

уровне, а чаще прогрессировал. Использование «Хитозана с серебром» при эндодонтическом лечении хронического периодонтита позволило надежно провести антисептическую обработку, ускорить процесс регенерации костной ткани и через 12 мес добиться полной оссификации очага деструкции периапикальной области у 92,9% больных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Митронин А.В., Вавилова Т.П., Вахромеева Е.Н. Некоторые аспекты обследования и лечения апикального периодонтита в геронтологической практике. *Российская стоматология*. 2009; 2(2): 30–4.
2. Петрова Т.Г., Железный П.А., Самойлов К.О., Железная А.П., Акимова С.Е. Применение антибактериальных паст при эндодонтическом лечении деструктивных форм хронического периодонтита. *Эндодонтия today*. 2012; 1: 36–40.
3. Persson R.E., Persson G.R. The elderly at risk for periodontitis and systemic diseases. *Dent. Clin. N. Am.* 2005; 49(2): 279–92.
4. Алимова М.Я., Боровский Е.В., Макеева И.М., Бондаренко И.В. Анализ классификационных систем раздела «Кариес и его осложнения». *Эндодонтия today*. 2008; 2: 49–54.
5. Kawase T., Okuda K., Saito Y. In vitro evidence that the biological effects of platelet-rich plasma on perio-dontal ligament cells is not mediated solely byconstituent transforming-growth factor-beta or platelet-derived growth factor. *J. Periodontol.* 2005; 76(5): 760–7.
6. Lacevic A., Bilalovic N., Kapic A. Bacterial aggregation in infected root canal. *Bosnian J. Basic Med. Sci.* 2005; 5 (4): 35–9.
7. Алямовский В.В., Курочкин В.Н. Совершенствование протокола направления на эндодонтическое лечение с использованием стоматологического микроскопа. *Эндодонтия Today*. 2010; 3: 54–7.
8. Максимовский Ю.М., Митронин А.В., Зуева Д.Д., Воронина К.Ю. Оценка эффективности эндодонтического лечения хронического апикального периодонтита с применением материалов,

содержащих минеральный триоксидный агрегат. *Эндодонтия today*. 2007; 1: 3–6.

9. Wagenberg B. D. Considerations in treatment planning of the periodontal patient. *Dent. Today*. 2005; 24(3): 108, 110–2.

Поступила 11.01.15

## REFERENCES

1. Mitronin A.V., Vavilova T.P., Vakhromeeva E. N. Some aspects of the examination and treatment of apical periodontitis in gerontological practice. *Rossiyskaya stomatologiya*. 2009; 2(2): 30–4. (in Russian)
2. Petrova T. G., Zheleznyy P. A., Samoylov K.O., Zheleznaya A. P., Akimova S. E. Use of antibacterial pastes at the endodontic treatment of destructive forms of chronic periodontitis. *Endodontiya Today*. 2012; 1: 36–40. (in Russian)
3. Persson R. E., Persson G. R. The elderly at risk for periodontitis and systemic diseases. *Dent. Clin. N. Am.* 2005; 49(2): 279–92.
4. Alimova M.Ya., Borovskiy E.V., Makeeva I.M., Bondarenko I.V. Analysis of classification systems section Caries and its complications. *Endodontiya Today*. 2008; 2: 49–54. (in Russian)
5. Kawase T., Okuda K., Saito Y. In vitro evidence that the biological effects of platelet-rich plasma on perio-dontal ligament cells is not mediated solely byconstituent transforming-growth factor-beta or platelet-derived growth factor. *J. Periodontol.* 2005; 76(5): 760–7.
6. Lacevic A., Bilalovic N., Kapic A. Bacterial aggregation in infected root canal. *Bosnian J. Basic Med. Sci.* 2005; 5 (4): 35–9.
7. Alyamovskiy V. V., Kurochkin V. N. Improvement Protocol directions on endodontic treatment using the dental microscope. *Endodontiya Today*. 2010; 3: 54–7.
8. Maksimovskiy Yu. M., Mitronin A.V., Zueva D.D., Voronina K.Yu. Evaluation of the effectiveness of endodontic treatment of chronic apical periodontitis with application of materials containing mineral trioxide unit. *Endodontics today*. 2007; 1: 3–6.
9. Wagenberg B. D. Considerations in treatment planning of the periodontal patient. *Dent. Today*. 2005; 24(3): 108, 110–2.

