



КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫКТАК САКТОО МИНИСТРАЛИГИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ САЛАМАТТЫКТАК САКТОО

илимий-практикалык медициналык журналы

Научно-практический медицинский журнал

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КЫРГЫЗСТАНА

№ 1

2014

ISSN 0490-1177

Научно-практический медицинский
журнал
«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
КЫРГЫЗСТАНА».

“КЫРГЫЗСТАНДАГЫ
САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО”
илимий-практикалык медициналык
журналы

№ 1, (январь-март) 2014

УЧРЕДИТЕЛЬ: Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

ТҮЗҮҮЧҮ: Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо министрлиги

Журнал перерегистрирован в Министерстве юстиции Кыргызской Республики
6 ноября 2003 г., свидетельство № 885.

КРнын Адилет министрлигинде каттоодон өткөн 2003 жыл, 6 ноябрь, № 885 күбөлүк.

Журнал входит в перечень изданий для публикаций основных научных результатов диссертации, утвержденный Постановлением Президиума Высшей аттестационной комиссии Кыргызской Республики от 25 сентября 2009 г. № 6-4/12.

Журнал Кыргыз Республикасынын 2009- жылдын 25 - сентябрындагы № 6-4/12 Жогорку аттестациялык комиссиянын Президиумунун токтому менен диссертациялардын негизги илимий жыйынтыктарын жарыялоочу басмалардын катарына киргизилген.

Выходит на русском и кыргызском языках. / Кыргыз жана орус тилдеринде чыгат.

Редакционная коллегия /Редакциялык жамааты:

Сагинбаева Д.З. (главный редактор / башкы редактор)

Суюмбаева П.У. (зам. главного редактора / башкы редактордун орун басары)

Калиев М.Т.

Чойбеков К.Н.

Кудаяров Д.К.

Мамытов М.М.

Мамытов А.Ж. (редактор по гос. языку /мамлекеттик тил боюнча редактор)

Бейсембаев А.А. (ответственный секретарь/жоопту катчы)

Уметалиева Н.Э. (ответственный секретарь/ жоопту катчы)

Редакционный совет /Редакциялык кеңеши:

Акимова В.А. (Ошская область)

Акунова Ж.К. (Ыссык-Кульская область)

Асылбеков Э.С. (Чуйская область)

Бердикожоева А. (Нарынская область)

Миянов М.О. (Жалал-Абадская область)

Нуралиев М.А. (город Бишкек)

Тороев С.Т. (Баткенская область)

Шадиев А.М. (Таласская область)

Научный совет / Илимий кеңеши:

Акынбеков К.У.

Бримкулов Н.Н.

Замалетдинова Г.С.

Кутманова А.З.

Куттубаев О.Т.

Тухватшин Р.Р.

Шаимбетов Б.О.

Ырысов К.Б.

Мнение редакции не всегда совпадает с мнением автора. Ответственность за содержание и достоверность материалов несут авторы.

Редакциянын ой-пикири дайыма эле авторлордун ой-пикири менен туура келе бербейт. Материалдын мааниси жана мазмуну үчүн жоопкерчилик авторлорго тиешелүү.

**Редакционный совет Стоматологической Ассоциации
Кыргызской Республики (САКР)**

**Кыргыз Республикасынын
Стоматологиялык Ассоциациясынын (КРСА)
редакциялык кеңеши**

Калбаев А.А.- гл. редактор, Президент САКР, д.м.н., и.о. профессора /
башкы редактор, КРСАнын Президенти, м.и.д., профессорлук и.а.
Амираев У.А. д.м.н./м.и.д., профессор
Абдумомунов А.О. д.м.н./м.и.д.
Арстанбеков М.А. к.м.н./м.и.к., доцент
Бакиев Б.А. д.м.н./м.и.д., и.о. профессора
Куттубаева К.Б. д.м.н./м.и.д., и.о. профессора
Мамытова А.Б. к.м.н./м.и.к., доцент
Токтосунов А.Т. к.м.н./м.и.к., доцент
Чолокова Г.С. к.м.н./м.и.к., доцент
Юлдашев И.М. д.м.н./м.и.д., профессор
Чойбекова К.М. к.м.н./м.и.к., доцент

Рецензенты:

Алымкулов Р.Д. д.м.н./м.и.д., профессор
Цепелева А.С. к.м.н./м.и.к., доцент

Ответственные за выпуск:

Бакиев Б.А. д.м.н./м.и.д., и.о. профессора
Чойбекова К.М. к.м.н./м.и.к., доцент
Абасканова П.Д. к.м.н./м.и.к.

Спонсор: компания «KIN», Испания



СОДЕРЖАНИЕ / MAZMUNU

МАТЕРИАЛЫ X КОНГРЕССА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН СТОМАТОЛОГИЯЛЫК АССОЦИАЦИЯСЫНЫН
ПРЕЗИДЕНТИНИН 2009-2013 ЖЫЛДАРДАГЫ АТКАРГАН ИШТЕРИ БОЮНЧА БАЯНДАМА 8

м.и.д. А.А. КАЛБАЕВ

Лейла Пол

НОВЫЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ПО УХОДУ ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА
ОТ КОМПАНИИ KIN, ИСПАНИЯ

KIN КОМПАНИЯСЫНЫН ООЗ КӨНДӨЙҮНӨ КАМ КӨРҮҮЧҮ ЖАҢЫ ДАРЫЛЫК
ПРОФИЛАКТИКАЛЫК КАРАЖАТТАРЫ, ИСПАНИЯ14

РЕЗОЛЮЦИЯ X Конгресса Стоматологической Ассоциации Кыргызской
Республики «Стоматология Кыргызстана - 2013»16

ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Абасканова П.Д., Сушко Н.Ю., Эргешова А.С.

ИЗУЧЕНИЕ БАКТЕРИЦИДНОГО ДЕЙСТВИЯ ЛЕЧЕБНО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СРЕДСТВА
«АНТОКСИД» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

ПАРОДОНТ ООРУСУН ДАРЫЛООДО СТОМАТОЛОГИЯЛЫК ДАРЫ «АНТОКСИД»
КАРАЖАТЫНЫН БАКТЕРИЦИДДИК ТААСИРИН ИЗИЛДӨӨ17

Куттубаева К.Б., Мустафина Ф.С., Иманалиева А.Ж.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ РОВАМИЦИНОМ В
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА
СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

ӨНӨКӨТ КУРЧ ПАРОДОНТИТ ООРУСУНУН ООРДУГУНУН ОРТО ДАРАЖАСЫН
КОМПЛЕКСТҮҮ ДАРЫЛООДО МИКРОБГО КАРШЫ РОВАМИЦИН МЕНЕН ДАРЫЛООНУН
НАТЫЙЖАЛУУЛУГУНУН БААСЫ18

Куттубаева К.Б., Сушко Н.Ю., Айдаров Р.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ИХ ПРОЯВЛЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА

БООРДУН ООРУУЛАРЫНЫН ООЗ КӨНДӨЙҮНДӨ ПАЙДА БОЛГОН БЕЛГИЛЕРИ21

Куттубаева К.Б., Сушко Н.Ю., Токторалиева Э., Абдылдаев Э., Жайчыбекова А.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕХНИКА ТРЕХМЕРНОЙ ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ
ТЕРМОПЛАСТИФИЦИРОВАННОЙ ГУТТАПЕРЧЕЙ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТОВ «SUPERENDO
ALPHA 2» И «SUPERENDO BETA»

«SUPERENDO ALPHA 2» ЖАНА «SUPERENDO BETA» АППАРАТТАРДЫН ЖАРДАМЫ МЕНЕН
КЫТТАГЫ ТИШТЕРДИН ТАМЫРЫНЫН КАНАЛДАРЫНДАГЫ ТЕРМОПЛАСТИФИЦИЛАНГАН
ГУТТАПЕРЧА ҮЧ ӨЛЧӨМДӨГҮ ОБТУРАТОРЛОРДУН БИРИКТИРИЛГЕН ТЕХНИКАДАГЫ АБАЛЫ24

Paul L., Leyes J.L., Borrajo L., Garcia Varela, Lopez Castro G., Rodriguez-Ninez I.,

Garcia Figueroa M., Gallas Torreira M.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХЛОРГЕКСИДИНОВЫХ ОПОЛАСКИВАТЕЛЕЙ С СОДЕРЖАНИЕМ
СПИРТА И БЕЗ СОДЕРЖАНИЯ СПИРТА: КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

КУРАМЫНДА СПИРТИ БАР ЖАНА СПИРТСИЗ ХЛОРГЕКСИДИНДИК ЧАЙКАГЫЧТАРДЫН
НАТЫЙЖАЛУУЛУГУ: КЛИНИКАЛЫК ИЗИЛДӨӨ26

Paul L., B. Penugoda, L. Settembrini, W. Scherer, E. Hittelman, H. Strassler

ОПОЛАСКИВАТЕЛИ, СОДЕРЖАЩИЕ СПИРТ: ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ПРОЧНОСТЬ
КОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ

КУРАМЫНДА СПИРТИ БАР ЧАЙКАГЫЧТАРДЫН КОМПОЗИТТИК МАТЕРИАЛДАРДЫН
БЫШЫКТЫГЫНА ТААСИРИ30

ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Амираев У.А., Усманджанов Р.Я.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ПОДРОСТКОВ
ГОРОДА БИШКЕК

БИШКЕК ШААРЫНЫН ӨСПҮРҮМДӨРҮНҮН ПАРОДОНТ ТКАНЫНЫН ООРУЛАРЫ
БОЮНЧА АЛДЫН АЛУУ МААЛЫМАТТАР34

Джолдошев Б.Т., Исмаилов А.А.

РОЛЬ ШКОЛЬНЫХ СТОМАТОЛОГОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБО-
ЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

МЕКТЕП БАЛДАРДЫН ТИШ – ЖААК ООРУЛАРЫН АЛДЫН АЛУУДА СТОМАТОЛОГДУН
ЖҮРГҮЗГӨН ИШТЕРИ36

Джолдошев Б.Т., Каратаева А.М. СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТАРШЕКЛАСНИКОВ ЖОГОРКУ КЛАССТЫН ОКУУЧУЛАРЫНЫН СТОМАТОЛОГИЯЛЫК ДЕН – СОЛУГУНУН СОЦИОЛОГИЯЛЫК АНАЛИЗИ	.....39
Лесогоров С.Ф., Юлдашев И.М., Урзуналиев Б.К., Кулназаров А.С., Токтомбаев М.А. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ГИНГИВИТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ В КОМПЛЕКСЕ ПАРОДИУМ ГЕЛЯ, ОПОЛАСКИВАТЕЛЯ ЭЛЮДРИЛ И ЗУБНОЙ ПАСТЫ ЭЛЫГИДИУМ ПАРОДИУМ-ГЕЛЬ, ЭЛЮДРИЛ ЧАЙКАГЫЧ, ЭЛЫГИДИУМ ТИШ ПАСТАСЫ КОШУЛГАН КОМПЛЕКСТИ ПОСТТРАВМАТИКАЛЫК ГИНГИВИТТЕРДИ ДАРЫЛОО ЖАНА АЛДЫНАЛУУ ҮЧҮН КОЛДОНУУ	.....42
Назарова Н.М., Юлдашев И.М., Давлетов Б.М., Цой А.Р., Шакелов А.Р. ХИРУРГИЧЕСКИЙ И ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ ЭТАПЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕТЕНЦИИ КЛЫКОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ҮСТҮНКУ ЖААКТЫН РЕТЕНЦИЯЛАНГАН КЫЛКЫЙМАЛАРЫН ХИРУРГИЯЛЫК ЖАНА ОРТОДОНТТУК ДАРЫЛООНУН ЭТАПТАРЫ	.....45
Назарова Н.М., Юлдашев И.М., Давлетов Б.М., Шакелов А.Р., Давлетова Г.Р. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РЕТЕНЦИЕЙ КЛЫКОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ҮСТҮНКУ ЖААКТЫН КЫЛКЫЙМА ТИШТЕРИНИН РЕТЕНЦИЯСЫН ДАРЫЛАНУУЧУЛАРДЫ РЕНТГЕНДИК ИЗИЛДӨӨ	.....50
Чолокова Г.С., Юлдашев И.М., Тыналиева Д.М., Абыкеева Р.С., Усманджанов Р.Я., Мамбеталиев Ж.А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ШКОЛЬНИКОВ ЧУЙСКОЙ ОБЛАСТИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ЧҮЙ ОБЛАСТЫНДАГЫ МЕКТЕП ОКУУЧУЛАРЫНЫН СТОМАТОЛОГИЯЛЫК СТАТУСУНУН АНЫКТАЛЫШЫ	.....55
Шакелов А.Р. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОГО РАСТВОРА ОКТЕНИСЕПТ ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) ҮСТҮНКУ ЭРИНДИН ЖАНА ТАҢДАЙДЫН ТУБАСА ЖЫРЫГЫ БАР БАЛДАРДЫ ОРТОДОНТТУК ДЫРЫЛООДО ОКТЕНИСЕПТ АНТИСЕПТИКАЛЫК ЭРИТИНДИСИН КОЛДОНУУНУН АКТУАЛДУУЛУГУ (АДАБИАТ МААЛЫМАТТАРЫ)	.....57
Ысыева А.О., Борончиев Т.Т. ПОКАЗАТЕЛЬ АКТИВНОСТИ КИСЛОЙ И ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ АЛДЫН АЛУУ КАРАЖАТТАРЫН КОЛДОНГОНДОН КИЙИНКИ ООЗ КӨНДӨЙҮНДӨГҮ СУЮУКТУКТАРЫНЫН КЫЧКЫЛ ЖАНА ЩЕЛОЧТУК ФОСФАТАЗАНЫН КӨРСӨТКҮЧ АКТИВДҮҮЛҮГҮ	.....62
ПРОБЛЕМЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
Абдумомунов А.О., Исаков Э.О., Нурбаев А.Ж. ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМАЦИЯМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ ТИШТЕРДИН КАТАРЛАРЫНЫН МАЙЫШУУЛАРЫН ДАРЫЛООНУН ОРТОПЕДИЯЛЫК ЖОЛДОРУ	.....65
Абдумомунов А.О., Калбаев А.А., Абасов К.С. КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ЗУБНОГО РЯДА ПРИ ЧАСТИЧНОЙ УТРАТЕ ЗУБОВ АЙРЫМ ТИШТЕРИ ЖОК ТИШ ТИЗМЕГИНДЕГИ ӨЗГӨРҮҮЛӨРГӨ КЛИНИКАЛЫК, РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫК БАА БЕРҮҮ	.....68
Амираев У.А., Нурбаев А.Ж., Балабеков С.У., Раев С.А. ОПЫТ ИЗГОТОВЛЕНИЯ БАЗИСОВ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ВТОРИЧНОЙ ЧАСТИЧНОЙ И ПОЛНОЙ АДЕНТИИ ИЗ ПОЛИУРЕТАНА ТУРУКТУУ ТИШ КАТАРЫНДАГЫ ТИШТЕРДИН КЕМТИК ЖАНА ТОЛУК ЖОК БОЛУШУНДА КИЙМЕ ТАКТАЙЛУУ ПРОТЕЗДЕРДИН НЕГИЗИН ПОЛИУРЕТАНДАН ЖАСООНУН ТАЖЫРЫЙБАСЫ	.....70
Амираев У.А., Нурбаев А.Ж. ЗАЕДА ЕЕ ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА ЖАМАЖАЙДЫН СЕБЕПТЕРИ ЖАНА АНЫН АЛДЫН АЛУУ	..... 73

Амираев У.А., Рузуддинов С.Р., Шаяхметова М.К., Балабеков С.Е.	
РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	
КАЗАХСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫН АЙЫЛ ЖЕРИНДЕ ЖАШАГАН КАРЫ АДАМДАРДЫ КАРООНУН ТЫЯНАГЫ	.....75
Астахова И.А., Сафаров Т.С., Тебенова Г.М., Баянбаев М.А.	
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЕМНЫХ КОНСТРУКЦИЙ НА ОСНОВЕ БИОСТЕКЛОКЕРАМИКИ (БСК)	
БИОАЙНЕКЧЕЛУУ КЕРАМИКАНЫН (БАК) НЕГИЗИНДЕ ЧЕЧИЛБЕС КОНСТРУКЦИЯЛАРДЫ ЖАСООНУ ӨНУКТҮРҮҮ	.....77
Баянбаев М.А., Нысанова Б.Ж., Алтынбеков К.Д., Озбаканов Е., Олатаев А., Муродова Н.	
СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СПЛАВОВ НА ОСНОВЕ КОБАЛЬТА И ХРОМА	
КОБАЛЬТ ЖАНА ХРОМДУН НЕГИЗИНДЕГИ ЭРИТМЕЛЕРДИ ПАЙДАЛАНУУДА ООЗ КӨНДӨЙҮНДӨГҮ МИКРОФЛОРАНЫН АБАЛЫ	.....79
Исаков Э. О.	
ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ БОРОВ ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБОВ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИЕ КОНСТРУКЦИИ	
ТИШТЕРДИ МЕТАЛЛОКЕРАМИКАЛЫК ПРОТЕЗДЕРГЕ ЖОНУУДА БОРЛОРДУН КЕЗЕГИ МЕНЕН КОЛДОНУЛУШУ	.....82
Калбаев А.А., Баянбаев М.А., Алтынбеков К.Д., Курача К.М., Бондаренко О.А., Дильбарханов Б.П.	
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ МАТЕРИАЛОВЕДЕНИЯ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
ОРТОПЕДИЯЛЫК СТОМАТОЛОГИЯДАГЫ МАТЕРИАЛ ТААНУНУН ЗАМАНБАП АБАЛЫ	.....86
Калбаев А.А., Кулукеева А.Т., Чойбекова К.М.	
НУЖДАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА БИШКЕК В ЗУБНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ	
БИШКЕК ШААРЫНЫН ТУРГУНДАРЫНЫН ТИШ КАТАРЫНЫН ЖАРЫМ ЖАРТЫЛАЙ АДЕНТИЯСЫН ЖАСАЛМА ТИШТЕР МЕНЕН ДАРЫЛООГО БОЛГОН МУКТАЖДЫГЫ	.....89
Нурбаев А.Ж., Амираев У.А., Эркинбеков И.Б.	
ПРОБЛЕМЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА УЛГАЙГАН АДАМДАРГА ОРТОПЕДИЯЛЫК СТОМАТОЛОГИЯЛЫК ЖАРДАМ КӨРСӨТҮҮДӨГҮ КӨЙГӨЙЛӨР ЖАНА СУНУШТАР	.....91
Рузуддинов С.Р., Каркабаева К.О., Теляева Н.Н., Амираев У.А.	
ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОКСИКО-АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ПРОТЕЗЫ ИЗ РАЗНОРОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ	
АР КАНДАЙ МАТЕРИАЛДАРДАН ЖАСАЛГАН ПРОТЕЗДЕРДЕН ПАЙДА БОЛГОН ТОКСИКО-АЛЛЕРГИЯЛЫК РЕАКЦИЯНЫ ОРТОПЕДИЯЛЫК ДАРЫЛОО	.....93
Садыков С.Б., Исаков Э.О., Чойбекова К.М.	
ДЕКОМПЕНСИРОВАННАЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ПОВЫШЕННАЯ СТИРАЕМОСТЬ ЗУБОВ - ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА	
ЧЫКЫЙ-ЖААК МУУНУНУН ДИСФУНКЦИЯСЫНЫН СЕБЕБИ – ТИШТЕРДИН ЖАЛПЫ ПАТОЛОГИЯЛЫК ДЕКОМПЕНСАЦИЯЛЫК ЖЕШИЛИШИ	.....96
Тебенова Г.М., Астахова И.А., Сафаров Т.С., Баянбаев М.А.	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИМЕРНОГО ПОКРЫТИЯ ДЛЯ ИЗОЛЯЦИИ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ В ПОЛОСТИ РТА В ДИАГНОСТИКЕ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ К МЕТАЛЛИЧЕСКИМ КОНСТРУКЦИЯМ	
МЕТАЛЛ КОНСТРУКЦИЯЛАРЫНА КӨНБӨСТҮКТҮ АНЫКТООДО ООЗ КӨНДӨЙҮНДӨГҮ МЕТАЛЛ ЖАСАЛМА ТИШТЕРДИ ИЗОЛЯЦИЯЛОО ҮЧҮН ПОЛИМЕРДИК ЖАБУУЛАРДЫ КОЛДОНУУ	.....100
Эркинбеков И.Б.	
МНОЖЕСТВЕННЫЕ АДЕНТИИ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
ТИШТИН ОРТОПЕДИЯЛЫК КЛИНИКАСЫНДАГЫ КӨП ТИШТЕН АЙРЫЛУУ ЖАГДАЙЫ	.....103
ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
Бакиев Б.А., Шукпаров А.Б., Бакиев А.Б., Умаров А.М., Базарбаев Н.Р., Жартыбаев Р.Н.	
ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО КОМПЛЕКСА	
ЧЫКЫЙ - АСТЫҢКЫ ЖААК - МҮН КОМПЛЕКСИНИН ДИСФУНКЦИЯ ООРУСУНА ЧАЛДЫККАН ООРУЛАРЫНЫН ДАРТЫН ТАБУУ ЖАНА ЖАНДАНДЫРУУ	.....107

Базарбаев Н.Р., Бакиев Б.А., Базарбаев К.Р., Шукпаров А.Б., Умаров А.М., Жартыбаев Р.Н., Бакиев А.Б.
ХАРАКТЕРИСТИКА МЕСТНО-АНЕСТЕЗИРУЮЩИХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)
СТОМАТОЛОГИЯЛЫК КИЙЛИГИШУУЛӨРДҮ КОЛДОНУУДА ЖЕРДИК - АНЕСТЕЗИЯЛЫК КАРАЖАТТАРДЫН МҮНӨЗДӨМӨСҮ (АДАБИЯТ МААЛЫМАТТАРЫ)110

Шаяхметов Д.Б.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)
ШИЛЕКЕЙ БЕЗДЕРИНИН АР ТҮРДҮҮ СЕЗГЕНҮҮ ЖАНА ДИСТРОФИКАЛЫК ООРУЛАРЫНЫН СЕБЕБИ ЖАНА ПАЙДА БОЛУШУ (АДАБИЯТ МААЛЫМАТТАРЫ)118

Шаяхметов Д.Б., Кадырова А.И., Касенова Н.С., Альжанова А.М.

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ
ШИЛЕКЕЙ БЕЗДЕРИНИН ДАРТТАРЫН АНЫКТООДОГУ УЛЬТРАДОБУШТУУ ИЗИЛДӨӨНҮН МААНИСИ121

Paul L., Forbes C.D., Barr R.D., Reid G., Thomson C., Prentice C.R.M., McNicol G.P., Douglas A.S.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ В БОРЬБЕ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ПРИ ГЕМОФИЛИИ И БОЛЕЗНИ КРИСТМАСА
ГЕМОФИЛИЯ ЖАНА КРИСТМАС ООРУЛАРЫ БАР БОЛГОН ПАЦИЕНТТИН ТИШИН СУУРУГАНДАН КИЙИН КАНДЫ ТОКТОТУУГА ТРАНЕКСАМОВАЯ КИСЛОТАНЫН ТААСИРИ ИЗИЛДЕНДИ124

Бараталиев Д.Т.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ - РЕТЕНИРОВАННЫЕ ЗУБЫ (РЕТЕНИРОВАННЫЙ КЛЫК): ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА И ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД
КАЙСЫ БИР ТИШТЕРДИН ЖААК СӨӨГҮНҮН ИЧИНДЕ КАЛЫП. ЧЫКПАЙ КАЛЫШЫ (КЫЛКЫЙМА ТИШ): СЕБЕБИ, ДАРТ АНЫКТОО ЖАНА ДАРЫЛОО ТҮРҮ. ЗАМАНБАП МАМИЛЕ ТҮЗҮҮ. КЛИНИКАЛЫК ОКУЯ129

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И МОРФОЛОГИЯ

Абильдаев Д.А.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ТОНКОЙ КИШКИ И БРЪЖЕЕЧНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА КРЫСЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ PRINGLE-МАНЕВРА133

Абильдаев Д.А.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ИШЕМИИ-РЕПЕРФУЗИИ ПЕЧЕНИ И НА ФОНЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ137

Губанов Е.Б., Бейсембаев А.А.

