонтита с использованием пробиотического комплекса. Контрольная группа состояла из 58 пациентов с диагнозом пародонтит, при лечении которого не использовали пробиотический комплекс. Пародонтологический статус определяли с помощью индекса Силнес-Лоэ, индекса Мюллемана, измерения глубины пародонтальных карманов, потери прикрепления. Уровень галитоза определяли с помощью аппарата галиметр. Данные обрабатывали с помощью статистических методов.

**Результаты.** При исходном осмотре уровень гигиены полости рта у пациентов обеих групп не различался, среднее значение индекса Силнес-Лоэ составляло  $2,6 \pm 0,2$ . Индекс кровоточивости десневой борозды Мюллемана—Коуэлла в исследуемых группах был равен  $2,0 \pm 0,2$ . Средняя глубина пародонтального кармана у участников 1-й группы составляла  $5,0 \pm 0,3$  мм, 2-й группы —  $4,4 \pm 0,3$  мм. Также не обнаружено статистически значимых различий в уровне галитоза, значения данного показателя в обеих группах достигали  $434,2 \pm 84,5$  и  $441,4 \pm 80,7$  соответственно. Через 6 нед после лечения у всех участников наблюдалось улучшение состояния полости рта и статистически достоверное изменение всех исследуемых показателей. Так, индекс гигиены Силнес-Лоэ в 1-й группе снизился до  $0,5 \pm 0,1$ , во 2-й группе — до  $0,6 \pm 0,2$ , индекс Мюллемана—Коуэлла — до  $0,3 \pm 0,1$  в 1-й группе, а во 2-й группе — до  $0,2 \pm 0,1$ . Средняя глубина пародонтального кармана в обеих группах уменьшилась на 40 и 42,2% — до  $3,1 \pm 0,7$  и  $2,7 \pm 0,9$  мм соответственно. В конце исследования уровень галитоза составлял  $67,7 \pm 12,5$  и  $157,8 \pm 25,0$ , т.е. снизился в 6,4 и 2,8 раза соответственно. Через 6 нед в 1-й группе *P. intermedia* была идентифицирована у 11 (18,3%) больных, а во 2-й группе — у 19 (32,8%) человек, *B. forsythus* — у 4 (6,7%) и 11 (19,0%), *T. denticola* — у 4 (6,7%) и 16 (27,6%), *A. actinomycetemcomitans* — у 5 (8,3%) и 14 (24,1%), *P. gingivalis* — у 12 (20,0%) и 17 (29,3%) пациентов соответственно.

**Вывод.** Использование пробиотического комплекса при лечении хронического генерализованного пародонтита, сопровождающегося галитозом, повышает эффективность традиционной терапии.

\* \* \*