Received 11.01.15

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.314-089

Кибкало А.П.<sup>1</sup>, Саркисов К.А.<sup>1</sup>, Вейсгейм Л.Д.<sup>2</sup>, Пчелин И.Ю.<sup>1</sup>

## ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ СТОРОНА ЖЕВАНИЯ, ПРИВЫЧНАЯ ОККЛЮЗИЯ И КЛЫКОВОЕ ВЕДЕНИЕ – ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», 400131, Волгоград; <sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия», 414000, г. Астрахань

На основании обширного материала авторы доказывают наличие преимущественной стороны жевания у 90% обследованных ими лиц. Одностороннее жевание с возрастом приводит к его индивидуальным особенностям, которые необходимо учитывать при реабилитации жевательного аппарата.

Ключевые слова: преимущественная сторона жевания; привычная окклюзия; клыковое ведение; функциональная окклюзия.

Для цитирования: *Российский стоматологический журнал*. 2015; 19(2): 12–14.

Kibkalo A.P.<sup>1</sup>, Sarkisov K.A.<sup>1</sup>, Veysgeym L.D.<sup>2</sup>, Pchelin I.Yu.<sup>1</sup>

THE PREFERENTIAL SIDE OF CHEWING, CHRONICAL OCCLUSION AND CUSPID GUIDANCE ARE ADDITIONAL CONSTITUENTS OF FUNCTIONAL OCCLUSION

Astrakhan state medical Academy, 414000, Astrakhan, Volgograd state medical University, 400131, Volgograd

On the base of extensive material the authors prove the existence of the main side of chewing at about 90% of people who were examined by them. One-side chewing leads to individual characteristic of mastication with the age, which are necessary to talk into consideration during rehabilitation of masticating apparatus.

Key words: preferential side chewing; habitual occlusion; fangs maintenance; functional occlusion.

Citation: *Rossiyskiy stomatologicheskij zhurnal*. 2015; 19(2): 12–14.

Для корреспонденции: Кибкало Анатолий Павлович, [ortopedicheskaja.stomatologia@yandex.ru](mailto:ortopedicheskaja.stomatologia@yandex.ru)

For correspondence: Kibkalo Anatoliy Pavlovich, [ortopedicheskaja.stomatologia@yandex.ru](mailto:ortopedicheskaja.stomatologia@yandex.ru)

Биомеханика жевательного аппарата как разновидность двигательного поведения человека подчинена общебиологическим законам работы парных органов и мышц и представляет собой совокупность признаков неравенства функции мышц, обеспечивающих движение нижней челюсти [1–5].

Мышцы челюстно-лицевой области, обеспечивающие перемещение нижней челюсти в процессе жевания, являются составной частью общей нейромышечной системы человека и подчиняются физиологическим законам двигательных реакций, являясь эффекторным звеном рефлекторных процессов. Любая активная двигательная функция парных органов, в том числе жевательных мышц, находится в зависимости от функциональной асимметрии мозга и проявляется у каждого человека свойственными ему индивидуальными особенностями, к которым относятся «ведущая» рука, «толчковая» нога, «ведущий» глаз, ухо и т. д. [6].

Однако до настоящего времени в повседневной практике восстановление функции жевания при частичном и полном отсутствии зубов осуществляется путем реставрации окклюзии с использованием артикуляционных взаимосвязей, типичных для ортогнатического прикуса. В их основу положен сохраняющийся даже при полной потере зубов угол суставного сагиттального пути. Все последующие закономерности из пятерки Ганау конструируются симметрично по средне-статистическим значениям углов и пропорций, соответствующих ортогнатическому прикусу.

Для этих целей используют различные методы постановки зубов (анатомическая, сферическая, эксцентрическая и др.), при которых одноименные зубы на правой и левой стороне зубных рядов устанавливаются симметрично без сохранения или восстановления индивидуальных особенностей жевания, предшествовавших протезированию.

Появление специальной регистрационной аппаратуры, диагностических методик и технологий (телерентгенографии, ортопантомографии, магнитно-резонансной томографии, конусно-лучевой компьютерной томографии, аксиографии и др.) позволило выявлять индивидуальные значения окклюзионно-артикуляционных составляющих при различных состояниях зубных рядов и прикуса.

Цель исследования – изучение индивидуальных особенностей жевания в различные периоды становления и функционирования жевательного аппарата.

Для достижения поставленной цели мы определили несколько задач:

- установить наличие индивидуально-типологических особенностей жевания у лиц с интактными зубными рядами и ортогнатическим прикусом;
- разработать клинические методы определения функционально-доминирующей (преимущественной) стороны жевания;
- изучить частоту встречаемости право- и левостороннего типа жевания;
- определить степень участия каждой из сторон в процессе жевания;
- оценить устойчивость преимущественной стороны жевания в различных возрастных группах в норме и при частичном отсутствии зубов, возникновении деформации зубных рядов и при других патологических состояниях;
- выявить связь клыкового и группового ведения с функционально-доминирующей стороной жевания;
- разработать тактику альтернативных вариантов реабилитации жевательного аппарата на основании полученных результатов исследования.