ЛИМФОТРОПНЫЕ И АНГИОСТИМУЛИРУЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ141

Семжанова Ж.А.

ГЕПАТОПУЛЬМОНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ И V.AZYGOS142

Семжанова Ж.А.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИИ И НА ФОНЕ ПЕРЕВЯЗКИ V.AZYGOS145

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Чонбашева Ч.К., Сулайманова Ч.Т., Аширбаева К.И.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАБОТНИКОВ ГОРНОДОБЫВАЮЩЕГО КОМБИНАТА КЫРГЫЗСТАНА КЫРГЫЗСТАНДАГЫ ТОО-КЕНДЕРИН ИШТЕТУУ КОМБИНАТЫНЫН ЖУМУШЧУЛАРЫНЫН ООРУГА ЧАЛДЫГУУСУНУН СТРУКТУРАСЫ149

ФАРМАКОЛОГИЯ

Камбаралиева Б.А.

ПРОБЛЕМА КАЧЕСТВА ГЕНЕРИЧЕСКИХ АНТИБИОТИКОВ И ПУТИ ЕЁ РЕШЕНИЯ
ГЕНЕРИКАЛЫК АНТИБИОТИКТЕРДИН САПАТЫНЫН МАСЕЛЕСИ ЖАНА АЛАРДЫН ЧЕЧИЛУУ ЖОЛДОРУ153

Приказ от 17.01.14г. №24 «Об утверждении Перечня лекарственных средств ...»157

ЮБИЛЕИ160

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН СТОМАТОЛОГИЯЛЫК
АССОЦИАЦИЯСЫНЫН ПРЕЗИДЕНТИНИН 2009-2013 ЖЫЛДАРДАГЫ
АТКАРГАН ИШТЕРИ БОЮНЧА БАЯНДАМА
м.и.д. А.А. КАЛБАЕВ**

**УРМАТТУУ ПРЕЗИДИУМ,
УРМАТТУУ ДЕЛЕГАТТАР, УРМАТТУУ КОНОКТОР
ЖАНА КОНГРЕССИН КАТЫШУУЧУЛАРЫ!**

Конгрессти ачык деп жарыялап, ар бириниздерди ийгилик коштоп, чың ден соолукта болушунуздарды каалайм. Баарыңыздарга белгилүү болгондой, быйыл мени КРСАнын президенттигине шайлаганыңыздарга 5 жыл толуп отурат, азыр ушул отчеттук мөөнөттүн ичинде КРСА тарабынан кандай иштер жасалганына токтоло кетүүгө уруксат этиңиздер.

Урматтуу жолдоштор, ассоциация уюшулган алгачкы күндөрдө эле, ар кандай мамлекеттик жана коомдук жумуштарды ийгиликтүү аткарып, иш кагаздарды үзгүлтүксүз, так алып баруу үчүн кеңсе зарылдыгы жаралды. Маселе 2009-жылы КММАнын жетекчилеринин уруксаты менен чечилди. Биздин стоматологиялык факультеттин имаратынын бир бөлмөсүн ондоп-түзөп, керектүү эмеректер, техникалык каражаттар менен жабдып, ассоциациянын кеңсесин уюштурдук. Бул бөлмө үчүн ассоциация КММАга ижара акысын төлөбөйт. Мындан тышкары КРСА тарабынан уюштурулган көпчүлүк илимий-практикалык конференцияларды, семинарларды жана жыл сайын өтүүчү конгресстерди И.К.Ахунбаев атындагы КММАнын жыйындар залында акысыз өткөрүп келе жатабыз, буга байланыштуу өзүмдүн жана сиздердин атыңыздардан КММАнын жетекчилигине чоң рахмат айтып коюуга уруксат этиңиздер.

Урматтуу делегаттар, мезгил-мезгили менен илимий-практикалык конференцияларды, семинарларды жана конгресстерди өткөрүү КРСАнын негизги милдети болуп эсептелет. Бул багытта ассоциация тарабынан бир топ ийгиликтүү иштер жасалды - десем жаңылышпайм. Тактап айтсам, 2009-жылы Баткен шаарында илимий-практикалык конференция өткөрүлүп, ага КРдин түштүк регионунда эмгектенген стоматологдор катышышты жана ал элеттеги калкка стоматологиялык жардам көрсөтүү көйгөйлөрүнө арналган. Ошол эле жылы Талас облусунда семинар уюштурулуп, анда калкты стоматологиялык жактан тейлөөдө болуп жаткан кыйынчылыктар жана жетишкендиктер жөнүндө талкуулар орун алды. Ал эми 2010-жылы Ысык-Көл облусуна караштуу Балыкчы шаарында профессор С.А.Абдракмановдун 70 жылдыгына арналган илимий-практикалык конференция өткөрүлүп, республикадагы балдар стоматологиясындагы көйгөйлөргө жана аларды чечүү жолдоруна багытталган кызыктуу илимий докладдар жасалды.

2010-жылы Бишкек шаарында профессор С.Б.Орозобековдун элесине арналган илимий-практикалык конференция уюштурулду.

Мындан тышкары КРСА медициналык стоматологиялык продукцияларды чыгаруучу компаниялардын демөөрчүлүгү менен бирдикте 2012-2013-жылдары Бишкек шаарында жана 2013-жылы Ош шаарында илимий-практикалык конференцияларды өткөрүп, анын катышуучуларына КРСА менен квалификацияны жогорулатып, кайра даярдоочу Кыргыз мамлекеттик медициналык институту тарабынан биргелешкен сертификаттар берилген. Бул сертификаттар КРдин Саламаттык сактоо министрлиги тарабынан таанылат жана белгилүү өлчөмдө дарыгерлер квалификациясын жогорулатуучу курстан өткөндүгүн далилдейт.

Урматтуу делегаттар жана конгресстин катышуучулары, өзүңүздөргө белгилүү, мындан тышкары КРСА жыл сайын КРдин стоматологдорунун конгрессин өткөрүп келүүдө. Бул оңой иш эмес, ага карабастан үзгүлтүксүз аткарылып келе жатат. 2011-жылы КРСАнын коллективдүү башкаруу органынын чечими менен VIII конгресс Ош шаарында болуп өттү. Жалпысынан отчеттук мезгилде беш конгресс өткөрүлдү. Жакында, тактап айтсам, 2013-жылдын 11-октябрында Кара-Суу районунда семинар өткөрүлүп, ага Ош, Жалал-Абад жана Баткен облустарынын бардык райондорунун өкүлдөрү катышышты. Анда жасалган докладдар адистер тарабынан жакшы кабыл алынып, райондук, айылдык деңгээлдеги стоматологияда болуп жаткан жетишкендиктер жана кемчиликтер жөнүндө талкуулар болду.

X конгресстин алкагында ортодонтия боюнча семинар уюштурулуп жатат, ага урматтуу профессор И.В.Токаревичти чакырганбыз. Семинар мастер-класс менен коштолот жана катышуучуларга тийиштүү сертификаттар берилет.

Урматтуу конгресстин катышуучулары, 2010-жылы КММАнын стоматология факультетинин негизделгендигинин 50 жылдыгына байланыштуу КРСА тарабынан марафон уюштурулуп, топтолгон каражаттар факультеттин муктаждыгына сарпталган. Жалпысынан бул марафондо акчалай 216 000 сом, 400\$ жана ар түрдүү аппараттар, жабдыктар түрүндө каражаттар түшкөн. Мындан тышкары 2010-жылы стоматология факультетинин 50 жылдыгына байланыштуу факультеттин мурунку жана азыркы декандары 2000 сом акчалай сыйлык менен сыйланышкан.

Кыргыз элинде: “Карысы бардын ырысы бар” деген жакшы сөз бар. Ушул сөзгө чоң маани берип, ассоциация стоматология тармагында иштеп кеткен ардагерлерибизди эч качан эсинен чыгарбайт. Бул багытта аз да болсо, ардагерлерибизди юбилейлик даталары менен куттуктап, акчалай белек берип келебиз. Бул иш жыл сайын өткөрүлүүчү конгрессте үзгүлтүксүз ишке ашырылууда.

Эми эл аралык иштерге токтолуп кетсем. Бул багытта бир топ жетишкендиктер болду. Өзүңүздөргө белгилүү болгондой, биздин ассоциация - Бүткүл дүйнөлүк стоматологдор ассоциациясынын жана Европа өлкөлөрүнүн стоматологдор ассоциациясынын мүчөсү. Бул уюмдарга жыл сайын мүчөлүк взносторду үзгүлтүксүз төлөп келе жатабыз. Бүткүл дүйнөлүк стоматологдор ассоциациясынын жыл сайын өткөрүлүп келе жаткан конгрессине 2009-жылдан бери биздин өкүлдөр катышып келе жатышат. Эгерде 2009-жылы Сингапурда болгон конгрессте КРСАдан 2 өкүл катышса, бул сан жылдан-жылга өсүп, быйыл Стамбулда өткөн конгреске 20дан ашык өкүл катышты. Мындан сырткары шериктеш мамлекеттердин стоматологиялык ассоциациялары өткөргөн конгресстерге биздин делегаттар үзгүлтүксүз катышып келишет. Атап айтсак, Казакстанда, Тажикстанда, Россияда, Белоруссияда өтүп жаткан форумдарга дайыма катышабыз. Бул конгресстерге жөн эле катышпастан, биздин делегаттар актуалдуу темадагы докладдарды жасап келишүүдө. Быйыл май айында бизге FDI президенти Мишель Арден келип, биз анын мазмундуу, кызыктуу докладына күбө болдук. Урматтуу делегаттар, айрым дарыгерлерибиз туура эмес маалыматтарга таянып, ушул чет элдерде болуп жаткан конгресстерге президент ассоциация эсебинен барат экен деген негизсиз сөздөрдү айтып жүрүшөт. Мен сиздерге жооп иретинде айтып коеюн, ассоциациянын эсебинен бир тыйын да мындай максаттарга жумшалган жок. Бул жөнүндө ревизия комиссиясы сиздерге өз маалыматын берет.

КРСА тарабынан стоматология факультетинде окуп жаткан студенттердин билим деңгээлине көңүл бурулуп, аны өркүндөтүү багытында колдон келишинче иш

жүргүзүлүүдө. Атап айтсак, КРСАнын VIII, IX конгресстеринин алкагында эки жолу студенттик илимий конференциялар өткөрүлдү. Буга КММАнын, КРСУнун, ОшМУнун студенттери катышышты жана жакшы доклад ээлерине баалуу сыйлыктар тапшырылды. КРСА тарабынан 2009-жылы КММАнын стоматология факультетинин эң мыкты 5 студентине 1000 сом өлчөмүндө стипендия берилген. Бул акция студенттердин жакшы окуу аракетине үлүш кошот деген ой менен жасалган. Мындан тышкары “Чексиз билим” коомдук бирикмеси тарабынан берилип жаткан Кожокеева В.А. атындагы стипендияны КММАнын жана КРСУнун стоматология факультеттеринин студенттерине ыйгарууда КРСА активдүү иш алып барат. Бул стипендия ай сайын 900 сом өлчөмүндө КММАнын жана КРСУнун үчтөн студентине берилип жатат. Мүмкүнчүлүктөн пайдаланып, стипендиант студенттердин, алардын ата-энелеринин, деканаттардын атынан Кожокеева В.А. атындагы стипендиянын негиздөөчүсү Гулмира Айтбаевна Кожокеевага чоң ыраазычылык билдирип коюуга уруксат этиңиздер.

Урматтуу делегаттар, өзүңүздөргө белгилүү болгондой, Саламаттыкты сактоо министрлигине багытталган бейтаптардын атынан стоматолог-дарыгерлердин үстүнө түшкөн доо арыздар биздин ассоциациянын эксперттеринин катышуусу менен каралат. Эксперттердин чыгарган жыйынтыктарын анализдеп көрсөк, көпчүлүк убактарда стоматологдор бейтап баянын толтурууда каталарга жол беришет. Айрым учурда бейтап баяны жок оорулууларды кабыл алуулары кездешет. Тиш ооруларга диагноз коюуда рентген сүрөттөрү жакшы колдонулбайт. Жасалма тиштерди даярдоодо клиникалык жана лабораториялык этаптар бузулган учурлар көп кездешет. Бейтап баянын толтуруу кээ бир жерлерде, өзгөчө региондордо кыргыз тилинде жүргүзүлгөндүктөн, терминдердин дал келбестиктерине жол берилет. Бул багытта бир топ иштерди жасоо керек.

Урматтуу делегаттар, ассоциация тарабынан жыл сайын өткөрүлгөн конгресстин материалдары “Здравоохранение Кыргызстана” журналында басылып келе жатат. Бул ишти алып барууда КММАнын стоматология факультеттеринин окутуучуларынын салымы чоң.

Урматтуу делегаттар, ушундай ийгиликтер менен катар стоматология жаатында кездешип жаткан кээ бир көйгөйлөр биздин тынчыбызды алат. Эмесе, сөз тизгинин кездешип жаткан кемчиликтерге бурууга уруксат этиңиздер:

1. СССРдин курамында турган учурда 10 миң калкка 4 штат врач-стоматолог каралган. Тилекке каршы, бул норматив эгемендүү Кыргызстан учурунда 2 эсеге кыскарды. Бирок, статистикалык маалыматтарга таянсак, калк ичинде тиши ооруган адамдардын саны кескин өсүүдө. Б.а. калктын дээрлик 80% стоматологиялык жардамга муктаж.

2. Мектеп жашына чейинки жана мектеп курагындагы балдарды стоматологиялык жактан тейлөө эң көйгөйлүү маселелердин бири б.с. Баарыбызга белгилүү, СССР жоюлгандан кийин мектептерде, бала бакчаларда, жогорку жана орто окуу жайларында стоматологиялык кабинеттер кескин түрдө кыскара баштады. Айрыкча, айыл жергесинде мектеп жашына чейинки жана мектеп курагындагы балдар бүгүнкү күндө пландуу түрдө стоматологиялык жактан тейленбей калды. Бул абдан көйгөйлүү маселе. КРдин Саламаттык сактоо жана Билим берүү жана илим министрликтери бирдикте муну тез арада чечүүлөрү зарыл. Анткени тиш эмканаларынын башкы дарыгерлеринин айтуусу боюнча, мектептерде стоматологиялык бөлмөлөрдү уюштурууда мектеп жетекчилери тиешелүү буйруктарды же токтомдорду талап кылууда. Ошондуктан бул маселени чечүү үчүн эки министрликтин макулдашылган келишими керек.

3. Мамлекеттик кепилдик программасы 10 жашка чейинки балдарды жана 70 жаштан жогорку карыларды, кош бойлуу аялдарды стоматологиялык жактан тейлөөнү камтыган. Бул программанын негизинде жогоруда көрсөтүлгөн категориядагы калктын ар бирине 30-36 сом каралган. Бул бөлүнгөн каражат - өтө аз. Анткени кариес оорусуна чалдыккан бир тишти эң арзан баадагы материалдар жана дары-дармектер менен калыбына келтирүү үчүн 180 сомдон жогору акча сарпталат. Ошол эле убакта бир кишинин 32 тиши бар болгондуктан, анын ичинен бирнече тиш дарылоого муктаж болушу мүмкүн. Статистика боюнча, биздин республикада бойго жеткен жарандардын 80-90% тиштин кариес жана башка ооруларынан жабыркайт. Ушул себептерге байланыштуу мамлекеттик кепилдик программасынын (МКП) төмөнкү чегин жогорулатуу же болбосо, муну дээрлик мектепти бүткөнгө чейин узартуу, ал эми жогорку чектөөсүн 60 жашка чейин кыскартуу керек. О.э. ар адамга бөлүнгөн 30-36 сомду жок дегенде 150-200 сомго чейин көтөрүү керек.

4. Стоматология адистиги 5 тармактагы адистикке бөлүнөт. Булар: дарыгер стоматолог-ортопед, дарыгер стоматолог-терапевт, дарыгер стоматолог-хирург, балдар дарыгер-стоматологу жана бет-жаак хирургдары. Акыркы жылдары жалпы практикалоо дарыгер-стоматологдору даярдалып жатат. Булардын ичинен дарыгер стоматолог-ортопеддерден жана ортодонттордон башкасы үзгүлтүксүз эмгектенген жылдары үчүн жана дарыгерлик квалификациялык категориясына (жогорку категория 2500 сом) бюджеттин эсебинен маяналарына кошумча акы ала алышат. Орто эсеп менен азыркы убакта алардын эмгек акысы 4000-8000 сомду түзөт. Ошол эле убакта дарыгер-стоматологдор ортопед, ортодонт жана тиш усталары атайын эсептен маяна алышат, бирок алардын категориясына, о.э. эмгектенген жылдарына кошумча төлөмдөр каралган эмес. Дарыгер-ортопеддер дайыма каржылык пландарды аткарышат. Мисалга алсак, Бишкек шаары боюнча, ай сайын план 17-18 миң сомду, ал эми алган маянасы 1800-2000 сомду түзөт. Ушул себептен бул кесипте иштеп жаткан дарыгерлерибиз акыркы жылдары үзгүлтүксүз билим деңгээлин көтөрүү үчүн окууга баруудан жана квалификациялык категорияны алууда аттестациядан баш тартышууда. Дагы айта кетчү нерсе, бир айлык квалификациясын жогорулатуу курсу бул адистер үчүн 5000-6000 сомду түзөт. О.э. квалификациясын жогорулатуу курстарынан баш тартуу бул адистердин калкты дарылоодо көрсөткөн жардамынын сапатын төмөндөтөт. Мындай төмөнкү маяна менен пенсиялык камсыздоо да адистерибиздин тынчын алган маселе. Булардын натыйжасында кээ бир райондордо ортопедиялык стоматологиялык жардам көрсөтүү жоюлуп калган. Ошол эле убакта 60 жаштан жогорку калктын жок дегенде 90-95% жасалма тиштерге муктаж. Аларды жасалма тиштер менен камсыз кылуу үчүн стоматолог-ортопед жана тиш усталар керек. Ушул маселени мамлекеттик деңгээлде чечүү зарыл болуп турат.

5. Алыскы айылдарда калкты стоматологиялык жактан тейлөө жылдан жылга начарлап бара жатат. Мунун негизги себептеринин бири - айыл жергесинде дарыгер-стоматологдордун жетишсиздиги. Жогорку окуу жайларда көп сандаган дарыгер стоматологдорду даярдайт, бирок алар райондорго барып иштөөдөн баш тартышат. Андан тышкары атайын медициналык орто билим берүүчү окуу жайларында да орто билимдүү адистер даярдалат. Айыл жергесиндеги калкты стоматологиялык жактан камсыздоо үчүн жаш адистер сертификатын ишке киргизүү керек. Жаш адистер сертификаты ар түрдүү жеңилдиктер (үй-жай, жогорку маяна, бюджеттин эсебинен окутуу) менен камсыздалып, жана аны чечүүгө жергиликтүү бийлик ээлери жергиликтүү бюджеттин эсебинен максаттуу багыт менен адистерди даярдоо жана аларды кайра ошол айыл жергесине келип иштөөгө милдеттендирүү зарылчылыгын караштыруу - учур талабы.

6. Дагы бир чоң маселе - бул тиш дарыгерлерин даярдоо. Азыр КРдин жогорку окуу жайларында жогорку билимдүү дарыгер-стоматологдор даярдалат. Атап айтсак, КММА, КРСУ, ОшМУ, Канттагы ОртоАзия мединституттары . И.К.Ахунбаев атындагы КММАда жыл сайын 130 - 140, КРСУда 130 - 150, Кантта 2011- жылы 20, 2012 -жылы 40, 2013-жылы 80 абитуриент кабыл алды. Жалпысынан Канттагы окуу жайды эске албасак, жылына 400дөн ашык жогорку билимдүү дарыгер-стоматологдор даярдалат. Мындан тышкары атайын орто билим берүүчү медициналык окуу жайлар:Кара-Балта, Кызыл-Кыя, Жалал-Абад, Токмок, Кара-Кол, Нарын, Бишкек шаарларында 500гө жакын орто билимдүү тиш дарыгерлерин даярдашат. Мынчалык сандагы тиш дарыгерлер кичинекей Кыргызстан үчүн керекпи?- деген суроо туулат. Бул маселени Билим берүү жана илим министрлиги менен бирге жөнгө салуу керек. Анткени

7. бүтүрүүчүлөрдүн 80% көбү иш таппай, жумушсуздардын катарын толуктоодо. РФда орто билимдүү тиш дарыгерлерин даярдоого тыюу салынат. Азыр кээ бир тиш эмканаларда орто билимдүү тиш дарыгерлер иштеп жатышат. (айрыкча региондордо). Ошол эле убакта жогорку билимдүү стоматологдор ишсиз жүрүшөт. Дарыгер-стоматологдор жогорку билим алуу үчүн 5 жыл окуйт, андан кийин 1 жыл интернатурадан өтөт, ал эми орто билимдүү тиш дарыгер 2 жыл окуйт, а аткарган жумушу бирдей. Ошондуктан өкмөт тарабынан бул көйгөйлүү маселени жолго салуу убактысы келди деп ойлойбуз. Орто билим берүүчү окуу жайларда тиш дарыгерлерин даярдоо токтотулушу керек жана жогорку окуу жайларында дарыгер-стоматологдорду даярдоону мамлекет тарабынан пландаштыруу керек.

8. Биздин оюбузча, жеке менчик тиш эмканаларга лицензияларды берүүдө кемчиликтерге жол берилет. Жеке менчик тиш эмканаларда бирден-бир жогорку билимдүү тиш дарыгерлери иштеши керек. Тилекке каршы, орто билимдүү тиш дарыгерлерге да лицензиялар берилип жатат. Бул аз келгенсип, кээ бир тиш усталар айрым окуу жайлардан 2 айлык курстардан өтүшүп, сертификаттарын алышып, тиш дарыгерлик кызматта иштеп жатышат. Мындай жөрөлгө стоматологиялык жардам көрсөтүүнүн сапатын кескин түрдө төмөндөтөт жана бейтаптардын нааразычылыгын туудурат. Жеке менчик тиш эмканаларда иштеген стоматологдордун профессионалдык деңгээлин текшерүү Саламаттык сактоо министрлигинин дарегине арыздар түшөт, бирок эксперттер тарабынан дарыгерлердин күнөөсү табылган учурда да аларга тиешелүү чаралар көрүлбөй келеет. Ушундай кемчиликтерге жол бербөө максатында, жыл сайын пландуу түрдө менчик ишканаларда иштеген стоматологдордун профессионалдык деңгээлин текшерүү зарыл. Ушундай текшерүүнүн негизинде жүйөөлүү кемчиликтер табылса, алардын лицензиясын кайтарып алуу керек.

9. Быйыл өкмөттүн токтому менен 1-сентябрдан баштап, жеке менчик тиш бейтапканаларында ар бир стоматологиялык жабдыкка 5000 сом өлчөмүндө патент алуу милдеттендирилди. Андан тышкары ар бир иштеп жаткан дарыгерден 700 сом өлчөмүндө киреше салыган төлөө каралган. Мындан тышкары соц. фондго маянасынын 27,25% төлөйт. Социалдык фонддун төмөнкү чеги ар бир ишкерден 5000 сом айлык акысынан эсептелет. Стоматологдор арасында ушул салыктар нааразычылык туудуруп жатат. Адистердин пикири боюнча, бул патенттик төлөмдү киргизүүдөн мурда мониторинг, хронометраж жүргүзүп, жалпы дарыгер-стоматологдор менен жыйналыш өткөрүп, анан бир чечимге келсе болмок. Чындыгында Бишкек шаарында жашаган тургундардын тапкан каражаты менен алыскы райондордо жашагандардын каражатын салыштырууга болбойт.Ошондуктан

дифференциалдык түрдө тиш эмканаларынын жайгашкан жерине жараша патенттик төлөмдөрдүн да ар башка өлчөмдө болгону туура болмок. Бул салыкты киргизүү боюнча, парламенттик угуу тиш дарыгерлеринин өкүлдөрүсүз мыйзам кабыл алган. Ал эми Мамлекеттик салык инспекциясы бир тараптуу түрдө аны сунуштаган. Бул токтомду кайра карап чыгуу мүмкүнчүлүгүн Өкмөттөн тиш дарыгерлер тобу чоң үмүт менен күтүшүүдө. Ушул кезде биздин республикада 150дөн ашык жекече иш алып барган менчик тиш эмканалары бар. Алардын ар биринде кеминде 4-5 киши иштейт. Б.а. 1000ден ашуун адам иш менен камсыз болууда. Бул жумушсуздукту жоюу маселесине аз да болсо көмөктөшүү. Эгер ушул салык, б.а. патенттик система кала турган болсо, айрыкча региондорундагы тиш эмканалар жабылууга дуушар болот.

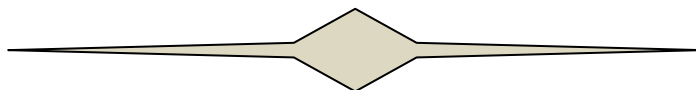
Ассоциациянын дагы бир милдети – дарыгерлерге квалификациялык даража ыйгаруу кызматы. Бул маселеге кайрылсак, 2013-жылга чейин чоң көйгөйлөр кездешкен эмес. 2013-жылдан баштап, дарыгерлерди аттестациядан өткөрүү компьютердик ыкма менен жүргүзүлө баштады. Ушул жаңы ыкма көпчүлүк дарыгерлерге кыйынчылыктарды алып келди. Натыйжада айрымдары эңсеген квалификациялык даражаларга жетпей калышты. Бул жерден биз Саламаттык сактоо министрлигине же Аттестациялоо комиссиясына капа болбой, билим деңгээлибизге объективдүү баа беришибиз керек. Бирок, квалификациялык даражаларды ыйгарууда аттестация комиссиясынын мүчөлөрүнүн пикирин да эске алуу зарыл. Айтайын дегеним, кээ бир мыкты, практикалык тажрыйбасы көп дарыгерлибиз компьютерлик тестирилөөдө тиешелүү даражага 2- 3 упай жетпей калышат да, татыктуу бааланбай калат. Ушундай кырдаалдарда ССМ аттестация комиссиясы тарабынан кошумча сынактан өткөрүп, тиешелүү даражаны ыйгаруу мүмкүнчүлүгүн берсе жакшы болмок.

Урматтуу делегаттар жана коноктор, мүмкүнчүлүктөн пайдаланып, өзүмдүн атымдан, КРСА башкармалыгынын мүчөлөрүнө, секретариаттын кызматкерлерине жыл сайын өткөрүлүп жаткан конгресстерди, илимий практикалык конференцияларды, семинарларды о.э. ж.б. иштерди уюштурууда активдүү салым кошкондугу үчүн чоң ыраазычылыкты билдирип коюуга уруксат этиңиздер.

**Кыргыз Республикасынын
Стоматологиялык Ассоциациясынын
Президенти, м.и.д.**



А.А. Калбаев



УДК 616.311-083-098:615.242

НОВЫЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ПО УХОДУ ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА ОТ КОМПАНИИ KIN, ИСПАНИЯ

Лейла Пол - региональный представитель компании KIN на территории Кыргызстана.

В статье представлены новые лечебно-профилактические средства по уходу за полостью рта от испанской компании KIN, их характеристика, состав, свойства и рекомендации по применению.

Ключевые слова: лечебные средства, ополаскиватели, зубные пасты, гель, спрей, фторлак, кровоостанавливающий гель, хлоргексидин, аллантоин.

KIN КОМПАНИЯСЫНЫН ООЗ КӨНДӨЙҮНӨ КАМ КӨРҮҮЧҮ ЖАҢЫ ДАРЫЛЫК ПРОФИЛАКТИКАЛЫК КАРАЖАТТАРЫ, ИСПАНИЯ

Лейла Пол – Кыргызстан аймагындагы KIN компаниясынын жергиликтүү өкүлү

Макалада ооз көндөйүнө кам көрүүчү жаңы дарылык-профилактикалык каражаттар, алардын мүнөздөмөсү, курамы жана касиети.

Негизги сөздөр: дарылык каражаттар, чайкагычтар, тиш пасталары, спрей, гель, фторлак.

Компания **Laboratorios KIN** основана в 1964 году в Испании. Основной деятельностью компании KIN является производство терапевтических средств по уходу за полостью рта: ополаскиватели, зубные пасты, щетки, гели, спреи и многое другое. В настоящее время компания KIN занимает лидирующую позицию в мире по производству аналогичных средств и присутствует более чем в 60 странах мира, на всех континентах. Имеет 7 собственных уникальных международных патентов. Является лидером на рынке лечебных ополаскивателей для полости рта, занимает 3-е место по зубным пастам, имеет самое полное портфолио продукции для ухода за полостью рта в мире. В 2013 году, компания KIN одновременно вышла на рынки России, Казахстана, Кыргызстана и Узбекистана.

Компания KIN предлагает широкий ассортимент средств по уходу за полостью рта, более 40 наименований продуктов для лечения и профилактики различных заболеваний полости рта. На сегодняшний день в Кыргызстане компания KIN представляет вниманию стоматологов и пациентов линии по борьбе с гингивитом, пародонтитом, отбеливающую зубную пасту и профессиональные средства для применения в стоматологическом кабинете: фторлак и кровоостанавливающий гель.

ЛИНИЯ ПО БОРЬБЕ С ГИНГИВИТОМ

KIN@GINGIVAL ополаскиватель и KIN@GINGIVAL зубная паста

В составе обоих средств: Хлоргексидин 0,12% + ALPANTHA® (Аллантоин+Пантенол). Хлоргексидина диглюконат обладает противомикробной

активностью в отношении микроорганизмов, вызывающих заболевания пародонта, а также предотвращает и сдерживает рост зубного налета.

Alpantha – запатентованный компонент KIN@GINGIVAL, в состав которого входят Аллантоин и Пантенол (провитамин B5). Благодаря взаимоусиливающему действию этих двух составляющих, Alpantha быстро проникает в поврежденные ткани и способствует ускорению заживления и регенерации слизистой при воспалительных процессах. Таким образом, при применении ополаскивателя и зубной пасты достигаются быстрый противовоспалительный и регенерирующий эффекты.

Рекомендации по применению ополаскивателя и зубной пасты KIN@GINGIVAL:

- Гингивит (в т.ч. гингивит беременных, ювенильный гингивит).
- Пародонтит.
- Стоматит (в том числе афтозный, рецидивирующий, кандидозный, протезный).
- Травмы слизистой полости рта.
- До и после оперативного вмешательства, после удаления зуба с целью профилактики и лечения осложнений и для ускорения регенерации тканей.
- Антибактериальная профилактика перед препарированием зуба (полоскание проводится за 2-3 дня до препарирования и продолжается после процедуры до 1 недели).
- Зубочелюстные аномалии (скученность зубов).
- Ношение брекет-систем.
- Группа риска пациентов, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями: курьшички, больные сахарным диабетом, пациенты пожилого возраста и с ослабленным иммунитетом.

Зубная паста KIN@GINGIVAL назначается в качестве лечебно-профилактической зубной пасты 2-3 раза в день в течение 1 месяца.

Ополаскиватель KIN@GINGIVAL в виде готового раствора рекомендуется использовать 2 раза в день после чистки зубов в разовой дозе 15 мл с экспозицией в полости рта в течение 30-60 секунд. После применения ополаскивателя в течение 30 минут рекомендуется воздержаться от курения, приема пищи, жидкости. Во время курса лечения с целью предупреждения окрашивания поверхности зубов рекомендуется избегать приема напитков и продуктов, содержащих красящие вещества (таких как красное вино, крепкий чай, кофе, кока-кола, и др.).

Линия по борьбе с пародонтитом PERIOKIN Гель и PERIOKIN Спрей (хлоргексидин 0,20%)

В концентрации 0,20% хлоргексидин обладает выраженным бактерицидным эффектом и широко применяется в хирургической стоматологии, пародонтологии и имплантологии. Важными свойствами данной линии являются высокая противомикробная эффективность, возможность локального применения в полости рта при локализованном процессе, отсутствие спирта в геле и спрее и приятные вкусовые качества, повышающие комплаенс пациентов.

PERIOKIN Гель обладает выдающимися биоадгезивными свойствами, обеспечивающими максимально быстрое и эффективное всасывание хлоргексидина на месте применения, также удобен и легок в применении (2 раза в день наносится тонким слоем на пораженный участок).

Рекомендации по применению **PERIOKIN Геля**:

- Локализованный гингивит или пародонтит.
- Кюретаж.
- Скелирование и выравнивание корня.
- Импланты.
- Применение после удаления зубов.
- Операции.
- Афты.

PERIOKIN Спрей оснащен регулируемой насадкой-носиком, позволяющей обрабатывать труднодоступные участки в полости рта, включая область третьих моляров. Показания к применению спрея такие же как и у геля, кроме этого спрей удобен для пациентов с дисфункцией челюсти, с ограничениями движений в челюсти (перелом челюсти, брекет-системы), для пациентов с очень активным образом жизни (не требуется полоскания).

Оба средства обладают приятными вкусовыми качествами и не содержат спирта. Кратность применения **PERIOKIN Геля** и **PERIOKIN Спрея** 2 раза в сутки, бактерицидная концентрация 0,20% хлоргексидина сохраняется до 12 часов, курс лечения назначается по рекомендации стоматолога на 1-2 недели.

Отбеливающая зубная паста

KIN WHITENING PROGRESSIVE

Предназначена для щадящего отбеливания в домашних условиях, мягко и эффективно удаляет окрашенный зубной налет, способствуя сохранению результатов отбеливания. Индекс абразивности данной зубной пасты RDA=87 (низкий), в связи с чем отбеливающая зубная паста **KIN WHITENING PROGRESSIVE** подходит для ежедневного применения и для пациентов с гиперестезией.

В составе зубной пасты **KIN WHITENING PROGRESSIVE**:

- Микрочастицы Бикарбоната Натрия округлой формы 0,04 мм деликатно удаляют образовавшийся налет с поверхности эмали
- Пирофосфат натрия помогает предотвратить дальнейшее отложение зубного налета и образование зубного камня
- Фторид натрия 1000 р.р.м. для профилактики и лечения кариеса.

ФТОРЛАК FIXOFLUOR с высокой концентрацией фтора 22.600 р.р.м. (5%).

Отличительными особенностями **фторлака FIXOFLUOR** являются:

- высокая степень адгезивности, увеличивающаяся при соприкосновении с воздухом и влагой, что способствует длительному сохранению его контакта с эмалью зуба;
- удобство и простота в применении;
- приятный вкус банана позволяет достичь максимального комфорта при лечении детей и взрослых;

- удобство для пациента: возможность сразу после нанесения закрывать рот и уже через 4 часа после нанесения пациент может принимать твердую пищу, полоскать рот или чистить зубы, что повышает приверженность пациентов к лечению.

КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ГЕЛЬ KIN EXOGEL

НА ОСНОВЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ

Транексамовая кислота – гемостатическое средство из группы ингибиторов фибринолиза, синтетическое производное аминокислоты лизин, уже более 45 лет успешно применяется для остановки кровотечения в различных областях хирургии.

Механизм действия транексамовой кислоты:

- обратимо блокирует лизинсвязывающие места в молекуле плазминогена, подавляя его активность, в результате чего фибриноген не разрушается;
- усиливает синтез коллагена, что способствует сохранению фибринового матрикса и увеличивает прочность тромба;
- обладает противоаллергическим и противовоспалительным действием за счет подавления образования кининов, участвующих в аллергических и воспалительных реакциях.

Конечным результатом локального применения **KIN EXOGEL** являются:

- стабилизация тромба,
- сокращение времени кровотечения,
- улучшение процессов заживления в случаях кровотечения в полости рта.

Высокие биоадгезивные свойства **KIN EXOGEL** позволяют достичь максимального кровоостанавливающего эффекта при локальном применении: транексамовая кислота остается на пораженном участке. Не требуется применения кровоостанавливающей губки.

Компания **KIN** в ближайшее время представит вниманию стоматологов и пациентов Кыргызстана широкий ассортимент новых современных средств для ухода за полостью рта, включая самые различные линии: для детского и пожилого возрастов, для применения в ортодонтии, ортопедии, линии по борьбе с гиперестезией, с авитаминозом и неприятным запахом изо рта, антибиотики и профилактические средства.

Таким образом, компания **KIN** предоставляет как врачу-стоматологу так и пациенту возможность широкого выбора современных эффективных лечебно-профилактических средств по уходу за полостью рта и поможет сохранить здоровье зубов и красоту улыбки.

THE NEW TREATMENT REMEDIES FOR THE ORAL CARE FROM THE SPAIN COMPANY KIN

Leyla Paul – regional dental representative in Kyrgyzstan

Summary. The article presents the new treatment products for the oral care from the Spanish company KIN: their characteristics, composition, properties and application recommendations.

Key words: remedies, mouthwash, toothpaste, gel, spray, ftorlack, hemostatic gel, chlorhexidine, allantoin.

РЕЗОЛЮЦИЯ

Х Конгресса Стоматологической Ассоциации Кыргызской Республики,
«Стоматология Кыргызстана - 2013»

От 16 ноября 2013 г.

г. Бишкек

После заслушанных на Конгрессе докладов делегатов и участников из всех регионов Кыргызстана и гостей из других стран (Казахстан, Беларусь) Конгресс **постановил:**

1. Для координации реформ в области стоматологии, совершенствования организационно-методической, лечебно – консультационной помощи и государственного регулирования стоматологической службы обратиться в Министерство Здравоохранения КР с ходатайством о формировании трехуровневой стоматологической помощи в Республике.
2. Разработать основной приказ МЗ КР по стоматологической службе с выделением перечня манипуляции для зубных врачей и переориентацией в дальнейшем их в гигиениста-стоматологического.
3. Разработать совместный приказ МЗ КР и МОиН КР об организации совместных кабинетов в дошкольных и школьных учреждениях для оказания лечебно-профилактической помощи.
4. С целью улучшения стоматологической помощи и обеспечения социальной защиты населения, снижения риска развития хронических стоматологических заболеваний ходатайствовать перед МЗ КР о включении всех детей дошкольного и школьного возраста в ПГГ (программа гос. гарантии) в плане создания Национальной программы профилактики.
5. Подготовить приказ МОиН КР о введении в классификатор специальностей среднего профессионального образования в новые специальности «Стоматология профилактическая». И тем самым будет положено начало создания законодательной базы для введения в стоматологическую практику специальности «Гигиенист стоматологический».
6. Внести предложения об организации аттестации на соответствие занимаемой должности (профессиональная классификация) врачей стоматологов частных клиник один раз в два года приказом МЗ. В состав комиссий включить лицензионный отдел МЗ, представителей САКР и Санэпидслужбы.
7. МЗ и МО и Н КР рассмотреть предложения САКР о сокращении и прекращении со временем подготовку зубных врачей со средним специальным образованием.
8. Изыскать пути для усиления материально-технической базы стоматологического центра КГМА.
9. Попросить МЗ КР преобразовать стоматологические отделения при ЦСМ в самостоятельные районные стоматологические поликлиники.
10. Принять участие в разработке клинических протоколов стоматологических заболеваний.

ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

УДК 616.314.17-002-085:615.242.28

ИЗУЧЕНИЕ БАКТЕРИЦИДНОГО ДЕЙСТВИЯ
ЛЕЧЕБНО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
СРЕДСТВА «АНТОКСИД» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА*Абасканова П.Д., Сушко Н.Ю., Эргешова А.С.***Кыргызская государственная медицинская
академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

В статье приведены результаты изучения бактерицидного действия лечебно-стоматологического средства «Антоксид». Тест-культуры были выделены из патологических карманов у больных с хроническим генерализованным пародонтитом.

Ключевые слова: пародонтит, лечебные средства, бактерицидное действие.

ПАРОДОНТ ООРУСУН ДАРЫЛООДО
СТОМАТОЛОГИЯЛЫК ДАРЫ «АНТОКСИД»
КАРАЖАТЫНЫН БАКТЕРИЦИДДИК
ТААСИРИН ИЗИЛДӨӨ**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик
медицина академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Бул макалада пародонт оорусун дарылоодо стоматологиялык дары «Антоксид» каражатынын бактерициддик таасирин изилдөөнүн натыйжасы келтирилген. Тест-культуралар жайылган өнөкт пародонтит оорусунун патологиялык көңдөй-чөлөрүнүн ичинен алынды.

Негизги сөздөр: пародонтит, дарылык каражаттар, бактерициддик таасир.

Актуальность. Болезни пародонта были и остаются одной из актуальных проблем стоматологии и занимают ведущее место в структуре стоматологической заболеваемости. Поэтому поиск и разработка доступных и эффективных средств и методов лечения заболеваний тканей пародонта является актуальной задачей современной стоматологии [5].

Известно, что основным этиологическим фактором развития воспалительных заболеваний пародонта является бактериальная инвазия, которая на фоне локальных и системных факторов риска приводит к нарушениям микроциркуляции, активации процессов перекисного окисления липидов, иммунологическим сдвигам [1,2].

Однако следует помнить, что до настоящего времени, несмотря на многочисленные исследования, не разработаны эффективные методы и средства, позволяющие радикально излечивать любые формы заболеваний пародонта, но, тем не

менее, данные последних лет убеждают в возможности приостановить и стабилизировать течение процесса. Надо отметить, что традиционные методы лечения, несмотря на их многообразие и постоянное совершенствование, не всегда эффективны, и поэтому многие исследователи наряду с химиопрепаратами все больше внимания уделяют применению в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта средств природного происхождения [4].

Целью исследования явилось – изучение бактерицидной активности лечебно-стоматологического средства «Антоксид» для повышения эффективности комплексной терапии заболеваний пародонта.

Материал и методы исследования. Разработанное и запатентованное нами средство «Антоксид» содержит оптимальное количество антоксидных микроэлементов и представляет собой гель, содержащий цинка хлорид, кобальта нитрат, меди сульфат, селена сульфат, желатин, карбоксиметилцеллюлозу, глицерин, натрия бензоат, краситель красный и воду. Новизна разработанного лечебного средства подтверждена патентом № 960 Кыргызской Республики.

Для определения бактерицидного действия «Антоксида» методом серийных разведений готовились необходимые концентрации данного средства. Для этого в первую пробирку наливали 4 мл цельного исследуемого препарата, в остальные три по 2 мл физиологического раствора. Для получения двукратного разведения «Антоксида» в каждой последующей пробирке, из 1-ой пробирки забирали 2 мл «Антоксида» и помещали в следующую, которую тщательно перемешивали и забирали из нее 2 мл в следующую, из предпоследней пробирки 2 мл сливали. Таким образом, было получено 4 ряда из четырех пробирок, из которых в первой находилось цельное средство, во второй – разведенный в 2 два раза, в третьей – в 4 раза, а в последней – чистый физиологический раствор в качестве контроля жизнеспособности исследуемых бактерий. Тест – культурами для определения бактерицидной активности «Антоксида» служили: *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Candida albicans*, выделенные у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями [3]. Взвесь бактерий готовили из расчета 500 тыс. микробных клеток в 1 мл физиологического раствора по стандарту мутности. По 0,1 мл взвеси вносили в каждую пробирку четырех рядов.

Через 24 часа экспозиции в термостате при температуре 37⁰С производили высев 0,1 мл смеси каждой культуры бактерий с «Антоксидом» и физиологическим раствором на соответствующие питательные среды: кровяной агар для *Staphylococcus aureus*, среда Эндо для *Escherichia coli* и *Pseudomonas aeruginosa*, среда Сабуро для *Candida albicans*. Результаты учитывали через 48 часов инкубации посевов в термостате при 37⁰С.

Результаты исследования и их обсуждение. Как показали наши исследования (таблица 1) во всех пробирках, в которых испытуемые культуры находились в непосредственном контакте с «Антоксидом» в течение 24 часов рост культур при высеве на соответствующие питательные среды отсутствовал. Сплошной рост микроорганизмов обнаруживался лишь при высеве из контрольных пробирок с физиологическим раствором, что свидетельствует о жизнеспособности исследованных культур.

Таблица 1 - Бактерицидная активность «Антоксида» в отношении пародонтопатогенных штаммов микроорганизмов.

Исследуемый материал	Цельный	Разведения		Физиологический раствор (контроль)
		1:2	1:4	
Staphylococcus aureus	0	0	0	Сплошной рост
Escherichia coli	0	0	0	Сплошной рост
Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	Сплошной рост
Candida albicans	0	0	Един	Сплошной рост

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о выраженном бактерицидном действии на испытанные культуры бактерий лечебно-стоматологического средства «Антоксид» и рекомендовано его применение для лечения воспалительных заболеваний пародонта.

Литература

1. Акатов А.С., Зуева В.С. Стафилококки / М: Медицина, 1983. – 225с.
2. Алексеева Е.С. Клинико-лабораторное обоснование применения иммуномодулирующих препаратов в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта. Автореф. дис. ... канд. мед. наук: Москва, 2010. – 22 с.
3. Бакиев Б.А. Современные аспекты комплексной терапии гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - Бишкек, 2011. - 38с.
4. Зазулевская Л.Я., Имангалиева А.Т., Синобад Т. Применение новых лекарственных средств при лечении заболеваний пародонта / Казахстанский стоматологический журнал, 2008.- № 1.- С.23-25.
5. Куттубаева К.Б. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. - Бишкек, 2011. – 147с.

THE STUDY OF BACTERICIDE ACTION OF THERAPEUTIC DENTAL DRUG «ANTOXID» FOR THE TREATMENT OF PARODONTAL DISEASES

Abaskanova P.D., Sushko N.Y., Ergeshova A.S.

Kyrgyz state medical academy
named after I.K. Akhunbaev
Bishkek c., the Kyrgyz Republic.

The results of the study of bactericide action of therapeutic dental drug «Antoxid» are given in this article. Test-cultures were extracted from pathological sacs in patient with chronic generalized parodontitis.

Key words: parodontitis, therapeutic agents, bactericide action.

УДК 616.314.17-008.1-085:615.33

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ РОВАМИЦИНОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Куттубаева К.Б., Мустафина Ф.С.,
Иманалиева А.Ж.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

В результате проведенного исследования эффективности антимикробной терапии ровамицином в сочетании с водным 0,2% раствором хлоргексидина биглюконата и традиционной терапии водным 0,2% раствором хлоргексидина биглюконата, в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести было выявлено, что использование ровамицина в сочетании с хлоргексидином достоверно ($p < 0,01$) является более эффективным, в сравнении с традиционной антимикробной терапией раствором хлоргексидином. Так на 30 день, после проведенной терапии только у 20,9% пациентов леченных традиционно, было выявлено отсутствие клинических признаков хронического пародонтита, а у пациентов, леченных по схеме «традиционная антимикробная терапия + ровамицин» отсутствие данных признаков было выявлено у 85,4% больных.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, антимикробная терапия, ровамицин.

ӨНӨКӨТ КУРЧ ПАРОДОНТИТ ООРУСУНУН ООРДУГУНУН ОРТО ДАРАЖАСЫН КОМПЛЕКСТУУ ДАРЫЛООДО МИКРОБГО КАРШЫ РОВАМИЦИН МЕНЕН ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУНУН БААСЫ

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Жүргүзүлгөн изилдөөнүн жыйынтыгында өнөкөт курч пародонтит оорусунун оордугунун орто даражасын микробго каршы ровамицидин суу менен аралашкан 0,2% биглюконаттын хлоргексидин эритмеси жана салттуу суу менен аралашкан 0,2% биглюконаттын хлоргексидин эритмеси менен комплекстүү дарылоодо микробго каршы ровамицидин суу менен аралашкан биглюконаттын хлоргексидин эритмесин колдонуу жетишерлик ($p < 0,01$). Салттуу суу аралашкан биглюконаттын хлоргексидин эритмеси менен дарылаганга салыштырганда натыйжалуулугун көрсөттү. Ошондой эле 30 күндө салттуу ыкма менен

дарылаган оорулуулардын 20,9%да өнөкөт пародонтиттин белгилери жоголгону айкын болсо, ал эми салттуу “микробго каршы дарылоо+ровамицин” менен дарылаган оорулуулардын 85,4% да пародонтиттин белгилери жоголгону айкын болду.

Негизги сөздөр: Өнөкөт курч пародонтит, микробго каршы дарылоо, ровамицин.

Введение. В настоящее время, несмотря на очевидные успехи науки и повышение качества лечения хронических пародонтитов, их распространенность неуклонно растет. При этом эффективность оказания лечебной помощи таким больным во многом определяется полноценной диагностикой заболевания и компетентным подбором метода лечения, основным из которых является антимикробная терапия.