## Материал и методы

Обследованы 350 человек с интактными зубными рядами и ортогнатическим прикусом в возрасте от 20 до 60 лет (167 мужчин и 183 женщины), 10 пар близнецов с постоянным прикусом, 30 детей со сформированным молочным прику-

сом, 65 пациентов со съемными протезами при полном отсутствии зубов и более 250 пациентов с различными дефектами зубных рядов и ранее изготовленными зубными протезами.

Кроме того, в течение последних 15 лет мы изучали врачебные ошибки на основании жалоб пациентов в органы здравоохранения и комитеты по защите прав потребителей, а также анализировали выводы врачебно-консультативных комиссий и судебно-медицинских экспертиз.

Решение поставленных в работе задач осуществлялось на основе комплексного обследования челюстно-лицевой области в статическом и динамическом состоянии с использованием различных методик. При их выборе мы учитывали возможности каждого метода, критическую оценку и рекомендации предшествующих исследователей, а также результаты собственных исследований на предварительном этапе освоения и разработки новых методик.

Выявление функционально-доминирующей (преимущественной) стороны жевания осуществляли с применением «пробы на начало жевания», «холостой» имитационной пробы, хронометрии жевания на разных сторонах зубных рядов (ядра лесного ореха или миндаля массой 800 мг), сравнительного анализа стираемости зубов справа и слева и разработанной нами методики билатеральной миотонометрии с помощью аппарата собственной конструкции.

При изучении функциональной окклюзии и артикуляции у обследуемых лиц тип жевания мы определяли не по участию жевательных мышц (массетериальный, темпоральный и смешанный типы), а по осуществлению жевания на правой или левой стороне, выявляя преимущественную (функционально-доминирующую) сторону. Это объясняется тем, что процесс жевания в своей начальной фазе не может происходить одновременно на двух сторонах зубных рядов, а осуществляется поочередно с переменным участием обеих сторон.

## Результаты и обсуждение

Наличие функционально-доминирующей стороны жевания выявлено у 96,6% детей, в 90% случаев у взрослых людей с наличием зубов и в 100% – у близнецов и лиц с полным отсутствием зубов. Это дало нам основание утверждать, что преимущественная сторона жевания формируется не под влиянием внешних факторов, а закладывается генетически в зависимости от функциональной специализации мозга и формируется параллельно с осознанными двигательными реакциями и становлением прикуса молочных и постоянных зубов. В 90% случаев во всех возрастных группах первое жевательное движение (дробление) начиналось с преимущественной стороне, а хронометрия жевания отдельно на правой и левой стороне от момента дробления до глотания подтверждала преимущество (в 1,2 раза) доминирующей стороны. Раздельная миотонометрия жевательных мышц и окклюзиография окклюзионных контактов (площадок стирания) также подтверждали превалирование показателей на преимущественной стороне (в 1,2 и 1,15–1,35 раза соответственно).

Приведенные результаты являются убедительным аргументом в пользу больших морфологических изменений жевательных поверхностей зубов на более активной стороне жевания и необходимости их учета при протезировании.

Заслуживает внимания характер стираемости клыков. В силу анатомического строения, топографического расположения и функционального предназначения своими рвущими буграми они несколько выстоят над уровнем соседних зубов и принимают на себя первый встречный контакт от своего одноименного антагониста в боковой окклюзии на рабочей стороне. Это обеспечивает последующее клыковое ведение, охраняющее премоляры и моляры от перегрузки (особенно при патологии их связочного аппарата) и создает наиболее комфортный вариант артикуляции.

Предварительный анализ связи клыкового ведения и преимущественной стороны жевания подтверждает их прямую связь, но требует дальнейшего изучения при различных клинических состояниях.

Полученные результаты исследования позволяют нам сделать вывод о наличии в 90% случаев преимущественной стороны жевания, приводящей к индивидуально-типологическим изменениям окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений на функционально-доминирующей стороне и требующей их сохранения или восстановления при протезировании.

Изучение устойчивости преимущественной стороны жевания при отсутствии длительной адентии, деформаций и других факторов показало положительную тенденцию. В случаях возникновения подобных осложнений, когда изменится биомеханика движений нижней челюсти, может измениться тип жевания и установиться «привычный» прикус.