По мнению различных исследователей [1,2], местное применение антимикробных препаратов при комплексном лечении заболеваний пародонта далеко не всегда решает вопросы санации, поэтому при развитии хронического пародонтита часто прибегают к общей антибиотикотерапии, которую, для достижения максимального клинического эффекта рекомендуется проводить антибиотиками из группы макролидов.

Высокая активность макролидных антибиотиков, сочетающаяся с иммуномодулирующими и антиоксидантными свойствами, позволяет надеяться на успешное использование в комплексном лечении хронических пародонтитов. Среди антибиотиков группы макролидов для лечения хронических пародонтитов рекомендуется использовать ровамицин, который активно воздействует на микрофлору пародонтальных карманов, улучшает гомеостаз пародонта и обладает иммунокорректирующим действием [3, 4, 5, 6].

Таким образом, клиническое изучение антимикробного действия ровамицина в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести является актуальным.

Материалы и методы исследования. Изучение клинической эффективности антимикробной терапии ровамицином в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести проводили среди 84 пациентов, в возрасте от 27 до 43 лет. Всем пациентам, вошедшим в исследование, был установлен диагноз: хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести.

Вошедшие в исследование пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группу было включено 43 пациента, которым проводилась традиционная антимикробная терапия 0,2% водным раствором хлоргексидина биглюконата, применяемого в виде ротовых ванночек продолжительностью 1 минута, 3 раза в день в течение 10 суток. Во 2 группу был включен 41 пациент, наряду с традиционной антимикробной терапией хлоргексидином, была проведена антимикробная терапия ровамицином в дозе 3 млн. МЕ, 3 раза в день, в течении 10 дней.

Для определения динамики клинической картины проведенного лечения у всех пациентов

проводили индексную оценку состояния гигиены полости рта и тканей пародонта, используя индекс гигиены Грина и Вермильона, пародонтальный индекс Рассела и индекс кровоточивости зубодесневой борозды (индекс Мюлемана). Дополнительно для оценки эффективности проводимой антибактериальной терапии использовали классические микробиологические методы исследования.

Полученные цифровые данные обрабатывались общепринятыми статистическими методами при помощи персонального компьютера с использованием программы SPSS 13 и табличного редактора Excel для Windows XP. Для средних и относительных величин высчитывали среднюю ошибку показателя – m. Статистическую значимость (достоверность) различий по количественным переменным определяли путем вычисления t – критерия Стьюдента. Изменения считались статистически значимыми (достоверными) при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В первой группе пациентов до начала лечения, в конце проведенного лечения (10 сутки лечения) и спустя месяц после проведенного лечения проводилась оценка клинической картины (табл. 1).

Таблица 1 – Динамика индексов оценки клинической картины у пациентов I группы.

Оценочные индексы	До лечения (M±m)	На 10 сутки лечения (M±m)	Через месяц после лечения (M±m)
Индекс Грина-Вермильона	2,6±0,3	0,4±0,3 ($p_1 < 0,001$)	0,8±0,3 ($p_2 < 0,001$)
Индекс Рассела	3,8±0,3	2,3±0,3 ($p_1 < 0,01$)	3,1±0,2 ($p_2 < 0,05$)
Индекс Мюлемана	2,1±0,2	0,2±0,2 ($p_1 < 0,001$)	0,5±0,3 ($p_2 < 0,001$)

Примечание: p_1, p_2 – достоверность различий по отношению к показателям до лечения

На первые сутки от начала лечения все пациенты первой группы отмечали незначительное улучшение состояния. Клинические признаки пародонтита (гиперемия десны, отек десны и экссудат) также изменялись слабо. На пятые сутки лечения все пациенты отмечали уменьшение запаха из полости рта и исчезновение дискомфорта в деснах. При объективном обследовании пациентов было выявлено уменьшение признаков воспаления, присутствовавших до начала лечения. Гнойный экссудат из пародонтальных карманов сохранялся у 13 пациентов. При этом в процессе лечения было отмечено улучшение состояния тканей пародонта. На десятые сутки лечения пациенты отмечали полное исчезновение неприятного запаха из полости рта. Однако при клиническом обследовании у незначительной части пациентов выявлялось сохранение гиперемии и отека десны, а также выделение гнойного экссудата из пародонтальных карманов. Через 1 месяц после проведенного курса антимикробной терапии клиническая картина у пациентов первой группы изменилась в худшую

сторону, все пациенты отмечали появление запаха из полости рта и дискомфорт в деснах. Также была выявлена прогрессия в динамике клинических признаков воспалительного процесса в тканях пародонта, таких как гиперемия десны, отек десны, наличие в пародонтальных карманах серозного или гнойного экссудата.

Через 1 месяц после лечения, было проведено микробиологическое исследование содержимого пародонтальных карманов которое выявило достоверное ($p < 0,001$) уменьшение количества как патогенной флоры, бактероидов и энтерококков (на 36,5% и 51,1% соответственно), так и облигатной флоры – стрептококков на 48,8%.

Во второй исследуемой группе также, до начала лечения, в конце проведенного лечения (10 день лечения) и спустя месяц после лечения у всех пациентов проводилась оценка клинической картины с использованием индексов Грина-Вермильона, Рассела и Мюлемана (табл. 2).

Таблица 2 – Динамика индексов оценки клинической картины у пациентов II группы.

Оценочные индексы	До лечения (M±m)	На 10 сутки лечения (M±m)	Через месяц после лечения (M±m)
Индекс Грина-Вермильона	2,4±0,3	0,2±0,2 ($p_1 < 0,001$)	0,3±0,2 ($p_2 < 0,001$)
Индекс Рассела	3,9±0,3	0,7±0,3 ($p_1 < 0,001$)	0,9±0,3 ($p_2 < 0,001$)
Индекс Мюлемана	2,2±0,3	0,1±0,2 ($p_1 < 0,001$)	0,3±0,3 ($p_2 < 0,001$)

Примечание: p_1 , p_2 – достоверность различий по отношению к показателям до лечения

На первые сутки от начала лечения все пациенты отмечали незначительное улучшение состояния, которое выражалось в ощущении свежести в полости рта, уменьшении запаха и исчезновении дискомфорта в деснах. Клинические признаки воспаления в тканях пародонта (гиперемия десны, отек десны и экссудат) изменялись слабо. На 10 сутки антимикробной терапии гиперемия десневого края сохранилась всего у троих пациентов, а наличие серозного или гнойного экссудата выявлено не было. Через 1 месяц после проведенного курса лечения клиническая картина у пациентов второй группы незначительно изменилась в худшую сторону по отношению к 10-м суткам лечения, но при этом оставалась достаточно стабильной, что характеризует эффективность проведенной антимикробной терапии.

Микробиологическое исследование содержимого пародонтальных карманов выявило достоверное ($p < 0,001$) снижение количества высеваемых из пародонтальных карманов бактерий. Так количество бактероидов уменьшилось на 58,5%, энтерококков на 43,9%, и стрептококков на 51,2%.

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что антимикробная терапия ровамицином в сочетании с водным 0,2% раствором хлоргексидина

биглюконата в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести, в сравнении с традиционной антимикробной терапией водным 0,2% раствором хлоргексидина биглюконата, является достоверно ($p < 0,01$) более эффективным лечебным вмешательством. Так на 30 день, после проведенной терапии только у 20,9% пациентов I группы было выявлено отсутствие клинических признаков хронического пародонтита, у пациентов 2 группы отсутствие данных признаков было выявлено у 85,4% больных.

Литература

- Орехова Л.Ю., Быков В.Л., Кирсанов А.И. и др. Заболевания пародонта // М.: ПолиМедиа Пресс, 2004. - 422 с.
- Терапевтическая стоматология / Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М. и др. // М.: Медицина, 1998. - 736 с.
- Энциклопедия лекарств / под ред. Ю.Ф. Крылова // М., - 11-е издание, 2004. - 1518 с.
- Машковский М.Д. «Лекарственные средства» // М. 14-издание, 2001. - 462 с.
- Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. Смоленск: МАКМАХ, 2007. – 464 с.
- Катцунг Б.Г. «Базисная и клиническая фармакология» // М.: Беном, 1998. - 198 с.

THE ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF ANTIMICROBE THERAPY WITH ROVAMISINE IN COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC GENERALISED PARODONTITIS OF AVERAGE SEVERITY RATE

Kuttubaeva K.B., Mustaphina Ph. S., Imanalieva A. Zh.

Kyrgyz state medical academy
named after I.K. Akhunbaev
Bishkek c., the Kyrgyz Republic.

As the result of the investigation of efficiency of antimicrobe therapy with rovamisine in combination with 0,2 % water solution of chlorhexidine bigluconate and traditional therapy with 0,2% water solution of chlorhexidine bigluconate in complex treatment of generalised parodontitis it was revealed that the use of rovamisine in combination with chlorhexidine is more effective in comparison with traditional antimicrobe therapy with chlorhexidine. On the 30-th day after treatment only in 20,9 % of patients having traditional treatment the absence of clinical signs of chronic parodontitis was revealed and in patients treated by the scheme “traditional antimicrobe therapy plus rovamisine the absence of these signs was revealed in 85,4% patients.

Key words: chronic generalised parodontitis, antimicrobe therapy, rovamisine.



УДК 616.311-02:616.36-002

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ИХ ПРОЯВЛЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА

Куттубаева К.Б., Сушко Н.Ю., Айдаров Р.

Кыргызская государственная медицинская
академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Проявления различной патологии внутренних органов на слизистой оболочке полости рта зачастую бывают одними из первых клинических признаков, позволяющих вовремя и точно поставить диагноз и составить план лечения. Наряду с этим эти же заболевания могут ухудшить стоматологический статус больного, что необходимо учитывать не только стоматологам-терапевтам, но хирургам и ортопедам. В настоящей статье авторы наглядно продемонстрировали, как меняются основные стоматологические и иммунологические показатели у пациентов при заболеваниях печени.

Ключевые слова: заболевания печени, полость рта, иммунологические показатели.

БООРДУН ООРУЛАРЫНЫН ООЗ КӨНДӨЙУНДӨ ПАЙДА БОЛГОН БЕЛГИЛЕРИ

**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик
медицина академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Ооз көңдөйдөгү чел кабыгында ички органдардын ар түрдүү патологияларынын билинүүсү биринчи клиникалык белгилери болуп эсептелинет, убагында туура диагнозун оныктоого жана дарылоо планын түзүүгө мүмкүнчүлүк берет. Ушул оорудан тышкары, пациенттин стоматологиялык абалы төмөндөп кетүүсү мүмкүн болгондуктан, терапевт-стоматологдор гана эмес, хирург жана ортопеддер да эсепке алуусу зарыл. Бул макалада авторлор пациенттердин боор ооруларында негизги стоматологиялык жана иммунологиялык көрсөткүчтөрү кескин жогорулагандыгын даана аныкташты.

Негизги сөздөр: боордун оорулары, ооз көңдөйдөгү чел кабык, иммунологиялык көрсөткүчтөрү.

Актуальность. Как известно, патологические процессы, возникающие в организме человека нередко проявляются в периферических тканях [1].

Изменения СОПР в большинстве случаев являются первыми клиническими признаками нарушений обменного характера, особенно при заболеваниях органов пищеварения, а именно заболеваниях печени.

Поэтому в последние годы возрос интерес к изучению ранних симптомов заболеваний печени, в то же время нельзя забывать, что нарушения,

возникающие в полости рта, утяжеляют течение основного заболевания. Нередко сами стоматологи, их неправильные манипуляции являются причиной грозных заболеваний печени [3].

Анатомо-физиологические особенности связи полости рта с печенью определяются многообразием ее функций в организме [2]:

Углеводный обмен-синтез гликогена (гликогенез)
• Жировой обмен-синтез и распад холестерина, образование стероидных гормонов, фосфолипидов. Печень может депонировать жиры и участвует в растворении жиров.

• Белковый обмен-синтез альбуминов, глобулинов и фибриногена.

• Минеральный обмен-депо К, Fe.

• Водный обмен-депо воды

• Витаминный обмен-депо вит. В,К.

• Участие в кровообращении-20% крови депонируется в печени

• Участие в свертывании крови-факторы свертывания и противосвертывания

• Участие в поддержании Ph организма

• Экскреторная функция-выводит желчью пигменты, соли тяжелых Me...

• Участвует в пищеварении-вырабатывает желчь

• Защитная функция-участие в фагоцитозе (Купферовские клетки), инактивация ряда Л.С.

Среди заболеваний печени наиболее распространенными являются вирусные гепатиты [4].

• Гепатит А:

Фекально-оральный путь заражения.

• Гепатит В:

Парентеральный путь заражения.

Половой путь заражения.

От матери к ребенку (вертикальный)

• Гепатит С:

Половой путь заражения.

От матери к ребенку.

Бытовой путь заражения.

Парентеральный путь заражения

• Гепатит D:

Встречается только в коинфекции (вместе) с гепатитом В. Такие же что и при гепатите В.

• Гепатит E:

Фекально – оральный.

Гематогенный.

Естественная восприимчивость людей.

В 2012 году по Кыргызстану зарегистрировано 8874 случая вирусного гепатита [5]. Из них:

Гепатит А – 78% (6921)

Гепатит В – 13% (1153)

Гепатит С – 5% (443)

Остальные виды гепатита – 4% (357)

В этой связи выбранная тема является актуальной и роль стоматолога в изучении диагностики, профилактики, сравнительном изучении проявлений заболеваний печени в полости рта неоспорима.

Цель исследования - провести сравнительную характеристику основных стоматологических и иммунологических показателей у больных с заболеваниями печени.

Задачи исследования:

1. Дать оценку стоматологическим показателям (КПУ, индекс гигиены по Федорова - Володкиной, РМА) в основной группе больных с заболеваниями печени и в контрольной группе здоровых лиц.
2. Определить уровень и активность лизоцима в слюне в контрольной и основной группах.
3. Рассчитать коэффициент сбалансированности факторов местного иммунитета (Ксб).
4. Привлечь внимание стоматологов к некоторым эпидемиологическим вопросам вирусного гепатита, связанными со здоровьем как стоматологического больного, так и врача.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 17 пациентов с вирусными гепатитами: острым вирусным гепатитом В (ОВГ В) – 7 человек, острым вирусным гепатитом С (ОВГ С) – 3 человека, хроническим вирусным гепатитом В (ХВГ В) – 3 человека, хроническим вирусным гепатитом С (ХВГ С) – 2 человека, и 2 – микст-инфекции (вирусный гепатит В+С, В+Д). Эти больные составили основную группу исследования (рис.1).

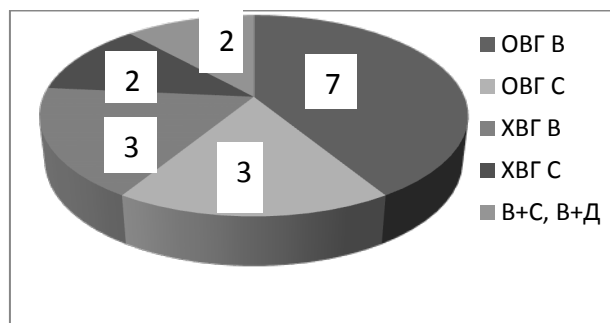


Рис.1. Распределение больных основной группы по типу вирусного гепатита

Контрольную группу исследования составили здоровые добровольцы-студенты – 10 человек.

- Определение стоматологического статуса у обеих групп исследования включало в себя:
- Определение гигиенического индекса по Федорову-Володкиной,
- Определение КПУ,
- Определение индекса РМА.

Иммунологические исследования. Определение уровня и активности лизоцима – осуществлялось по методу Бухарина О.В. на ФЭКе. Об активности лизоцима судили по изменению светопреломления микробной взвеси *M. Lyzodecticus*/

Определение коэффициента сбалансированности факторов местного иммунитета (Ксб) проводили по методике Гажава С.И. Ксб определяли по формуле: $Kcб = (IgG \times 40) / (IgA \times 0,6)$, где 40 – условная активность лизоцима в секрете, 0,6 – коэффициент соотношения IgG/IgA.

Иммунологические исследования слюны осуществляли на полуавтоматическом аппарате «Санафи диагностик - Пастер» (Франция). Иммунологическое исследование включало определение уровня sIgA, IgG, IgA, IgM в смешанной слюне.

Жалобы больных основной группы. Пациенты основной группы исследования предъявляли жалобы на диспепсические расстройства, снижение работоспособности, слабость, раздражительность, нарушение сна.

Признаками проявления заболевания в полости рта явилось: извращение вкуса, сухость во рту, ощущение горечи, особенно по утрам.

Некоторые больные жаловались на парестезию слизистой оболочки полости рта, жжение и покалывание в области языка и губ, ощущение зуда в области нёба.

Таблица 1 - Показатели местного иммунитета полости рта пациентов основной и контрольной групп.

Показатели	Контрольная группа	Основная группа
IgG (г/л)	4,7 ± 0,12	2,1 ± 0,22
IgM (г/л)	0,88 ± 0,13	1,7 ± 0,05
IgA (г/л)	4,01 ± 0,15	4,8 ± 0,07
sIgA (г/л)	13,74 ± 0,1	19,8 ± 0,28
Содержание лизоцима (мкг/мл)	7,37 ± 0,15	7,03 ± 0,24
Активность лизоцима	14,3 ± 0,06	19,34 ± 0,05
Ксб	1,75 ± 0,04	0,54 ± 0,12

Таблица 2 - Показатели стоматологического здоровья больных контрольной группы.

Пациент	возраст	Пол	К	П	У	КПУ	Федорова-Володкиной	РМА
1	22	ж	2	2	0	4	1,1	8%
2	21	ж	3	10	1	14	2,2	6%
3	21	ж	4	7	0	12	2,1	5%
4	21	м	3	4	2	9	1,4	9%
5	19	м	2	2	0	4	1,1	0%
6	20	м	3	1	0	4	1,1	8%
7	21	ж	2	4	0	6	2	0%
8	20	м	3	4	0	7	2,1	2%
9	21	ж	1	4	0	5	1,8	0%
10	20	ж	0	4	0	4	1	0%
Итого	10		КПУ			69/10=6,9		
Итого	10		Федорова-Володкиной			16,2/10=1,62		
Итого	10		РМА			38/10=3,8%		

Результаты исследования (таб. 1,2,3).

Проведенные исследования показали, что заболевания печени влияют на возникновение и распространение кариеса зубов и заболеваний тканей пародонта. При заболеваниях печени снижается местная неспецифическая резистентность организма. А это в свою очередь ведет к снижению сопротивляемости организма к инфекциям, к различным заболеваниям, в том числе кариесу, пародонтиту и заболеваниям СОПР.

Таблица 3 - Показатели стоматологического здоровья больных основной группы.

Пациент	возраст	Пол	К	П	У	КПУ	Федорова-Володкиной	РМА
1	30	м	6	0	0	6	3,5	49%
2	41	м	6	1	10	17	4,2	64%
3	14	м	5	0	2	7	3,1	52%
4	20	м	8	2	2	12	4,2	70%
5	16	ж	1	0	1	2	2	58%
6	14	м	4	0	0	4	2,5	47%
7	22	м	5	1	0	6	3,3	41%
8	16	ж	5	0	3	8	3,1	38%
9	16	ж	3	4	-	7	3,1	49%
10	36	м	11	1	3	15	5	39%
11	28	м	4	2	2	8	3,3	35%
12	22	ж	3	3	1	7	1,1	35%
13	26	м	3	3	1	7	2,3	36%
14	14	м	1	-	-	1	3,7	42%
15	18	ж	4	-	1	5	4,2	51%
16	32	ж	4	4	1	9	2,9	27%
17	18	м	8	1	-	9	2,5	47%
Итого	17 чел.		КПУ			130/17=7,6		
Итого	17 чел.		Федорова-Володкиной			54,5/17=3,2		
Итого	17 чел.		РМА			764/17=44,9%		

Выводы

- Таким образом, среди множества клинических признаков различных форм гепатита патологические проявления в полости рта имеют симптоматическое значение и описываются клиницистами в диагностике заболеваний печени.
- Средние значения КПУ у больных гепатитом составили 7,6, GI по Ф.В. – 3,2, РМА – 44,9%, тогда как в контрольной группе эти значения составили 6,9, 1,62, 3,8% соответственно.
- Основные стоматологические показатели свидетельствуют об ухудшении стоматологического статуса больных гепатитом, вследствие нарушений всех видов обмена в организме.
- У пациентов основной группы по сравнению с контрольной достоверно снижено содержание слюне IgG до $2,1 \pm 0,22$ против $4,7 \pm 0,12$ г/л ($P < 0,05$). Содержание IgM составило $1,7 \pm 0,05$ г/л против $0,88 \pm 0,13$ г/л в контроле.

- Отмечено также достоверное повышение содержания в ротовой жидкости IgA и sIgA до $4,8 \pm 0,07$ г/л и $19,8 \pm 0,28$ г/л соответственно. Уровень лизоцима в обеих группах колебался незначительно, а активность лизоцима была повышена в основной группе – $19,34 \pm 0,05$ против $14,3 \pm 0,06$. Ксб у больных основной группы был снижен по сравнению с контрольной. Полученные данные свидетельствуют о значительном снижении местного иммунитета полости рта.

Литература

1. Банченко Г.В. «Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов», 2000.- 391с.
2. Журнал «Стоматология». - № 4.- 2001.
3. Журнал «Лечащий врач». - № 2.- 2011.
4. Анисимова И.В., Недосенко В.Б., Ломиашвили Л.М.
5. Зорян Е.В., Рабинович С.А., Анисимова Е.Н., Лукьянов М.В. Особенности оказания стоматологической помощи пациентам с факторами риска. - М.:ВУНМЦ, 1997. – 28 с.

LIVER DISEASE AND THEIR MANIFESTATION IN THE ORAL CAVITY

Kuttubaeva K.B., Sushko N.U., Aidarov R.

**Kyrgyz state medical academy
named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek c., Kyrgyz Republic.**

The manifestations of various diseases of internal organs in the mucous membrane of the mouth are often one of the first clinical signs, allowing on time accurate diagnosis and treatment plan. Along with it same diseases may worsen the dental status of the patient, that it is necessary consider not only the general dentist, but surgeons and orthopedists. In this article the authors have clearly demonstrated how big basic dental and immunological parameters of patients with liver disease are.

Key words: liver disease, mucous membrane of the mouth, immunological parameters.

УДК 616.314.163:616.71-089.27-085:678.481

**КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕХНИКА
ТРЕХМЕРНОЙ ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ
КАНАЛОВ
ТЕРМОПЛАСТИФИЦИРОВАННОЙ
ГУТТАПЕРЧЕЙ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТОВ
«SUPERENDO ALPHA 2» И «SUPERENDO
BETA»**

*Куттубаева К.Б., Сушко Н.Ю., Токторалиева Э.,
Абдылдаев Э., Жайчыбекова А.*

**Кыргызская государственная медицинская
академия им.И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

В последние годы, благодаря внедрению в эндодонтическую практику новых технологий, инструментария и материалов, отмечаются положительные тенденции в повышении эффективности эндодонтического лечения зубов, однако это не означает, что в клинической практике стоматологии количество неудачных исходов лечения осложненного кариеса в настоящее время сократилась. В статье проведена сравнительная характеристика использования классической методики пломбирования корневых каналов методом латеральной конденсации и техники трехмерной obturation термoplastифицированной гуттаперчей.

***Ключевые слова:** Эндодонтическое лечение, метод латеральной конденсации, техника трехмерной obturation термoplastифицированной гуттаперчей.*

**«SUPERENDO ALPHA 2» ЖАНА «SUPERENDO
BETA» АППАРАТТАРДЫН ЖАРДАМЫ
МЕНЕН КЫТТАГЫ ТИШТЕРДИН
ТАМЫРЫНЫН КАНАЛДАРЫНДАГЫ
ТЕРМОПЛАСТИФИЦИЯЛАНГАН
ГУТТАПЕРЧА ҮЧ ӨЛЧӨМДӨГҮ
ОБТУРАТОРЛОРДУН БИРИКТИРИЛГЕН
ТЕХНИКАДАГЫ АБАЛЫ**

**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик
медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Акыркы жылдардагы эндодонтикалык практикага киргизилген жаңы технологиялар, инструментариялар жана материалдар, ушул эле эндодонтикалык ыкма менен тиштерди дарылоодо бир топ ийгиликтерге жетишти. Бирок, бул стоматологиялык клиникалык практикада өтүшүп кеткен кариести дарылоодо, алардын саны азыркы учурда кыскарып кетти деп айткандан алыспыз. Статьяда аталган латералдык конденсация ыкмасы жана үч өлчөмдөгү obturatorлор (катуу жана жумшак таңдайлардын жырыгын жабуу үчүн жасалуучу атайын протез) термoplastифицицияланган гуттаперча тиштердин тамырынын каналдары кыттын (пломба) классикалык ыкмасын пайдалануу менен аларга салыштырма мүнөздө берилди.

***Негизги сөздөр:** эндодонтикалык тиштерди дарылоо, латералдык конденсация ыкмасы, термoplastифицияланган гуттаперча тиштердин тамырынын каналдары, кыт.*

Актуальность. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в последние годы в эндодонтии лечение корневых каналов продолжает оставаться одной из актуальных, трудных и окончательно нерешенных проблем современной стоматологии. Это связано, во-первых, со значительной степенью распространенности заболеваний эндодонта, во-вторых, с высокой частотой тяжелых местных и общих осложнений [1].

Основными ошибками, возникающими в ходе эндодонтического лечения, являются:

1. Перфорации зуба
2. Отлом эндодонтического инструмента или штифта в корневом канале
3. Некачественное прохождение и расширение корневого канала
4. Неадекватная антисептическая обработка корневого канала
5. Некачественное пломбирование (obturation) корневого канала.

Гарантией эффективности эндодонтического лечения являются три составляющие: очистка, стерилизация и obturation системы корневых каналов. И на каждом этапе эндодонтического лечения встречается значительное число ошибок и, как следствие, развитие осложнений. Так, по данным рентгенологического исследования [2] установлено, что только в 13,4% случаев корневые каналы были запломбированы удовлетворительно. Даже при условии качественной obturation в 5-8% случаев наблюдается воспаление в периодонте [3].

“Золотым стандартом” в пломбировании корневых каналов в последнее время является методика латеральной конденсации, как наиболее доступного и отработанного метода корневой obturation [4].

Корейской ассоциацией стоматологов кафедре терапевтической стоматологии КГМА были подарены аппараты «SuperEndoAlpha 2 & SuperEndoBeta», которые позволяют осуществить технику комбинированного пломбирования корневых каналов, являющейся наиболее перспективной и прогрессивной в современной стоматологии. Аналогов в г. Бишкек не существует.

Цель исследования. В этой связи целью нашей практической работы явилось ознакомление и внедрение в практику комбинированной техники трехмерного пломбирования корневых каналов термoplastифицированной гуттаперчей с помощью аппаратов «SuperEndoAlpha 2 & SuperEndoBeta».

Материалы и методы исследования. На базе кафедры терапевтической стоматологии, на студенческом приеме по поводу заболеваний эндодонта (пульпит, периодонтит) проходили лечение 9 человек. Возраст их варьировал от 18 до 36 лет.

Основную группу составили 4 человека, obturation каналов которых осуществлялась комбинированной техникой - аппаратами «SuperEndoAlpha 2 & Beta».

Большая часть пациентов были исследованы в группе плацебо, потому что, опираясь на наш опыт, участники в данной группе более вероятно покинут исследование. Однако, в данном исследовании был только один пациент, который не смог завершить исследование в группе СНХ-НА. Критерием отбора были люди возрастом от 25 до 50 лет с минимум 22 зубами. Критерием для исключения служили неблагоприятная реакция на хлоргексидин, лечение антибиотиками, диабет, беременность, период лактации или привычка чистить зубы 4 раза в день. Пациенты были проинформированы о природе данного исследования и дали свое согласие на него. Принимались во внимание медицинские истории (истории болезней), включая текущие и прошлые заболевания и состояние здоровья, текущее лечение и истории стоматологических заболеваний, включая частоту чистки зубов. Данное исследование было основано на двойном слепом методе с 3 параллельными группами, используя 3 различных раствора от одной фирмы: 0,12% хлоргексидин диглюконат, 0,05% фторид натрия и 11% этанол (1 группа СНХ-А); тот же состав: хлоргексидин только без этанола (2 группа СНХ-НА); и плацебо (3 группа, Р). СНХ-НА – это прозрачная жидкость с рН 6,1 до 7,0 и плотностью 1,029 до 1,050.

Были измерены исходные показатели индексов зубного налета и кровоточивости десневых сосочков, и пациентов распределили на 3 группы равномерно по возрасту и полу; не было различий между изначальными средними значениями клинических индексов (таблица 1).

Таблица 1- Распределение пациентов.

Группа	Ополаскиватель	Кол-во	%	Муж.	Жен.	Возраст
1	СНХ-А	30	31,3	12	18	25-54
2	СНХ-НА	27	28,1	10	17	29-55
3	Плацебо	39	40,6	14	25	24-64

Пациентов проинструктировали полоскать полость рта в течение 30 секунд 10-тью мл. неразбавленного ополаскивателя один раз в день на протяжении 27 дней и воздерживаться от приема пищи и питья в течение 1 часа после полоскания. Им также было сказано чистить зубы 3 раза в день зубной пастой на их выбор по крайней мере за 30 минут до применения ополаскивателя, чтобы избежать возможного фармакологического взаимодействия [22,23,24]. В период проведения исследования пациентам запрещалось использование какого-либо другого продукта гигиены полости рта. Индексы зубного налета и кровоточивости десневых сосочков были зафиксированы на 14 и 28 дни, экзаменаторы и пациенты не знали какой ополаскиватель использовался.

Статистический анализ. Для индекса зубного налета (нормальное распределение: $Z=1.26$; $P=0.082$) был использован дисперсионный анализ на основе тестов Шеффе и Геймс-Хоуэлл для независимых переменных и тест Стьюдент t зависимых переменных. Поскольку тест Колмогорова-Смирнова не подходит для

нормального распределения ($Z=1.38$; $P=0.082$) для индекса кровоточивости десневых сосочков, были проведены тесты Крускал-Воллис, Манн-Витни для 2 независимых образцов, и дисперсионный анализ Фридмана для К-независимых образцов. Перекрестное табулирование и χ^2 -тест независимости были использованы для измерения отношения между индикаторными переменными. Все тесты проводились, используя специальную статистическую программу. $p<0,05$ считается статистически значимым пока не доказано обратное.

Результаты. Средние величины индексов зубного налета и кровоточивости десневых сосочков были уменьшены во всех группах; однако, с точки зрения статистики наблюдаются значительные различия.

Индекс зубного налета (таблица 2 и рисунок 1). Разница в индексе зубного налета после 14 дней в группе СНХ (1 и 2) по сравнению с плацебо был 0,5728 и 0,6639 ($P=0,001$), предьявляя более высокий уровень сокращения зубного налета в ополаскивателях с хлоргексидином. Однако, разница (0,0911) между группами СНХ (1 и 3) была незначительной. На 28 день разница между СНХ группами и плацебо стала существенной ($P=0,011$ и $P=0,001$), в то время как не было различий между 2 растворами с хлоргексидином. В группах 1 (СНХ-А) и 2 (СНХ-НА) разница между исходными данными и показателями 28 дня были существенными ($P=0,021$; $P=0,0001$ соответственно), в то время как в группе плацебо (3) не наблюдались различия с течением времени.

Таблица 2 - Изменения в индексе зубного налета (среднее значение \pm SD).

Индекс налета	СНХ-А	Знач-е Р*	СНХ-НА	Знач-е Р**	Плацебо	Знач-е Р***
Исход. данные	1,1487 \pm 1,038	NS	1,5356 \pm 0,879	NS	1,2815 \pm 0,869	NS
2 нед.	0,8061 \pm 0,733	0.014	0,7150 \pm 0,429	NS	1,3789 \pm 0,904	0.001
4 нед.	0,7398 \pm 0,657	0.011	0,5956 \pm 0,425	NS	1,2767 \pm 0,846	0.001

*Между плацебо и СНХ-А,

** Между СНХсо спиртом и без спирта,

*** Между плацебо и СНХ-НА, NS=незначительно.

Индекс кровоточивости десневых сосочков (таблица 3 и рисунок 1). Данный индекс сократился в обеих группах СНХ в то время как пациенты группы плацебо показали небольшое снижение. На 14 день значения между группами СНХ (1 и 2) была несущественной ($P=0,0838$), в то время как различие между двумя группами СНХи плацебо было на уровне $P<0,0001$ (СНХ-А) и $P=0,0115$ (СНХ-НА).

На 28 день разница показателей данного индекса между СНХ-Аи плацебо было на уровне $P=0,0001$ и между СНХ-НАи плацебо на уровне $P<0,0001$ и не показала различий в группах СНХ ($P=0,9954$). В группе 1 индекс стабилизировался после того как продемонстрировал значительное снижение на 14 день (значительное различие; $P=0,0139$). В группе 2 индекс продолжал снижаться в течение всего времени исследования, достигнув значения $P=0,0019$.

Таблица 3 - Изменения в индексе кровоточивости десневых сосочков (среднее значение ±SD).

Индекс налета	CHX-A	Знач-е P*	CHX-NA	Знач-е P**	Плацебо	Знач-е P***
Исход. данные	0,7204 ±0,905	NS	0,7770 ±0,686	NS	0,7919 ±0,529	NS
2 нед.	0,3119 ±0,286	<0.0001	0,5144 ±0,521	NS	0,7290 ±0,417	0,0115
4 нед.	0,3098 ±0,309	0,011	0,2730 ±0,210	NS	0,6630 ±0,364	<0.0001

*Между плацебо и CHX-A,
 ** Между CHX-Aи CHX-NA,
 *** Между плацебо и CHX-NA, NS=незначительно.

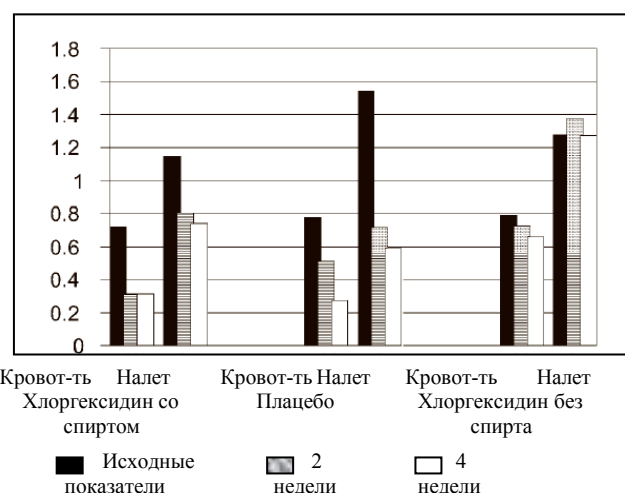


Рис.1. Показатели налета и кровоточивости.

Побочные эффекты (таблица 4). Все пациенты, использующие ополаскиватели с хлоргексидином, продемонстрировали некоторую степень окрашивания зубов, которое не было замечено в группе плацебо. Наиболее часто замеченные реакции были афты, чувство жжения и вспенивание. За исключением окрашивания зубов, не было взаимосвязи между побочными эффектами и ополаскивателями.

Обсуждение. Несколько исследований показывают, что хлоргексидин обладает свойствами, препятствующими образованию зубного налета. Однако, он имеет нежелательные побочные эффекты, в основном окрашивание и вкусовые изменения, которые ограничивают его длительное применение [1,2,6]. Надо заметить, что ни один из пациентов группы CHX не испытывал вкусовые изменения как проблему.

В данном исследовании, мы постарались определить сохраняет ли хлоргексидин свои свойства со спиртом, путем сравнения 2 ополаскивателей с хлоргексидином, содержащих спирт и не содержащих спирт, и плацебо на пациентах с похожими исходными показателями индексов кровоточивости десневых сосочков и зубного налета.

Наши результаты показывают, что ополаскиватели с хлоргексидином, содержащие и

не содержащие спирт, снижают уровень налета на зубах, что очень схоже с другими исследованиями [5,7,10,11,21].

Также мы должны отметить в нашем исследовании, в отличие от исследования Элдридж и других, когда гигиена полости рта была прекращена, наши пациенты продолжали чистить зубы их обычным способом. Это важно, потому что было предложено, что эффективность ополаскивателей с хлоргексидином может изменяться в зависимости от того, использовались они или нет совместно с зубной пастой.

Мы ожидали, что произойдет сокращение индексов зубного налета и кровоточивости во всех 3 группах, благодаря мотивации пациентов поддерживать хорошую гигиену полости рта. Поскольку наши пациенты были подобраны по возрасту и полу, вероятнее всего эффект от чистки зубов был аналогичным; однако, контрольное испытание случайным методом необходимо для исключения различий в гигиене полости рта, чтобы объяснить полученные данные.

Таблица 4 - Пациенты с неблагоприятными реакциями

Реакция	CHX-A	CHX-NA	Плацебо
Окрашивание	30	27	0
Афты	0	3	9
Чувство жжения	4	0	3
Вспенивание	0	6	0
Сухость во рту	0	0	3
Неприятный вкус	0	3	0
Изменения вкуса	2	0	0

Мы не заметили разницы в клинических индексах в группе 1 (CHX-A) между 14 днем и 28, когда теоретически должно было быть меньше мотивации поддерживать гигиену полости рта поскольку первоначальный энтузиазм в участии в клиническом испытании ослабевает и эффект ополаскивателя становится очевидным. Однако, мы заметили непрерывные изменения в группе CHX-NA. Это может быть объяснено тем, что ополаскиватели со спиртом сами по себе и вместе с антисептическим компонентом дают более быстрый эффект на индекс зубного налета и кровоточивости десен нежели бесспиртовые ополаскиватели. Однако, мы должны помнить, что хотя не было статистически значимых различий в исходных показателях уровня налета, у пациентов из группы CHX-NA все же он был немного выше, что могло благоприятствовать непрерывному его сокращению.

Кровоточивость десен уменьшилось у всех пациентов, кто использовал ополаскиватель с хлоргексидином, в то время как он практически остался неизменным у группы плацебо. Эти данные сопоставляются с предыдущими исследованиями [7,16]. Также как Элдридж и другие, мы не наблюдали разницу в эффекте ополаскивателей, содержащих спирт и без спирта, в снижении воспаления десен.

Проблема с окрашиванием зубов от хлоргексидина была опубликована в различных исследованиях [3,5,9,10,11] и все наши пациенты использующие ополаскиватели с хлоргексидином отметили побочный эффект на своих зубах или языке. Несмотря на изменение цвета, не было различий по другим побочным эффектам в 3 группах.

Выводы. Данные этого исследования, полученные от пациентов с заболеваниями десен и пародонта в начале подтверждают предыдущие исследования и указывают, что использование ополаскивателей с хлоргексидином эффективно для борьбы с налетом и в уменьшении кровоточивости десен.

Учитывая ограничения данного исследования, мы показали, что ополаскиватели с хлоргексидином без спирта настолько же эффективны как ополаскиватели со спиртом для борьбы с микробным налетом на зубах и уменьшении кровоточивости десен. По этой причине они должны быть рекомендованы пациентам, которым спиртосодержащие препараты противопоказаны, а также пациентам заболеваниями полости рта, при которых спирт может причинить боль.

Литература

- Steffensen B, Sottosanti J.S. Лечение гингивита, связанного с зубным налетом. In: Wilson TG Jr., Komman KS. // Основы пародонтологии. Chicago: Quintessence Publishing, 1996.- С. 342-343.
- Bascones A, Manso F.J. Хлоргексидин в стоматологии: Актуальные концепции и обзор библиографии (на испанском) // Avances Odontostomatol, 1994.- № 10.- С.685-708.
- Anderson G.B, Bowden J., Morrison E.C., Caffesse R.G. Клинический эффект ополаскивателей с хлоргексидином на пациентах, подвергающиеся ортодонтическому лечению // OrthodDentofacOrthop, 1997.- 111.- С. 606-612.
- Renton-Harper P., Addy M., Moran J., Doherty F.M., Newcombe R.G. Сравнение ополаскивателей с хлоргексидином, цетилпиридиним хлоридом, триклозаном и С31G на подавление роста зубного налета // J. Periodontol, 1996.- 67.- С.486-489.
- Eldridge K.R., Finnie S.F., Stephens J.A., Mauad A.M., Munoz S.A., Ketterin J.D. Эффективность ополаскивателей с хлоргексидином, не содержащих спирт, в качестве антимикробного агента // J. Prosthet Dent, 1998.- 80.- С.685-690.
- Albandar J., Gjermo P., Preus H. Использование хлоргексидина после двух десятилетий его продажи без рецепта // J. Periodontol, 1994.-65.- С. 109-112.
- Eaton K., Rimini F.M., Zak E. Эффект ополаскивателя с 0,12% хлоргексидина диглюконата в отличии от плацебо на зубной налет и воспаление десен в течение 3-месячного периода. Многоцелевое исследование, проводимое в общих стоматологических практиках // J. Clin. Periodontol, 1997.- 24.- С.189-197.
- Elworthy A., Greenman J., Doherty F.M., Newcombe R.G., Addy M. // Субстантивность ряда продуктов гигиены полости рта, определенное продолжительностью воздействия на бактерии слюны // J. Periodontol 1996.- 67.- С.572-576.
- Lang H.P., Hase J.C., Grassi M. Образование зубного налета и гингивита после применения ополаскивателя с 0,2% делмопинола гидрохлорида, 0,2% хлоргексидин диглюконата и плацеба в течение 6 месяцев // Oral Dis, 1998.- № 4. – С.105-113.
- Ernst C.P., Prockl K., Willerhausen B. эффективность и побочные эффекты ополаскивателей с 0,1% и 0,2% хлоргексидина: клиническое исследование // Quintessence Int., 1998.- № 29.- С.443-448.
- Corbet E.F., Tam J.O., Zee K.Y. Терапевтические эффекты контролируемого ополаскивателя с хлоргексидином на нелеченный гингивит // Oral Dis, 1997.- № 3.- С.9-18.
- Bolanowski S.J., Gescheider G.A., Sutton S.V. Взаимосвязь между болью в полости рта и концентрацией этанола в ополаскивателях // J. Periodont Res, 1995.- 30.- С.192-197.
- Winn D.M., Blot W.J., McLaughlin J.K. Использование ополаскивателя и условия полости рта в развитии риска рака полости рта и фарингеального рака // Cancer Res, 1991.- 51.- 3044-3047.
- Shapiro S., Castellana J.V., Sprafka J.M. Ополаскиватели, содержащие спирт, и орофарингеальный рак: Ложная связь в связи с недовыяснением фактов основателей // Am J. Epidemiol, 1996.-144.- С. 1091-1095.
- Day G.N., Blot W.J., Austin D.F. Расовые различия в риске орофарингеального рака: алкоголь, табак и другие определяющие факторы // J. Natl Canc Inst, 1993.- 85.- С.465-473.
- Overholser C.D., Meiller T.F., DePaola L.G., Minah G.E., Niehaus C. Сравнительные эффекты двух химиотерапевтических ополаскивателей на развитие наддесневого зубного налета и гингивита // J. ClinPeriodontol, 1990.- № 17.- С.575-579.
- Cacchillo D., Barker G.J., Barker B.F. Поздний эффект от лучевой терапии головы и шеи и соблюдение пациентом стоматологом рекомендуемых стоматологических процедур // Spec Care Dent, 1993.-№ 13.- С.159-162.
- Blanco-Carrion A., Rodriguez-Nunez I., Gandara-Rey J.M., Lopez-Lopez J. Новая формула ополаскивателя для болезненных поврежденных слизистой полости рта (на испанском) // Rev EurOdontolEstomatol, 1996.- № 3.- С.169-172.
- Penugonda B., Settembrini L., Scherer W., Hittelman E. Ополаскиватели с содержанием спирта: воздействие на твердость композитных материалов // J. Dent Res, 1994.- № 5.- С.60-62.
- McKinney J.E., Wu W. Химическое размягчение и изнашиваемость композитных материалов // J. Dent Res, 1985. – 64. – С.1329-1331.
- Luc J., Mroz C., Roques C., Ducani-Federlin M. Дезинфицирующее действие ополаскивателей, содержащих 0,10%, 0,12% и 0,20% хлоргексидин диглюконата // Bull Group Int Rech Sci Stomatol Odontol, 1998. – 40.- С.102-108.
- Американская академия пародонтологии. Химические агенты в борьбе с зубным налетом и гингивитом (докладная записка). Chicago: Американская академия пародонтологии www.perio.org, продукты и ресурсы.
- Barkvoll P. Взаимодействие между хлоргексидин диглюконат и содиум лаурилсульфат *in vitro* // J. ClinPeriodontol, 1989.-16.- С. 593-595.
- Owens J., Addy M., Faulkner J., Lockwood C., Adair R. Краткосрочное клиническое исследование по изучению свойств ополаскивателя по подавлению роста зубного налета, когда ополаскиватель используется в качестве вспомогательного средства к зубной пасте: применимо к хлоргексидину // J. Clin Periodontol, 1997.- 24.- С.732-737.
- Silness J., Loe H. Заболевания пародонта в период беременности. II. Взаимосвязь между гигиеной полости рта и условиями пародонта. Acta Odontol Scand, 1964. - № 22. – С.121-135.
- Muhlemann H.R. Психологические и химические посредники здоровья десен // J. Prev Dent, 1977. - № 4.- С. 6-17.

EFFICACY OF CHLORHEXIDINE MOUTHRINSES WITH AND WITHOUT ALCOHOL: A CLINICAL STUDY

Paul L., Leyes J.L., Borrajo L., Garcia Varela, Lopez Castro G., Rodriguez-Ninez I., Garcia Figueroa M., Gallas Torreira M.

*Department of medicine and stomatology
University of Santjgo de Compostella, Spain.*

Plaque control is the main method for preventing periodontal diseases. Chlorhexidine digluconate mouthrinse is widely recognized as helping to maintain plaque control. Most of these mouthrinses contain alcohol, making them impractical for many patients, including those with oral mucosal hypersensitivity. Mouthrinses without alcohol might cause fewer side effects, but also be less efficient. In this study, we evaluated the efficacy of a 0,12% chlorhexidine mouthrinse without alcohol against one with 11% ethanol and a placebo.

Key words: mouthrinses, chlorhexidine, CHX, therapy using, plaque, prevent and control, gingivitis, ethanol, alcohol, metabolism.

УДК 616.314-74:615.28.451.34

**ОПОЛАСКИВАТЕЛИ, СОДЕРЖАЩИЕ
СПИРТ: ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ПРОЧНОСТЬ
КОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ**

*Paul L., B. Penugoda, L. Settembrini, W. Scherer,
E. Hittelman, H. Strassler*

**Университетский колледж стоматологии,
г. Нью Йорк, Университет Мэриленд, Балтимор,
США.**

Данное исследование изучает воздействие спирта в ополаскивателях на твердость композитных материалов. Были собраны восемьдесят полимерных композитных дисков и разделены на 8 равных групп: Listerine, Scope, Viadent, Plax, Lavoris, Clear Choice и освежающий ополаскиватель для полости рта Rembrandt, вода в качестве контроля. Все диски были погружены согласно группе в соответствующие жидкости на 2 минуты в день в течение 6 месяцев. Прочность дисков была измерена 6 раз в центральной части и на внешней границе диска, используя твердомер Баркола. Исходные показатели были взяты для каждого диска и сравнены с тестовыми показателями по окончании 6 месяцев. Результаты исследования показывают, что содержание спирта в ополаскивателях может влиять на твердость композитных материалов. Этот смягчающий эффект может иметь прямое отношение к процентному содержанию спирта в ополаскивателях.