Таким образом, на основании проведенных исследований мы выработали следующую тактику лечения:

- в процессе предварительного обследования выявляли функционально-доминирующую сторону жевания и «привычный» прикус;
- выявляли наличие (или отсутствие) клыкового ведения;
- получали гнатостатические модели с помощью лицевой дуги и фиксировали их в артикуляторе Protar;
- при наличии клыкового ведения и отсутствии жалоб со стороны височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) сохраняли его на этапе воскового моделирования;
- при отсутствии клыкового ведения (горизонтальная повышенная стираемость II - III степени, I-й класс дефектов зубных рядов по Кеннеди с отсутствием жевательных зубов и др.) восстанавливали это ведение на преимущественной стороне жевания и создавали групповое ведение на балансирующей стороне;
- с помощью силиконового шаблона изготавливали временные конструкции и после адаптации к ним заменяли на постоянные.

Результаты наших исследований подтверждают мнение других авторов о том, что у пациентов без существенных на-

рушений функции жевательной системы и осложнений со стороны ВНЧС нет необходимости исправления «привычной» окклюзии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гросс М.Д., Метьюс Ж.Д. *Нормализация окклюзии*: Пер. с англ. М.: Медицина; 1986.
2. Кибкало А.П. *Индивидуально-типологические особенности жевания и их учет при реабилитации жевательного аппарата*: Дисс. ... д-ра мед. наук. СПб.; 1997.
3. Наумович С.А., Наумович С.С., Титов П.Л. Основы функциональной окклюзии. *Современная стоматология*. 2010; 2: 4–18.
4. Смуклер Х. *Нормализация окклюзии при наличии интактных и восстановленных зубов*. Пер. с англ. М., СПб. К.: «Азбука»; 2006: 24, 136.
5. Хватова В.А. *Клиническая гнатология*. М.: Медицина; 2005.
6. Брагина А.А., Доброхотова Т.А. *Функциональные асимметрии человека*. М.; 1988.

Поступила 14.12.14

#### REFERENCES

1. Gross M. D., Met'yus Zh. D. *Normalization occlusion: translation from English [Normalizatsiya okklyuzii: Per. s angl.]*. Moscow: Meditsina; 1986. (in Russian)
2. Kibkalo A. P. *Individual-typological features of chewing and rehabilitation of the masticatory apparatus*: Diss. St. Petersburg; 1997. (in Russian)
3. Naumovich S. A., Naumovich S. S., Titov P. L. Fundamentals of functional occlusion. *Sovremennaya stomatologiya*. 2010; 2: 4–18. (in Russian)
4. Smukler Kh. *Normalization Occlusion in the Presence of Intact and Restored Teeth: Translation from English [Normalizatsiya okklyuzii pri nalichii intaknykh i vosstanovlennykh zubov: Per. s angl.]*. Moscow, St. Petersburg, Kazan: "Azбуka"; 2006: 24, 136. (in Russian)
5. Khvatova V. A. *Clinical Ggnathology [Klinicheskaya gnatologiya]*. Moscow: Meditsina; 2005. (in Russian)
6. Bragina A. A., Dobrokhotova T. A. *Functional Asymmetry of Human Rights [Funktional'nye asimmetrii cheloveka]*. Moscow; 1988. (in Russian)

Received 14.12.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.716-002.4-056.83-036.1-091.8

Басин Е.М., Кириллов Ю.А., Медведев Ю.А., Докина Е.К.

## КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТЕОНЕКРОЗОВ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА У ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России, 119991, г. Москва

Приведена клиничко-морфологическая характеристика остеонекрозов лицевого черепа у лиц с наркотической зависимостью от дезоморфина. Описаны изменения в костной ткани челюстей, коже, слизистой оболочке и лимфатических узлах.

Ключевые слова: дезоморфин; первитин; остеонекроз челюсти; атипичный остеомиелит.

Для цитирования: *Российский стоматологический журнал*. 2015; 19(2): 14–17.

Basin E.M., Kirillov Yu.A., Medvedev Yu.A., Dokina E.K.

CLINICO-MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF JAW OSTEONECROSIS AMONG DRUG ADDICTS

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 119991, Moscow

Article describes clinic-morphological characteristics of jaw osteonecrosis among drug addicts to desomorphine. Changes in jaw bones, lymph nodes, skin and mucosa were described.

Keywords: desomorphine; pervitin; jaw osteonecrosis; atypical osteomyelitis.

Citation: *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal*. 2015; 19(2): 14–17.

Для корреспонденции: Басин Евгений Михайлович, kroko-stomatolog@mail.ru

For correspondence: Basin Evgeniy Mikhaylovich, kroko-stomatolog@mail.ru