Ключевые слова: *ополаскиватели, хлоргексидин, спирт, прочность композитных материалов.*

**КУРАМЫНДА СПИРТИ БАР
ЧАЙКАГЫЧТАРДЫН КОМПОЗИТТИК
МАТЕРИАЛДАРДЫН БЫШЫКТЫГЫНА
ТААСИРИ**

**Стоматологиянын университеттик колледжи,
Нью Йорк ш., Мэриленд университети,
Балтимор, АКШ.**

Аталган макалада: чайкагычтардын курамындагы спирттин композиттик материалдардын катуулугуна тийгизген таасирин иликтенген. Жалпы 80 полимердик композиттик диск чогултулган жана 8 бирдей топко бөлүштүрүлгөн: Listerine, Scope, Viadent, Plax, Lavoris, Clear Choice жана Rembrandt ооз көңдөйүн сергитүүчү чайкагычтар. Бардык дисктер тобуна жараша 6 ай аралыгында күнүнө 2 мүнөттөн ылайыктуу суусундукка чыланым турган. Баркол бышыктыкты текшерүүчү каражаты аркылуу дисктердин борбордук бөлүгүнүн жана анын сырткы чегинин бышыктыгы 6 жолу текшерилген. Ар бир дисктен алынган баытапкы көрсөткүчтөр 6 айдан кийин тестирилөөнүн жыйынтыгы менен салыштырылды. Изилдөөнүн жыйынтыгы

көрсөткөндөй, курамында спирти бар чайкагычтар композиттик материалдардын бышыктыгына таасир тийгизе алат. Бул жумиартуучу натыйжага чайкагычтардын курамындагы спирттин түздөн-түз катышы болушу мүмкүн.

Негизги сөздөр: *чайкагычтар, композиттик материалдар, спирт.*

Актуальность. В последние годы ополаскиватели для полости рта играют все возрастающую роль в уходе за полостью рта для многих людей, о чем свидетельствуют продажи ополаскивателей по рецептам и без в размере 780 млн. долларов в США в 1991 году. В результате данных продаж ополаскиватели занимают справедливую долю рынка товаров для полости рта для использования в домашних условиях [1]. В общем, данные продукты предназначены для помощи пациентам в улучшении и поддержании здоровья и гигиены полости рта [2].

Большинство ополаскивателей, отпускающихся без рецепта, содержат химикаты, такие как спирт, которые могут быть использованы как антисептики и средства для растворения других ингредиентов. Процент содержания спирта в таких продуктах часто очень высок и это может потенциально влиять на проблемы с полостью рта [1]. Несколько исследователей показали, что такие растворители как этанол (ингредиент, содержащийся во многих спиртовых ополаскивателях), могут способствовать размягчению поверхности и увеличению изнашиваемости связующих для зубопротезных материалов и композитных материалов [3,4,5,6]. Кроме того, было продемонстрировано, что подобное размягчение, связанное со спиртом, может провоцировать стирание связующих матриц для зубопротезных материалов и оставлять незащищенными частицы композитных материалов. Эта форма обнажения материалов на зубах может сделать данные реставрации более чувствительными к окрашиванию поверхности и привести к потере приграничной целостности [7,8]. Данная проблема увеличила вовлеченность исследователей, если учесть увеличение использования эстетических окрашивающих зубных материалов для склеивания. Надо отметить, что в течение 1980-х годов использование композитных материалов для единичной реставрации зуба превосходило серебряную смесь для зубов как наиболее часто используемый реставрационный материал [9]. Кроме того, продажи композитных материалов производителям и дилерам в 1992-1995 гг. составили более 64 млн. долларов [10]. Таким образом, даже хотя материалы нового поколения значительно превосходят предыдущие эстетические системы, они все же могут подвергаться поверхностным изменениям, благодаря средствам, содержащимся в обычных ополаскивателях или в потребляемых алкогольных напитках [8,11].

Данный вопрос был поднят в стоматологических кругах относительно факта, что использование средств, содержащих спирт, могут повлечь серьезные изменения в мягких тканях

[12,13,14,15]. К тому же, некоторое количество отчетов указывают на то, что спиртосодержащие продукты могут фактически быть губительными, если проглочены маленькими детьми и химически-зависимыми людьми. Следовательно, поскольку использование ополаскивателей продолжает расти, должны быть представлены исследования для того, чтобы определить какие продукты и ингредиенты могут быть полезны для конкретных нужд.

Цель данного исследования заключалась в оценке воздействия спиртосодержащих ополаскивателей и ополаскивателей без спирта на твердость поверхности композитных материалов.

Материалы и методы. Восемьдесят композитных дисков были изготовлены путем впрыскивания композитного материала в подготовленную резиновую круглую матрицу, 20 мм в диаметре и 1 мм толщины. Композитный материал, используемый в данном исследовании, был полимерный материал APH (LDCaulk Co.) после помещения полимерного материала в матрицу, матрица была накрыта тонкой стеклянной пластинкой и помещена под давление, чтобы обеспечить гладкую поверхность. После материал был подвержен свету путем вулканизации света через стеклянную пластинку в течение одной минуты на каждой стороне. Процесс повторялся незамедлительно после удаления стеклянной пластинки; каждый диск держали при температуре 370С в течение 24 часов перед проведением испытания. По окончании 24 часов 80 дисков были в случайном порядке разделены на 8 равных групп (таблица 1) для последующего испытания. Каждая группа тестировалась различным коммерческим ополаскивателем.

Таблица 1

Группа	Торговая марка /Производитель	Содержание спирта (%)
1	Listerine ®(Warner-Lambert, Morris Plains, NJ)	26.9
2	Scope® (Procter and Gamble, Cincinnati, OH)	18.9
3	Viadent® (Colgate Oral Pharmaceuticals, Canton, MA)	10.0
4	Plax® (Pfizer, Inc. New York, NY)	7.5
5	Lavoris® (DEP Corporation, Rancho Dominguez, CA)	7.0
6	Clear Choice® (Bausch and Lomb, Rochester, NY)	0.0
7	Rembrandt® Mouth Refreshing Rinse (DenMat, Santa Maria, CA)	0.0
8	Water (Control)	

До проведения испытания, твердость каждого диска были измерена 6 раз в случайном порядке по центру диска и на периферии стандартным измерителем твердости (BARCOL), который был проверен на калибровочном диске до проведения какого-либо испытания. Нагрузку твердомера

подавали в течение 15-20 секунд, после чего были зафиксированы показатели.

Каждая группа дисков была помещена в контейнер с соответствующим ополаскивателем, который помещается в вибратор и подвергается вибрации в течение 2 минут в день для имитирования процесса полоскания два раза в день в течение 6 месяцев. По окончании каждого тестового сеанса образцы были вымыты водой, высушены хлопчатобумажной салфеткой и помещены в воздухонепроницаемый контейнер до следующего тестового сеанса. По истечении 6 месяцев, показатели твердости были снова определены на центральной и периферийной части каждого диска. В процессе исследования были использованы: односторонний дисперсионный анализ (ANOVA), процедура Шеффе для обозначения пар групп значительно различающихся на уровень $p < 0,05$, и корреляции Пирсона с целью выявления, производит ли спирт изменения дисков.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показывают, что твердость поверхности композитных дисков уменьшилась в связи с увеличением концентрации содержания спирта в ополаскивателе (Таблица 2). Односторонний дисперсионный анализ показывает, что тестовые группы значительно различаются между собой ($p < 0,01$). Процедура Шеффе показывает, что показатели Listerinei Score значительно отличаются от воды ($p < 0,05$) при измерении твердости на центральной части диска. При измерении периферийной части диска, различия были обнаружены между ополаскивателями Listerinei Score по сравнению с Rembrandti водой ($p < 0,05$). При выявлении соотношения содержания спирта и твердости поверхности в центральной части диска показатель корреляции Пирсона составил $r = 0,54$ ($p < 0,01$), который соответствует 29% дисперсии. При выявлении соотношения содержания спирта и твердости поверхности на периферийной части диска показатель корреляции Пирсона составил $r = 0,59$ ($p < 0,01$) который соответствует 34% дисперсии.

Таблица 2

	Результаты теста на твердость			
	Центр До проведения теста	Центр Тест	Периферия До проведения теста	Периферия Тест
Listerine	67.1 (1.5)	62.0 (2.4)	66.3 (0.9)	60.7 (2.1)
Scope	67.1 (1.5)	62.0 (2.4)	66.3 (0.9)	60.7 (2.1)
Viadent	67.0 (1.2)	64.1 (1.9)	66.4 (1.1)	62.6 (1.5)
Plax	67.0 (1.2)	64.0 (1.7)	66.4 (1.5)	63.3 (1.6)
Lavoris	67.3 (1.4)	64.8 (1.4)	66.9 (1.1)	64.0 (2.5)
Clear Choice	67.2 (0.9)	65.8 (1.4)	66.6 (1.1)	64.9 (1.4)
Rembrandt	67.4 (1.3)	66.1 (1.4)	67.0 (1.5)	65.8 (1.3)
Water	67.7 (0.8)	67.0 (0.7)	67.0 (0.7)	66.4 (0.8)

Результаты теста Барколя на твердость и (стандартные отклонения) представлены для различных ополаскивателей.

Несколько исследователей продемонстрировали, что возможно размягчение или пластифицирование (пластичность) BIS-GMAсополимера путем выделения маленьких молекул, которые обладают качествами растворимости схожими с качествами зубных полимеров. В данных случаях, часть полимера, особенно группа гидроксил, могут вступать во взаимодействие с химикатами, такими как спирт, и приводить к ослаблению или размягчению поверхности композитов [3,5,6]. Таким образом, сополимер BIS-GMможет стать восприимчивым к химическому размягчению во время взаимодействия с веществами, представленными в среде ротовой полости [3,5].

Результаты исследования показывают, что когда композитный материал BIS-GM был подвержен действию различных ополаскивателей в течение 2 минут ежедневно с целью имитирования режима полоскания в течение 6 месяцев, он претерпел усиленное размягчение в результате контакта с ополаскивателем. Более того, степень деградации или размягчения связана с концентрацией спирта в ополаскивателе. Связь между содержанием спирта и твердостью материалов подтверждает гипотезу, что содержание спирта в нескольких ополаскивателях способствует усиленному размягчению материалов.

Теоретически можно сказать, что более высокий эффект размягчения на периферийной части дисков по сравнению с центральной частью, является индикатором того, что действие ополаскивателя происходит изнутри на более уязвимые поверхности диска. Этот эффект был особенно замечен при сравнении двух продуктов с высоким содержанием спирта и ополаскивателя без содержания спирта и воды (Рисунок 1).

Композитные диски были изготовлены из высококачественных полимерных материалов, которые имеют наполнение из бариевого стекла /SiO₂ со средним размером частицы в 1 мкм. Даже несмотря на то, что композитный материал изготовлен из модифицированного уретана BIS-GMAсо снижением в уровне одноsegmentного растворителя TEGDMA для снижения поглощения воды, результаты данного исследования показывают, что этот тип материалов также размягчается под воздействием химических элементов [17].

В заключение, данное исследование в течение 6 месяцев изучило изменения твердости поверхности композитных материалов, вызванные ополаскивателями. Результаты доказывают, что поверхность материалов может подвергаться риску размягчения после продолжительного использования продуктов, содержащих спирт. Продолжительное использование этих продуктов может привести к потере приграничной целостности и/или приграничному окрашиванию в дополнении к увеличенному уровню изнашиваемости. По данным результатам и другим исследованиям *in vitro*, дальнейшие клинические исследования могут быть проведены, чтобы оценить эффект ополаскивателей на композитные реставрационные материалы.

Вывод. Спирт, содержащийся в ополаскивателях может влиять на твердость композитных материалов и приводить к размягчению поверхности.

Литература

1. Otomo-C orgel / Over-the-counter and prescription mouthwashes. - An update for the 1990 s. Compeul Coin Eilnc Deri 13:1086-2095. - 1992.
2. Consumer Reports - A guide lo good denial care. 57:607-610. 1992.
3. Wu W. McKinney JR: Inducnce of ehchemicals on wear of dental composites// Dent Res 61:1180— 1183. 1982.

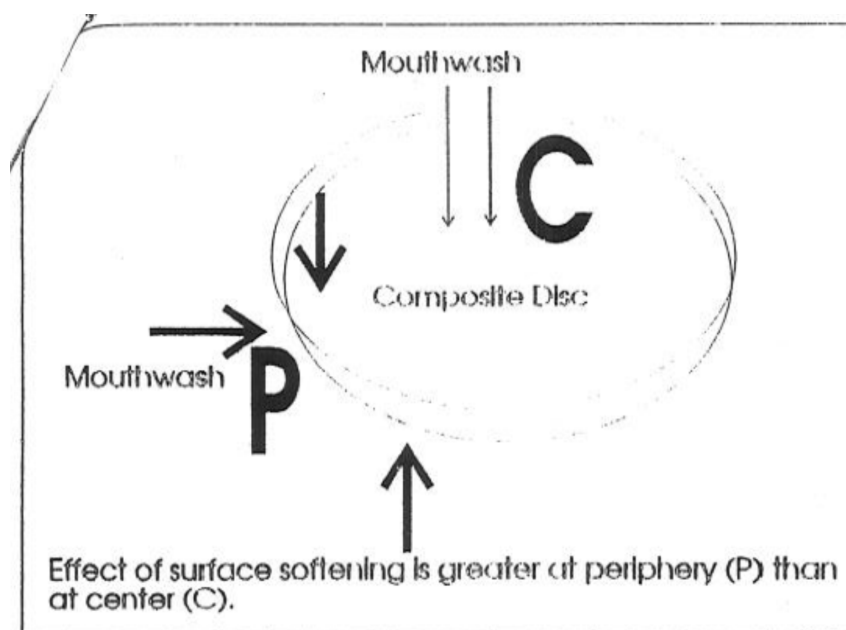


Рис. 1. Действие ополаскивателя на поверхность композитного материала

4. McKinney JR, Wu W: Relationship between subsurface damage and wear of dental restorative composites // Dent Res 61:1083-1088. 1982.
5. McKinney JE, Wu W: Chemical softening and wear of dental composites. J Dent Res 64:1326-1331. 1985.
6. Small PA: Some factors affecting the solubility of polymers / Appl Client 3:71-80. 1953.
7. Strassler III, Bauman (Current concepts in polishing composite resins. A Caulk Restorative Supplement April. 1993.
8. Barnes DM, Strassler M.R.: Veneers: A comparison of Ilirco techniques. Esthetic Dent Update 1:74-80, 1990.
9. Strassler H.R.: Insights and innovations // J. Esthet Dent 2:122-123, 1990.
10. Dental Research Associates: Market research compiled for manufacturers in the dental industry. Third Quarter, 1993.
11. McDaniel IS, Sarrett D.C. / Effects of alcoholic beverages on composite wear / Dent Res 73:abstract 1805, 1994
12. Winn D.M., et al: Mouth wash use and oral conditions in the risk of oral and pharyngeal cancer // Cancer Res 51:3044-3047. 1991.
13. Wynder A. Oral cancer and mouthwash use // J. Natl Cancer Inst 70:255-260, 1983.
14. Blot W.L., Winn D.M. Oral cancer and mouth wash / Natl Cancer Inst 70:251-253. 1983.
15. Weaver A. et al Mouthwash and oral cancer: Carcinogen versus coincidence // J. Oral Surg; 37:250-253, 1979.
16. Gocpferd S.I: Mouthwash - a potential source of acute alcohol poisoning in young children. Clin Prev Dent 5:14-16. 1983.
17. Jeffries SR, Smith RL, Leinfelder KF: The evolution of urethane-modified BIS-GMA composite materials with respect to physical properties and wear resistance Esthetic Dent Update 3:116-119

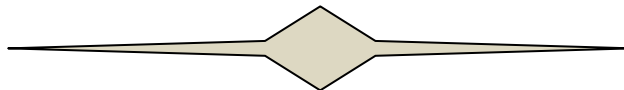
**THE MOUTHWASHES CONTAINING ALCOHOL:
THE EFFECT ON THE COMPOSITE MATERIAL
HARDNESS**

**Paul L., B. Penugoda, L. Settembrini, W. Scherer,
E. Hittelman, H. Strassler**

**University dentist college, New York, USA
Maryland University, Baltimore.**

This study evaluated the effects of alcohol-containing mouthwashes on the composite resin hardness. The flighty hybrid composite discs were fabricated and divided into the eight equal groups: Listerine, Scope, Viadent, Plax, Lavis, Clear Choice, and Rembrandt Mouth Refreshing Rinse, water acted as a control. All of the discs were immersed by group in their respective liquids for two minutes a day over a period of six months. Disc hardness was measured six times at the center and periphery using the Barcol's impressor. The baseline values were taken for each disc and compared to the test values at the end of six months. The results of the study indicate that the alcohol content in mouthwashes can affect composite hardness. This softening affect can be directly related to the percentage of alcohol in the mouthwash.

Key words: mouthwash, CHX, alcohol, composite resin hardness.



ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

УДК 616.314.17-008-003-053.5 (575.2)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ПОДРОСТКОВ ГОРОДА БИШКЕК

Амираев У.А., Усманджанов Р.Я.

Кыргызская государственная медицинская
академия им. И. К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызстан.

В стоматологии, как и в любой отрасли медицины, профилактическая работа стоит на первом месте. Чем раньше проводить профилактические мероприятия, тем легче предупредить возникновения функциональные и эстетические нарушения в различных органах и системах.

Ключевые слова: профилактическая работа, заболевания тканей пародонта, зубо-челюстная система.

БИШКЕК ШААРЫНЫН ӨСПҮРҮМДӨРҮНҮН ПАРОДОНТ ТКАНЫНЫН ООРУЛАРЫ БОЮНЧА АЛДЫН АЛА МААЛЫМАТТАР

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик
медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Медицинанын бардык тармактарындай эле стоматологияда алдын алуу иштери биринчи орунда турат. Алдын алуу иштерин канчалык эрте баштаса ар кайсы органдарда жана түзүмдөрдө болуучу кызматтык жана эстетикалык бузулууларды эртерээк токтотууга же оңдоого болот.

Негизги сөздөр: алдын алуу иштери, пародонт тканейынын оорулары, тиш-жаак түзүмү.

Введение. В нашей современной жизни произошёл огромный скачок во всех направлениях, за бортом и не осталась стоматология. Появляются все более усовершенствованные, безопасные и безболезненные методы как для обследования пациента, постановки диагноза, так и для постановки стратегии решения этих проблем.

Основой современной стоматологии является профилактика стоматологических заболеваний, которая направлена на предупреждение развития болезней и обеспечении здоровья с минимальным вмешательством и широкой реабилитацией.

У подростков, одной из часто встречающихся стоматологических патологий является заболевание пародонта. Зачастую они даже сами не обращают внимания на данную проблему, так как это заболевание на ранних стадиях в большинстве

случаях протекает незаметно для самого больного. Это может привести к необратимым последствиям, таким как: выпадение зубов, разрушение ткани, необратимые деструкции костей, вплоть до доброкачественных или злокачественных новообразований. К сожалению, дети и подростки со сформированными дефектами и деформациями челюстей не получают соответствующего лечения, что усугубляет формирование этой патологии.

Нас больше интересовали подростки в возрасте 15-16 лет, так как в этом возрасте зубочелюстная система заканчивает свое формирование, и тем самым возможностей для проведения более эффективных методов профилактики становится больше, таким образом, эффективнее позволяет улучшать их стоматологический статус.

Цель работы заключается в проведение анализа стоматологической заболеваемости у подростков города Бишкек для планирования программы профилактики и оценки эффективности проведенного лечения.

Материалы и методы исследования. В настоящее время в странах СНГ в том числе и Кыргызской Республике, наиболее часто используется классификация болезней пародонта, утвержденная постановлением Пленума Всесоюзного общества стоматологов в ноябре 1983 года в городе Ереван [2,3]. В данной работе нами была использована именно эта классификация.

Классификация болезней пародонта (Ереван, 1983)

1. Гингивит – воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающие без нарушения целостности зубодесневого прикрепления.

Формы: катаральная, гипертрофическая, язвенная.

Течение: острое, хроническое, обострившееся, ремиссия.

Распространенность процесса: локализованный, генерализованный.

2. Пародонтит – воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией периодонта и кости.

Течение: острое, хроническое, обострившееся (в том числе абсцедирующее), ремиссия.

Тяжесть процесса: легкий, средней тяжести, тяжелый.

Распространенность процесса: локализованный, генерализованный.

3. Пародонтоз – дистрофическое поражение пародонта.

Течение: хроническое, ремиссия.

Тяжесть процесса: легкий, средней тяжести, тяжелый.

Распространенность процесса: локализованный, генерализованный.

4. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом тканей.

5. Пародонтомы – опухоли и опухолеподобные процессы в пародонте [2,3].

Исследование проводилось в школах города Бишкек, мы в случайном порядке выбрали несколько школ из 4-х районов: Ленинского, Свердловского, Первомайского, Октябрьского, для определения состояния стоматологического статуса подростков. Всего нами были выбраны, из числа обследуемых, 502 учащихся, нас больше интересовали подростки 15-16ти лет, так как в этом возрасте зубочелюстная система заканчивает свое формирование, и тем самым возможностей для проведения более эффективных методов профилактики становится больше. Из них девочек было 228, мальчиков 274.

Нами были проведены осмотр, сбор анамнестических данных, пальпация, перкуссия, исследование папиллярно – маргинально – альвеолярного индекса (РМА), СРITN, КПУ. Данные обследования зарегистрированы в карте обследования ВОЗ 19. Проводим статистическую обработку материала.

Папиллярно – маргинально – альвеолярный индекс [Масслер М., Шур Д., 1948] позволяет судить о протяженности и тяжести гингивита, оценить состояние десны у каждого зуба. Индекс может быть выражен в абсолютных цифрах или в процентах [Парма С., 1960].

Папиллярно – маргинально – альвеолярный индекс мы проводили при помощи теста индикатора йодно - калиевого раствора. Ватной палочкой йодно – калиевый раствор наносился на поверхность слизистой десны как верхней челюсти так и нижней, таким образом, данным раствором производилась индикация десневого края и учитывая интенсивность полученной окраски велась оценка.

Оценка производилась по общепринятым нормам:

- воспаление сосочков – 1 балл,
 - воспаление края десны – 2 балла,
 - воспаление альвеолярной десны – 3 балла;
- по следующей формуле:

$$PMA = \frac{\text{сумма показателей в баллах}}{\text{Экцило зубов у обследуемого}} \times 100\%$$

Выбор на этот метод пал не случайно так, как при помощи данного метода нам удалось не совершая каких либо огромных затрат и времени, не используя специализированной аппаратуры и места, а так же доступность данного метода, позволяет объективно судить о стоматологическом состоянии полости рта, у каждого из обследуемого учащегося, то есть к каждому обследуемому наш подход был индивидуален [1,2,4].

Результаты и их обсуждения. Из указанной выше классификации нас интересовали такие формы поражения тканей как гингивит и пародонтит. Пародонтоз и другие формы поражения пародонта у подростков мы не встречали. По данным проведенного обследования нас заинтересовала заболеваемость пародонта, которое было выявлено у 82 учащихся. На момент

обследования, из числа обследуемых, данным методом, учащихся, а их составило 502 человека, было выявлено, что у 76 подростков в той или иной степени бала патология со стороны пародонта. Из анамнеза ими отмечались десневые кровотечения, но за помощью по данному поводу в специализированное учреждение они не обращались (табл. 1).

Таблица 1 - Частота патологий пародонта у обследуемых

Болезни пародонта	Мальчики	Девочки	Всего
Гингивит	47	25	72
Пародонтит	3	3	6
Пародонтоз	0	0	0
Идиопатические заболевания пародонта	0	0	0
Пародонтомы	0	0	0

Таблица 2 - Стоматологический статус обследуемых пациентов (n=?)

Возраст	СРITN M±m	Количество здоровых секстантов	ГИ M±m	КПУ M±m
15	1,19±0,09	1,15	1,56±0,12	5,7±0,36
16	1,05±0,11	1,61	1,46±0,12	5,5±0,44

Как видно из таблицы 2 индекс СРITN у 15 и 16 летних составляет 1,19±0,09 и 1,05±0,11 соответственно. Это говорит о том, что с подростками необходимо проводить гигиеническое обучение. Количество здоровых секстантов у 15 летних детей - 1,15, у 16 летних 1,61.

Гигиеническое состояние 15 - летних равно 1,56±0,12, у 16 - летних подростков - 1,46±0,12. По критериям ВОЗ такая ситуация означает, что гигиена полости рта у обследуемых расценивается как удовлетворительная. Но если учесть, что налет в основном собирается в придесневой области, то это может привести к возникновению заболеваний пародонта. Поэтому обследуемые нами подростки за частую отмечали в анамнезе кровоточивость десен.

Выводы. Нами был проведен анализ стоматологической заболеваемости у подростков города Бишкек для проведения оценки эффективности и планирования программы профилактической работы

Таким образом, в проведенной работе отчетливо видно, что своевременная помощь и проведение профилактической работы в подростковом возрасте необходимо. Каждый случай нуждается в индивидуальном подходе и должен быть произведен своевременно, что бы избежать необратимых последствий, как, казалось бы, от такой простой патологии.

Литература

1. Боровский Е. В., Барышева Ю. Д., Максимовский Ю. М. / Под ред. проф. Боровского Е. В. - М. - Медицина, 1988. – 560 с.
2. Куттубаева К.Б. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. – Бишкек, 2011. – 148с.
3. Безрукова И. В., Грудянов А.И. Агрессивные формы пародонтита / Москва, 2002. – 126с.
4. Дунызина Т. М., Калинина Н. М., Никифорова И.Д. Современные методы диагностики заболеваний пародонта / Методическое пособие для врачей и студентов стоматологических факультетов. – СПб, 2001. – 48с.

PRELIMINARY FINDINGS OF PARODONTITIS TISSUE DISEASES OF TEENAGERS IN THE CITY OF BISHKEK

Amirayev U.A. Usmandjanov R. Y.A.

**Kyrgyz state medical academy
named after I. K. Akhunbaev,
Bishkek c., the Kyrgyz Republic**

Prophylactic work is in the first place in stomatology, as in any field of medicine. The earlier we begin prophylactic measures, the easier we can prevent dive loping of functional and aesthetic disorders in different organs and systems.

Key words: prophylactic work, diseases of parodontitis tissue, maxilla facial system.



УДК 616.31-002-083-053.5

РОЛЬ ШКОЛЬНЫХ СТОМАТОЛОГОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБО-ЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Джолдошев Б.Т., Исмаилов А.А.

**Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

В этой статье описывается кризисное состояние школьной стоматологии в настоящее время и недостаточный охват детей профилактической санацией. В связи с ухудшением экономической, социальной, политической ситуации в нашей стране ухудшилось стоматологическая помощь школьникам. Были произведены исследования анкетирования среди школьных стоматологов, по полученным данным было выявлено, что состояние школьной стоматологической помощи не соответствует современным требованиям.

Ключевые слова. Школьная стоматология, профилактическая санация детей, условия труда, заработная плата, кариес.

МЕКТЕП БАЛДАРДЫН ТИШ – ЖААК ООРУЛАРЫН АЛДЫН АЛУУДА СТОМАТОЛОГДУН ЖҮРГҮЗГӨН ИШТЕРИ

**Кайра даярдоо жана адистикти көтөрүү боюнча кыргыз мамлекеттик медициналык институту
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Бул макалада азыркы учурда мектеп стоматологиясынын кризистик абалы жана балдарды профилактикалык санация менен жетишсиз камсыз болуп жаткандыгы айтылган. Биздин өлкөдө экономикалык, социалдык, саясий абалдын начарланышына байланыштуу мектеп окуучуларына стоматологиялык жардам берүү төмөндөлгөн. Мектеп стоматологдорунун арасында изилдөө, анкетирование жүргүзүлгөн. Алынган маалыматтарга караганда мектеп стоматологиялык жардамдын абалы – азыркы учурдун талаптарына ылайык келбейт.

Негизги сөздөр. Мектеп стоматологиясы, балдардын профилактикалык санациясы, эмгек шарты, эмгек акысы, кариес.

Актуальность исследования. Современное состояние системы здравоохранения республики характеризуется проявлением последствий глубоких общественно-экономических изменений. В процессе продолжающихся реформ стоматологическое здоровье детей и школьная стоматология в целом остались без внимания со стороны государства. Развитие школьной стоматологии остановилось на уровне 80-х годов прошлого столетия, когда были разработаны и внедрены стандарты функционирования школьного стоматологического кабинета [7].

Закрытие школьных стоматологических кабинетов во многих городах, переход детских стоматологов в частные клиники, недостаточный охват детей плановой санацией и высокий уровень нуждаемости в стоматологической помощи определяют кризисное состояние школьной стоматологии [1,3,5].

Обостряют ситуацию явления острейшего дефицита финансовых ресурсов, чрезмерной децентрализации системы управления, усиления структурных диспропорций в здравоохранении, являющиеся общими для всех регионов [2,4].

Анализ данных литературы показывает, что многие проблемы школьной стоматологии остаются недостаточно изученными. Отсутствуют социологические исследования, определяющие отношение общества к школьной стоматологии, не исследовано влияние формы организации стоматологической помощи на состояние здоровья полости рта школьников в современных социально-экономических условиях и развитии негосударственного стоматологического сектора.

Не определена социальная значимость школьной стоматологической службы и не разработаны пути

Полученные данные анализировались методами математической статистики.

Таблица 1 - Социологическая характеристика школьных стоматологов

Показатель	Градации показателя	Частота ответов, %
Возраст	до 25 лет	11,4
	26-34 лет	26,1
	35-50 лет	44,2
	более 50 лет	18,2
Стаж	до 5 лет	22,7
	5-9 лет	15,9
	10-14 лет	18,2
	15-20 лет	21,6
Квалификационная категория	высшая	12,5
	первая	53,4
	вторая	19,3
	без категории	14,8
Материальное положение семьи	хорошее	9,1
	удовлетворительное	90,9
Состояние здоровья	улучшилось	0,0
	без изменений	13,5
	ухудшилось	79,5
	затруднились ответить	6,8
Наличие хронического заболевания	имеется	44,3
	скорее всего, имеется	44,3
	нет	2,3
	скорее всего, нет	9,1

выхода службы из кризисного состояния.

Изменение социальных условий, экономической и политической ситуации в стране и в системе медицинского обслуживания населения создало предпосылки к кризисному состоянию школьной стоматологической службы в современный период. Социологические методы исследования позволяют изучить отношения всех субъектов – участников стоматологического взаимодействия в условиях школ и оценить их влияние на формирование здоровья полости рта школьников. Предполагается, что даже в условиях бурного развития негосударственных стоматологических учреждений, школьные стоматологические кабинеты останутся основным местом оказания стоматологической помощи детям школьного возраста, доступным и приемлемым для большинства населения.

Новая модель организации школьной стоматологической помощи детскому населению может быть создана при условии учета всех социальных параметров, следовательно, необходим комплексный медико-социологический анализ, с учетом международного опыта, который мог бы стать основой разработки конкретных предложений по преодолению кризиса школьной стоматологии.

В проведении исследования были использованы следующие методы: анкетирование, контент-анализ и клинические методы стоматологического исследования (осмотр, определение индексов и показателей стоматологического статуса).

Было выявлено, что большинство (62,4%) стоматологов школьных стоматологических кабинетов находились в возрасте старше 35 лет, 18,2% – старше 50 лет. В возрасте до 25 лет было 11,4%, 25-35 лет – 26,1% врачей. Стаж работы более 15-20 лет имели 43,2% врачей, до 5 лет – 22,7%, 5-9 и 10-14 лет – 15,9% и 18,2% соответственно. 85,2% респондентов имели квалификационную категорию, большинство – первую (53,4%). Высшую категорию имели 12,5% врачей (таб. 1).

Полученные данные косвенно отражают невысокую престижность профессии: работают только женщины, мало молодежи, редко имеют высшую квалификацию.

В то же время, большинство (60,2%) респондентов выбрали профессию по призванию и только 20,0% – в связи с трудностью трудоустройства по другим специальностям (19,8% затруднились ответить на вопрос). Две трети (69,3%) врачей ответили, что они любят свою работу, и только 21,6%, – что работают по привычке (лица старшей возрастной группы). Всего 9,1% респондентов сообщили, что ищут другую работу.

Результаты опроса показали, что условия трудовой деятельности школьных стоматологов не соответствовали современным требованиям. Многие врачи работали в маленьких, тесных кабинетах (50,0%), при недостаточном освещении (38,6%), на старом оборудовании (94,3%), не имели возможности использовать современные технологии с

применением турбинной бормашины (53,4%), воздушного и водяного пистолетов (40,9 и 85,2%). Многие были недовольны инструментарием (32,9%) и борами (27,2%). Низкая платежеспособность населения (36,4% ответов) снижала возможность применения современных пломбирочных материалов, не обеспеченных ОМС. 28,4% врачей работали без медсестры, ни в одном ШСК не работали гигиенисты стоматологические.

Всего 9,1% респондентов признали хорошим свое материальное положение, остальные 90,9% считали его удовлетворительным, что отражало недостаточный уровень оплаты труда школьных врачей (таб. 1). Только 43,1% женщин жили на свой собственный заработок, у большинства основной семейного бюджета являлся заработок мужа (39,8%) или помощь родителей (17,1%). Поэтому, более половины (53,4%) школьных стоматологов считали, что повышение заработной платы и премии по конечному результату могут улучшить качество их работы. В то же время большинство респондентов главным для улучшения профессиональной деятельности назвали улучшение материально-технического оснащения кабинета (54,5% ответов). Моральные стимулы привлекали только 10,1% врачей.

Большинство (79,5%) респондентов отметили ухудшение своего здоровья (таб. 1), об имеющихся или предполагаемых хронических заболеваниях сообщили по 44,3% респондента. Всего 2,3% респондентов ответили, что не страдают какими-либо заболеваниями, а 9,1% предполагали это. Чаще всего встречались болезни опорно-двигательного аппарата (62,5% ответов), органов пищеварения и зрения (по 31,8%).

Большинство детских стоматологов не собирались менять место работы (65,8%) и были убеждены в необходимости школьных стоматологических кабинетов (94,3%). Главным в школьной стоматологии врачи называли профилактическое направление (профилактика – 63,6%, диспансеризация детей – 27,3%, лечение болезней органов и тканей полости рта – 31,8% ответов). Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Социальный портрет школьного стоматолога отражает влияние социально-экономических факторов. Невысокая престижность профессии подтверждается гендерными особенностями, незначительным притоком в специальность молодых врачей: среди школьных стоматологов всего 11,4% были в возрасте до 25 лет, многие (18,2%) - находились в предпенсионном и пенсионном возрасте. Большинство детских стоматологов - 43,2% проработали в школе более 15-20 лет, однако высшую категорию имели только 12,5% врачей. Неудовлетворительные условия работы (маленький, тесный кабинет - 50% врачей, недостаточное освещение - 38,6%) и недостаточный уровень оплаты труда негативно отражаются на медицинских работниках и их семьях: хорошее материальное положение семьи отмечено у 9,1% врачей; ухудшение здоровья – у 79,5%.

2. Основными причинами кризисного состояния школьной стоматологии являются: низкий уровень материально-технического оснащения службы (устаревшее оборудование – 94,3% школьных стоматологических кабинетов, недостаток современного инструментария – 32,9%), недостаточность кадрового обеспечения (отсутствие медицинских сестер – 28,4% работающих школьных стоматологических кабинетов, полное отсутствие гигиенистов стоматологических), невысокая престижность профессии и низкий уровень платежеспособности населения (36,4% родителей не имеют возможности оплатить своевременное лечение детей). Главные направления преодоления кризиса школьной стоматологии: улучшение материально-технического обеспечения школьных стоматологических кабинетов, обеспечение их средним и младшим медицинским персоналом, в том числе гигиенистами стоматологическими, расширение сферы действия ОМС на высокотехнологичную стоматологическую помощь школьникам.

3. Уровень стоматологического здоровья школьников зависит от формы организации стоматологической помощи. Школьный стоматологический кабинет является оптимальной формой организации профилактической и лечебной стоматологической помощи детям: участие в лечебно-профилактической школьной программе способствует снижению распространенности и интенсивности кариеса зубов и его осложнений у школьников, вырабатывает у детей навыки регулярного посещения врача и личной заботы о здоровье полости рта.

4. Необходимость школьной стоматологической службы подтверждается результатами социологического исследования: ежегодно более 95% школьников, обеспеченных данной службой, проходят обследование в школьном стоматологическом кабинете. Позитивный ответ о целесообразности школьной стоматологии дали 94,3% детских врачей-стоматологов, 100% школьных педагогов, 65,7% старшеклассников школ, в которых работают такие кабинеты и 35,8% учеников школ, где нет стоматологических кабинетов.

Литература

1. Голубь А.А., Чемикосова Т.С., Гуляева О.А. Оценка показателей микроциркуляции в тканях пародонта у студентов в зависимости от табакокурения и наличия соматической патологии / Медицинский вестник Башкортостана, 2010.- Том 5. - № 1.- С. 51-54.
2. Каратаев М.М., Парханов А.К. Деятельность лечебно-профилактических организаций в условиях ОМС / «Медицинские кадры XXI века».- Бишкек, 2010.- № 4.- С. 4-8.
3. Комов Е.В. Разработка клинических критериев экспертной оценки качества зубных протезов. Автореф. дисс.... канд. мед. наук. М., 2005.- 23 с.
4. Кучеренко В.З., Каратаев М.М., Токтомаатов Н.Т., Исраилова З.А. Оценка качества стационарной медицинской помощи населению / Сборник научных трудов «Перспективы развития института семейной медицины в Республике Таджикистан».- Душанбе, 2003.- С. 53-59.
5. Леонтьев В.К., Шиленко Ю.В. Социальная стоматология на современном этапе / Стоматология, 1999.- №1. - С. 5-11.
6. Мамытов М.М., Каратаев М.М. Современное состояние и основные направления развития системы здравоохранения

Кыргызстана // Журнал Экономика здравоохранения. - Москва, 2004. - № 2. - С.5-15

7. Лещева Е.А., Машкова Н.Г., Соловьева А.Л. Факторы риска на стоматологическом приеме при некоторых общих соматических заболеваниях / Прикладные информационные аспекты медицины, 2009. - № 12.- С. 51-55.

THE ROLE OF SCHOOL DENTISTS IN PREVENTION OF TOOTH-JAW SYSTEM DISEASES IN CHILDREN

Dzholdoshev B. T., Ismailov A.A.

Kyrgyz state medical institute of retraining and professional development, Bishkek c., the Kyrgyz Republic.

This article describes the critical state of school dentistry at the present time and insufficient coverage of dental prophylaxis of children. In connection with deterioration of economic, social and political situation in our country deteriorated dental care for schoolchildren. Survey studies were carried out among school dentists and reportedly revealed that the state of school dental care does not meet modern requirements: low level of material and technical equipment, lack of staffing.

Key words. School dentistry, dental prophylaxis of children, working conditions, wage, caries (cavity).



УДК 616.31-053.7:614.39:316

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТАРШЕКЛАССНИКОВ

Джолдошев Б.Т., Каратаева А.М.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, г. Бишкек, Кыргызская Республика.

До настоящего времени в нашей стране не решена проблема государственного финансирования школьной стоматологии. Охрана здоровья школьников должна иметь высокий политический приоритет. Проводились анкетирования и анализ среди старшеклассников, обеспеченных и не обеспеченных стоматологической помощью в учреждениях школьного образования.

Обеспеченные стоматологической помощью имели высший уровень стоматологического здоровья.

Ключевые слова: стоматологическая школьная служба, анализ анкетирования, старшеклассники, стоматологическая профилактика.

ЖОГОРКУ КЛАССТЫН ОКУУЧУЛАРЫНЫН СТОМАТОЛОГИЯЛЫК ДЕН – СОЛУГУНУН СОЦИОЛОГИЯЛЫК АНАЛИЗИ

Кайра даярдоо жана адистикти көтөрүү боюнча кыргыз мамлекеттик медициналык институту, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Биздин өлкөдө азыркы убакка чейин мектеп стоматологиясын мамлекет тарабынан финансылуу проблемасы чечиле элек. Мектеп окуучуларынын ден – соолугун коргоо – эң жогорку саясий приоритетке ээ болууга тийиш. Билим берүү мектептеринин мекемелеринде жогорку класстардын окуучуларынын арасында анкеттөө жана анализ алуу жүргүзүлдү. Стоматологиялык жардам берүүнү камсыз кылуунун натыйжасында стоматологиялык ден – соолук жогорку деңгээлге көтөрүлдү.

Негизги сөздөр. Мектептеги стоматологиялык кызмат, анализ, анкеттөө, жогорку класстын окуучулары, стоматологиялык профилактика.

Развитие стоматологии, являющейся наиболее массовым видом медицинской помощи и находящейся по обращаемости населения на втором месте после терапии, в последние годы характеризуется широким внедрением рыночных механизмов, организацией платных услуг, негосударственного сектора с различными формами предпринимательской и хозяйственной деятельности.

Основной задачей такого развития является обеспечение стабильной работы учреждений здравоохранения и доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Внедрение медицинского страхования, развитие платной медицины, активное использование современных технологий и других факторов позволило в определенной степени улучшить качество оказания медицинской помощи. Однако наряду с положительными моментами остаются проблемы, которые до настоящего времени не решены: уменьшение государственного финансирования, недостаточная доступность населения к дорогостоящим методам лечения, снижение эффективности диспансеризации и др. Все это значительно отразилось на перестройке и реформировании стоматологической службы [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Школа - идеальное место для охраны здоровья детей, которая, в соответствии с конвенцией по правам ребенка, должна быть организована бесплатно и доступно. Принимая во внимание эпидемиологические тенденции, охрана здоровья школьников должна иметь высокий политический приоритет. Не существует универсального метода

охраны здоровья, применимого ко всем странам, методы организации и содержание модели школьного здравоохранения могут изменяться со временем. Неравенства в здоровье и доступе к медицинской помощи между различными группами вносят свой вклад в социальную нестабильность общества. Поэтому органы образования должны поощрять каждую школу, которая стремится стать центром здоровья для своих учеников.

В данной работе приводится компаративный анализ данных анкетирования старшеклассников, обеспеченных (1 и 2 группы) и необеспеченных (3 группа) стоматологической помощью в учреждениях школьного образования. Подростки 1 и 2 гр. имели более высокий уровень стоматологического здоровья: в 1,3 раза чаще имели здоровые зубы, в 1,7 реже нуждались в лечении кариеса; их в 1,4 реже беспокоили кровоточивость десен и запах изо рта, чем сверстниками 3 гр. (рис. 1).

чем школьникам 3 гр.: 26,4% против 13,4%, 36,4% против 22,4% соответственно, $p < 0,05$.

Большинство старшеклассников 1 и 2 гр. одобряли наличие постоянной стоматологической помощи в школе (65,7% и 51,2%), а в 3 гр. более трети (35,8%) респондентов также хотели бы получать стоматологическую помощь в ШСК. Для получения стоматологической помощи дети 1 и 2 гр. чаще всего обращались в ШСК (70,7% и 53,6%), реже – в стоматологическую поликлинику (38,6% и 39,0%), крайне редко – в частную клинику (11,4% и 17,1%). Школьники 3 гр. чаще обращались в стоматологическую поликлинику (47,7% ответов), чем в частную клинику (29,8%).

Оценивая работу школьного стоматологического кабинета, старшеклассники 1 и 2 гр. отметили следующие достоинства: хороший доктор (38,6% и 21,9%), удобно, не надо никуда ходить (38,6% и 24,4%), не дорого или вообще бесплатно (16,4% и 17,1% ответов соответственно). Респонденты

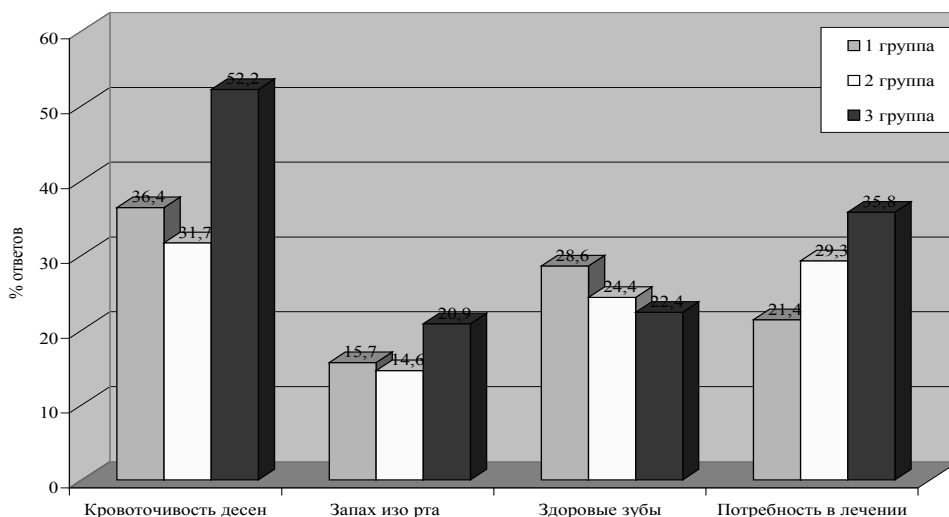


Рис. 1. Самооценка здоровья полости рта старшеклассниками

Школьники 1 и 2 гр. по сравнению с 3 гр., чаще правильно ухаживали за полостью рта и регулярно, не менее 2 раз в день, чистили зубы (75,0%, 70,7% и 61,2% соответственно, различия между 1 и 3 гр. достоверны, $p < 0,05$). Недостаточный уход за полостью рта (нерегулярность или однократная чистка зубов) был характерен для 38,8% подростков 3 гр., реже – для школьников 1 и 2 гр. (25,0% и 29,3%). Каждого четвертого (26,9%) школьника 3 гр. никто не учил чистить зубы, в 1 и 2 гр. таких ответов было достоверно в 2,2-2,5 раза меньше.

Старшеклассники 1 и 2 гр. чаще, чем 3 гр., каждые 3-6 месяцев, посещали стоматолога (47,1%, 39,0% и 34,3%), реже уклонялись от ежегодных визитов к врачу (15,0%, 24,4%, 32,8% соответственно). Навык регулярного посещения врача в 1 гр. был сформирован достоверно ($p < 0,01$) в 1,7 раза лучше, чем в 3 гр. Это способствовало тому, что подросткам 1 гр. профилактические процедуры в виде снятия зубных отложений и покрытия зубов фторидным лаком проводились достоверно чаще,

акцентировали внимание на недостатках, придавая

особое значение отсутствию хорошего оборудования (39,3% и 39,0%) и современного обезболивания (9,3% и 9,7% ответов соответственно).

Главным в улучшении стоматологической школьной службы подростки считали повышение материально-технического обеспечения (48,6% ответов респондентов 1 гр., 43,9% – 2 гр., 41,8% – 3 гр.), обеспечение возможности применения современных пломбировочных материалов (20,7%, 36,6% и 25,4%) и обезболивания (20,7%, 34,1% и 23,9% соответственно).

Подводя итог результатам социологического исследования основных участников взаимодействия (школьники и школьные стоматологи), автор выделяет основные причины кризисного состояния школьной стоматологии: низкий уровень материально-технического оснащения службы, невысокая престижность специальности, недостаточная обеспеченность средним и младшим медицинским персоналом, невысокая платежеспособность населения.

Установлено, что в школьном стоматологическом кабинете ежегодно проходили осмотр и получали профилактические процедуры более 95% школьников, половина осмотренных детей нуждались в санации полости рта. В течение трех лет работы на 18,1% возросло количество детей, завершивших санацию полости рта; в 2 раза уменьшилось число детей, отказавшихся от лечения; в 1,4 раза снизилось количество осложнений кариеса; в 1,4-1,7 раза увеличилось количество проведенных школьникам профилактических процедур (таб. 2).

Таблица 2 - Некоторые показатели санации полости рта школьников в условиях ШСК

Показатели	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Количество школьников	1054	1055	974
Осмотрено детей, %	95,9	97,0	97,5
Потребность в лечении, %	52,2	48,3	51,6

показателями 2009 и 2011 гг.

Улучшение показателей работы школьного стоматологического кабинета показывает повышение заинтересованности детей и их родителей в получении бесплатного качественного стоматологического лечения в условиях школы, что позволяет сделать вывод о том, что школьная стоматологическая служба является одним из факторов социальной защиты населения.

Обследование детей ключевых возрастных групп также выявило положительную динамику: с 2009 по 2011 гг. распространённость кариеса зубов среди 6-летних детей снизилась с 93,5% до 91,4%, интенсивность поражения молочных зубов – с 4,5 до 3,7 по «кп», постоянных – с 0,5 до 0,3 по «КПУ». У 12-летних распространённость кариеса уменьшилась с 85,4% до 80,3%, интенсивность – с 2,8 до 2,6 по «КПУ». Среди 15-летних распространённость кариеса снизилась с 86,7% до 83,7%, интенсивность – с 4,2 до 3,9 по «КПУ».

Для оценки роли школьной лечебно-профилактической программы в оздоровлении

Рис. 2. Интенсивность кариеса постоянных зубов у школьников, санированных в ШСК и отказавшихся от лечения

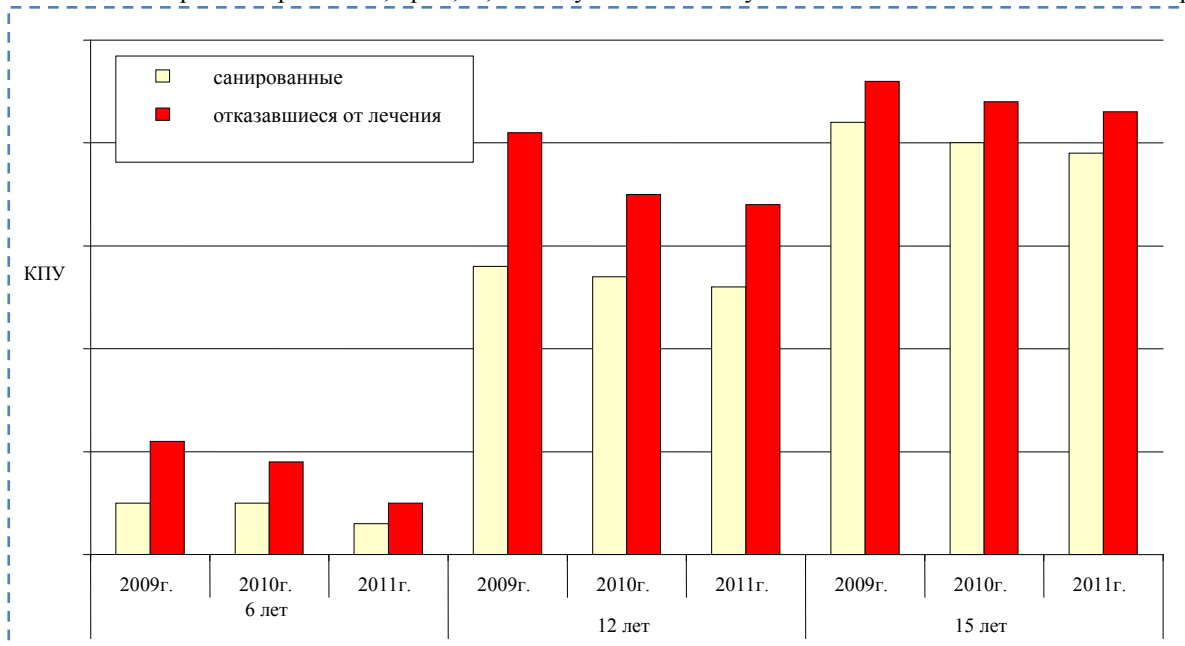
Количество санированных детей, от числа нуждавшихся в лечении, %	64,6	75,7	82,6*
Количество осложнений кариеса, в расчете на 1000 осмотренных детей	62,3	50,8	44,2*
Количество процедур применения фторидного лака, в расчете на 1 осм.	1,1	1,2	1,6*
Количество детей, отказавшихся от лечения, от числа нуждавшихся, %	35,4	24,3	17,4*

полости рта детей провели компаративный анализ представленных данных с показателями поражения зубов кариесом у детей, которые отказались от лечения и получали только профилактическую помощь. В результате установили, что в течение всего периода наблюдения показатели поражения зубов кариесом у детей, отказавшихся от лечения, были в 1,1-1,6 раза выше, чем средние показатели соответствующих возрастных групп школьников (рис. 2).

Таким образом, оказание лечебно-профилактической помощи детям в школьном стоматологическом кабинете подтвердило значимость школьной стоматологии в улучшении стоматологического здоровья детей.

* - достоверность различий, $p < 0,01$, между

1. Результаты социологического опроса



старшекласников подтвердили высокую значимость школьной стоматологии, как здорового и берегающего направления в стоматологии. Навыки санологического поведения и уровень здоровья были лучше у подростков, обеспеченных ШСК. Они чаще имели здоровые зубы (1,3 раза), правильно ухаживали за полостью рта (1,5 раза) и посещали стоматолога (1,7 раза), реже отмечали кровоточивость десен и запах изо рта (1,4 раза), потребность в лечении кариеса (1,7 раза), чем старшекласники, не обеспеченные данной службой.

2. Объективные показатели работы ШСК обосновывают социальную значимость школьной стоматологии. В ШСК ежегодно проходили профилактический осмотр и получали профилактические процедуры более 95% школьников; 82,6% детей, нуждавшихся в лечении, были санированы. В течение трех лет наблюдения в 2 раза уменьшилось число детей, отказавшихся от лечения; в 1,4 раза снизилось количество осложнений кариеса; в 1,4-1,7 раза увеличилось количество проведенных школьникам профилактических процедур. Улучшились основные показатели здоровья школьников: достоверно снизилась распространенность кариеса постоянных зубов, наметилась тенденция уменьшения интенсивности поражения кариесом постоянных зубов.

Литература

1. Гаврилова О.А., Зюзькова С.А., Иванова О.В. Структура поражений поверхностей зубов кариозным процессом у детей, страдающих хроническими гастродуоденальными заболеваниями / Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2010. - № 2. - С. 91.
2. Каратаев М.М., Каримов Ж.М., Мамажанов У.А. Необходимость рыночных преобразований в здравоохранении / «Медицинские кадры XXI века». - Бишкек, 2010. - № 4. - С. 22-27.
3. Леонтьев В.К., Шиленко Ю.В. Социальная стоматология на современном этапе // Стоматология, 1999. - № 1. - С. 5-11.
4. Лещева Е.А., Машкова Н.Г., Соловьева А.Л. Факторы риска на стоматологическом приеме при некоторых общих соматических заболеваниях // Прикладные информационные аспекты медицины, 2009. - № 12. - С. 51-55.
5. Русакова Е.Ю., Бевз А.А., Бессонова С.И. Стоматологический статус у детей при различных соматических заболеваниях / Российский стоматологический журнал, 2008. - № 5. - С. 47-49.
6. Симоновская О.Е. Влияние стоматологического здоровья на качество жизни / Стоматология, 2008. - Т. 87. - № 5. - С. 75-77.

SOCIOLOGICAL ANALYSIS OF THE DENTAL HEALTH OF SENIOR SCHOOLCHILDREN

Dzholdoshev B. T., Karataeva A.M.

**Kyrgyz state medical institute of retraining and professional development,
Bishkek c., the Kyrgyz Republic.**

Up to the present time the problem of public financing of school dentistry is not solved in our country. Health protection of schoolchildren has to have a high political priority. Questioning and the analysis among senior schoolchildren, secured and

unsecured dental care in the institutions of school education were carried out. Secured dental care had the highest level of dental health.

Key words. Dental school service, analysis, questioning, senior schoolchildren, dental prophylaxis.

УДК 616.31:616.311.2-08-08:615.28.454.1.34

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ГИНГИВИТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ В КОМПЛЕКСЕ ПАРОДИУМ ГЕЛЯ, ОПОЛАСКИВАТЕЛЯ ЭЛЮДРИЛ И ЗУБНОЙ ПАСТЫ ЭЛЬГИДИУМ

*Лесогоров С.Ф., Юлдашев И.М.,
Ургуналиев Б.К.,
Кулназаров А.С., Токтомбаев М.А.*

**Кафедра стоматологии детского возраста челюстно-лицевой и пластической хирургической стоматологии КРСУ им. Б.Н. Ельцина, отделение челюстно-лицевой хирургии Национального госпиталя Минздрава Кыргызской Республики,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

В статье представлен опыт лечения и профилактики посттравматических гингивитов в результате применения назубно-десневых шин при переломах челюстей с использованием в комплексе препаратов Пародиум-гель, ополаскиватель-Элюдрил и зубной пасты Эльгидиум по материалам отделения челюстно-лицевой хирургии Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской республики.

***Ключевые слова:** гингивит, препарат Пародиум-гель, ополаскиватель-Элюдрил, зубная паста Эльгидиум.*

ПАРОДИУМ-ГЕЛЬ, ЭЛЮДРИЛ ЧАЙКАГЫЧ, ЭЛЬГИДИУМ ТИШ ПАСТАСЫ КОШУЛГАН КОМПЛЕКСТИ ПОСТТРАВМАТИКАЛЫК ГИНГИВИТТЕРДИ ДАРЫЛОО ЖАНА АЛДЫНАЛУУ УЧУН КОЛДОНУУ

**Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз - Россия Славян университетинин балдар жашындагы стоматология, бет-жаак жана пластикалык хирургия кафедрасы, Кыргыз республикасынын Саламаттык сактоо министрлингинин Улуттук госпиталинын бет-жаак хирургия бөлүмү,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Кыргыз республикасынын Саламаттык сактоо министрлингинин Улуттук госпиталынын бет-жаак хирургия бөлүмүнүн материалдарынын негизиндеги жаак сынгандагы тиш бүйлөсүнүн үстүнө карматуу үчүн шак-шак колдонуудан кийин пайда болгон посттравматикалык гингивиттерди дарылоо жана алдыналуу үчүн Пародиум гель,

чайкагыч Элюдрил, жана тиш пастасы Эльгидиумдарды колдонуу боюнча тажрыйбалары келтирилген.

Негизги сөздөр: гингивит, Пародиум-гель, Элюдрил, Эльгидиум тиш пастасы.

Введение. За последние годы, вместе с общим ростом травматизма, наблюдается увеличение частоты челюстно-лицевых травм. Поэтому, проблема травматизма челюстно-лицевой области продолжает оставаться одной из актуальных в хирургической стоматологии [1,4,5]. Среди травм челюстно-лицевой области преобладают переломы челюстей. Несмотря на совершенствование методов лечения переломов челюстей, в посттравматическом периоде часто приходится встречаться с инфекционно-воспалительными осложнениями в виде гингивита, пародонтита.

Из методов лечения переломов челюстей наиболее широко применяется иммобилизация челюстей с помощью назубных шин и межчелюстной резиновой тяги. При наложении двучелюстных шин проведение профессиональной и индивидуальной гигиены полости рта затруднено. При длительной иммобилизации челюстей страдает функция слюнных желез, что также ухудшает гигиеническое состояние полости рта [6]. Микроорганизмы зубного налета являются прямой причиной воспалительных процессов в пародонте. В норме механизмы резистентности противодействуют микроорганизмам, но как только они в каком-либо месте преодолевают эту защиту, развивается инфекционный процесс с повреждением тканей. Длительное присутствие бронзо-алюминиевых лигатур в области шеек зубов также приводит к развитию воспалительного процесса в тканях пародонта, возникновению гингивита и пародонтита. При заболеваниях пародонта наложение назубных шин приводит к обострению пародонтита, что утяжеляет течение заболевания, в ряде случаев наложение шинирующих конструкций невозможно.

Необходимо отметить, что воспалительные заболевания пародонта, как правило, сопровождаются общими и местными нарушениями иммунитета, кровообращения, иннервации [3].

В литературе имеются единичные данные о влиянии на зубных шин на состояние тканей пародонта у больных с переломами челюстей [2]. Как правило, авторами предлагалось отказаться от использования на зубных шин в пользу альтернативных способов иммобилизации отломков челюстей. Однако, эти способы не получили широкого распространения и основным методом иммобилизации отломков при переломах челюстей остаются на зубные шины, влияние которых на ткани пародонта не изучено.

Таким образом, актуальной проблемой стоматологии является изучение влияния на зубных шин, используемых для лечения переломов челюстей на ткани пародонта. Необходимо разработка комплекса профилактических

мероприятий, направленных на предотвращение прогрессирования воспалительно-деструктивных изменений в тканях пародонта и снижение числа осложнений в посттравматическом периоде в виде гингивита [7,8,9,10].

Цель исследования: изучить антисептическое действие препаратов в комплексном применении с целью профилактики и лечения осложнений после применения на зубо-десневых шин при переломах челюстей (гингивитов): ополаскиватель - Элюдрил, Пародиум - гель, зубная паста Эльгидиум.

Материалы и методы исследования: В отделении челюстно-лицевой хирургии Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики за период с ноября 2011г. по май 2012г. под нашим наблюдением находились 60 пациентов, в возрасте от 17-60 лет, проходивших стационарное лечение по поводу переломов челюстей. Пациенты были распределены на две группы: в основной группе (35 пациентов) для профилактики и лечения осложнений вовремя и после применения на зубо-десневых шин при переломах челюстей (гингивиты) применялся антисептический препарат Пародиум-гель, ополаскиватель-Элюдрил, зубная паста Эльгидиум. В состав препаратов входят следующие компоненты: а) Пародиум-гель: хлоргексидин-0,02%, экстракт Ревеня лапчатого-0,2% и наполнитель. б) ополаскиватель - Элюдрил: хлоргексидин-0,1%, хлорбутанол-0,5%. в) зубная паста Эльгидиум: хлоргексидин-0,02%. При обработке полости рта после наложения шин применяли двукратно ежедневно ополаскиватель Элюдрил (разведение-1:6 или 1:10) в виде полосканий в течение всего срока, кроме этого применяли зубную пасту Эльгидиум ежедневно двукратно. Сразу после снятия шин наносился на десну антисептик Пародиум - гель и затем ежедневно однократно в течение 5-6 дней, так же применяли двукратно ежедневно ополаскиватель - Элюдрил (разведение-1:6 или 1:10) в виде полосканий в течение 5-6 дней, кроме этого рекомендовали зубную пасту Эльгидиум ежедневно, двукратно. В контрольной группе (25 пациентов) применялись традиционные методы профилактики и лечения с помощью традиционных антисептических средств: фурацилин, 3% раствор перекиси водорода.

У всех пациентов учитывался местный статус: отек, гиперемия, болевой синдром, сроки заживления и состояние десны.

Микробиологические исследования нами проводились с целью изучения состояния биоценоза полости рта до- и после наложения шин. Объектом исследований был зубной налет в области шейки зубов. Исследования произведены в динамике у 50 больных.

Забор материала с шейки зубов у исследуемых производили натошак стерильным тампоном, смоченным физиологическим раствором брали смыв. Тампон отмывали в 1мл такого же раствора. 0,1 мл смыва засеивали на питательные среды. Чашку Петри помещали в термостат при

температуре 37°C на 1-5 суток. Выделение микроорганизмов кокковой группы осуществляли с использованием специальных питательных сред: желточно-солевого и кровяного агара. Посев на питательные среды для получения изолированных колоний. Идентификацию выделенных микроорганизмов осуществляли согласно общепринятым методам. Состояние десны или степень тяжести гингивита определяли с помощью индекса РМА в модификации Рагма(1960). В основной группе (35 пациентов) легкая степень тяжести гингивита отмечалась у всех пациентов, тогда как в контрольной группе (25 пациентов): у 5 пациентов отмечалась легкая степень гингивита, а у остальных средняя степень тяжести гингивита.

Результаты исследования и обсуждение. В основной группе (35 пациентов) после снятия шин никаких жалоб особых пациенты не предъявляли. Признаки воспаления в тканях пародонта: отечность, гиперемия, боль, уменьшались уже на 1-2 день, кровоточивость из десен не отмечалась, десна восстанавливалась на 7-9 день.

В контрольной группе (25 пациентов) после снятия шин только 5 пациентов не предъявляли особых жалоб. У 20 пациентов отмечались все признаки воспаления, которые нарастали на 3-4 сутки, а также отмечалась кровоточивость из десен. Этим пациентам назначались противовоспалительные, обезболивающие препараты, физиотерапевтические процедуры воспалительные явления стихали на 12-14 сутки.

Послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения в стоматологии имеют неоднзначную микробиологическую картину. При операции в полости рта возможно инфицирование резидентной микрофлорой полости рта или микрофлорой периапикального воспалительного очага *Streptococcus* spp., (в том числе *Streptococcus sanguis*, *Streptococcus mutans*, *Streptococcus salivarius*), *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Fusobacterium Actinomyctes*.

Нередко участниками ассоциаций в воспалительном очаге являются не только стрептококки (*S. sanguis*, *S. mutans*, *S. Salivarius*), но и другие представители факультативно-анаэробных видов микроорганизмов, в том числе и стафилококки (*St. Aureus*, *St. Epidermidis*).

При исследовании зубного налёта микрофлора была высеяна у всех исследуемых больных обеих групп. В основном это были стрептококки (*Str. Mutans*, *Str. Salivarius*) и стафилококки (*St. Epidermidis St. Aureus*), а так же имела место смешанная микрофлора (*St. Aureus + Str. Salivarius*).

В основной группе на четвертый день осмотра микрофлора из зубного налёта была высеяна в 33 случаях, а в 2 случаях роста не было. У 9 человек обнаружен стафилококк (у 6 – *St. Aureus*, у 3 - *St. Epidermidis*), а у 22 – стрептококк (у 9- *Str. Salivarius*, у 13- *Str. Mutans*). В 22 случаях микрофлора патогенными свойствами не обладала, а в 9 случаях проявляла слабую гемолитическую активность.

В контрольной группе на четвертый день осмотра микробная флора из зубного налёта была высеяна у 20 пациентов, а у 5 пациентов роста не было. В чистых культурах микроорганизмов у 5 пациентов были стрептококки (у 2 - *Str. Mutans* и у 3 - *Str. Salivarius*), а у 15 - стафилококки (у 5 - *St. Epidermidis*, у 10 - *St. Aureus*). У 15 больных микрофлора проявила патогенные свойства (у 8 больных – гемолитическую активность, у 7 больных гиалуронидазную).

В результате проведенного исследования было обнаружено, что применение в комплексе ополаскивателя Элюдрил, Пародиум-гель и зубной пасты Эльгидиум обладает обезболивающей, гемостатической и антимикробной активностью в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий. Это подтверждено лабораторными исследованиями. Снижение отечности, гиперемии, боли, кровоточивости из десен отмечается уже на 1-2 день. Не вызывает раздражений, не повышает чувствительность, не оказывает токсического воздействия на ткани.

Сопоставляя видовой состав микробной флоры зубного налёта в день обращения и на 4 сутки после наложения шин, можно отметить, что он был почти однотипным у больных всех исследуемых групп. Основные различия отмечались в её патогенных свойствах, особенно на 4 сутки: микрофлора у пациентов первой группы в основном была одинакова и не проявляла явных патогенных свойств, чем у пациентов контрольной группы. Этот факт можно объяснить усилением локальной резистентности полости рта в результате комплексного использования препаратов Элюдрил, Пародиум-гель и зубной пасты Эльгидиум, которые обладают выраженным обезболивающим, антибактериальным и гемостатическим эффектом.

Выводы. Таким образом, можно считать что, препараты: ополаскиватель Элюдрил, Пародиум -гель и зубная паста Эльгидиум обладают выраженным обезболивающим, антибактериальным и гемостатическим эффектом, позволяет сократить применение лекарственных средств и особенно антибиотиков. Являются безопасными и эффективными антисептическим препаратами. Проведенные микробиологические исследования и определение десневого индекса РМА подтверждают антисептические свойства ополаскивателя Элюдрил, Пародиум гель и зубной пасты Эльгидиум способствующие усилению процессов репарации в тканях пародонта.

Литература

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии // Учебное пособие 3-е изд.- М.: Медицина, 2003. - С.230-235.
2. Гавриленко М.С. Комплексное воздействие на ткани пародонта при лечении больных с переломами нижней челюсти. Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Пермь, 1999. – 16с.
3. Евдокимов А. И. Проблема пародонтоза. Пародонтоз: Труды III расширенного пленума правления Всесоюзного общества стоматологов. – М. 1967. – С. 10.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: Червона-Рута. – Турс. – 2004. – С. 1002.

5. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – М., 2004. – С.127 – 129.
6. Мозговая Л.А., Гавриленко М.С., Мозговая С.В. Коррекция гигиены полости рта у больных с переломами нижней челюсти. Метод. Рекомендации. – Пермь, 2001. – 16с.
7. Тимофеев А.А., Беда В.И., Ярифа М.А. Применение средств компании «Пьер Фабр» для гигиены полости рта после проведения хирургического этапа дентальной имплантации // Стоматолог – практик, 2011. - № 1. – С. 56-60.
8. Йулдашхонова А.С., Даминова Ш.Б., Мухамедова М.С., Йулдашхонова З.А. Клинико-корреляционный анализ эффективности препаратов Элудрил и Пародиум при заболеваниях слизистой оболочки полости рта у детей // Медицинский журнал Узбекистана, 2010. - № 5. - С. 40-43.
9. Царев В.Н., Дмитриева Л.А., Мегрелишвили Н.А., Носик А.С., Романов А.Е., Романов А.Е., Давыдова М.М., Гусева О.А. Клинико-микробиологическая оценка эффективности применения «Элудрила», «Пародиума» и «Эльгидиума» при комплексном лечении пародонтита / Пародонтология, 2003. – № 1. – С. 63-69.
10. Царев В.Н., Чувилкин В.И., Мегрелишвили Н.А., Рамиль С. Особенности влияния хлоргексидин содержащих препаратов на состояние микробиоты полости рта у больных пародонтитом / Пародонтология, 2003. – № 2. – С.49-53.

**APPLICATION OF COMPLEX PREPARATIONS
PARODIUM GEL, MOUTH RINSE ELUDRIL
AND TOOTH PASTE ELGIDIUM FOR
POSTTRAUMATIC GINGIVITIS TREATMENT
AND PROPHYLAXIS**

**Lesogorov S.F., Yuldashiev I.M., Urgunaliyev B.K.,
Kulnazarov A.S., Toktombaev M.A.**

**Department of Pediatric Dentistry, Maxillo-Facial
and Plastic Surgery of the Kyrgyz Russian Slavonic
University of B.N. Elzin, Department of Maxillo-
Facial Surgery of the National Hospital of the
Kyrgyz Republic Health Service Ministry
Bishkek c., the Kyrgyz Republic.**

Article presents experience of department of Maxillo-Facial Surgery of the Kyrgyz Republic Health Service Ministry's National Hospital in application of an Complex preparations: Parodium – gel, Mouth rinse Eludril and Elgidium tooth paste, for treatment and prevention of Posttraumatic Gingivitis, as a result of supra-teeth-gingival splint application.

Key words: gingivitis, Parodium – Gel, Eludril–Solution, Elgidium – toothpaste.

УДК 616.314-089.23:617-089:616.314.4:611.716.1

**ХИРУРГИЧЕСКИЙ И ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ
ЭТАПЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕТЕНЦИИ
КЛЫКОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Назарова Н.М., Юлдашев И.М., Давлетов Б.М.,
Цой А.Р., Шакилов А.Р.**

**Кафедра стоматологии детского возраста,
челюстно-лицевой и пластической хирургии
КРСУ им. Б.Н. Ельцина, кафедра детской
стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

В статье представлены хирургический и ортодонтический этапы для более успешного подхода к лечению ретенционных клыков на верхней челюсти. Указаны последовательность основных ортодонтических и хирургических мероприятий необходимых для лечения ретенции клыков.

Ключевые слова: ретенция клыков, хирургический и ортодонтический этапы лечения.

**ҮСТҮНКУ ЖААКТЫН РЕТЕНЦИЯЛАНГАН
КЫЛКЫЙМА ХИРУРГИЯЛЫК ЖАНА
ОРТОДОНТТУК ДАРЫЛООНУН ЭТАПТАРЫ**

**КРСУ Балдар стоматологиясы жана бетжаак,
пластикалык хирургия кафедрасы, И.К.
Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик
медициналык академиянын балдар
стоматология кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Макалада үстүңкү жаактын ретенцияланган кылкыйма ийгиликтүү ыкмалар менен дарылоодо хирургиялык жана ортодонттук дарылоонун этаптары көрсөтүлгөн. Кылкыйма ретенциясын дарылоодо негизги хирургиялык жана ортодонттук керектүү иш-чаралардын тартиби көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: кылкыйма ретенциясы, хирургиялык жана ортодонттук дарылоонун этаптары.

Актуальность. Отсутствие клыка в линии улыбки неблагоприятно отражается на ее эстетике и влияет на качество и стабильность окклюзии. Поэтому устранение данного вида аномалии необходимо, однако лечение часто затруднительно. В 80 % случаев верхние клыки занимают свое место в зубном ряду к 12 годам у девочек и к 13 годам у мальчиков. Для составления оптимального плана лечения необходимо собрать максимум информации медицинского и стоматологического анамнеза, клинического обследования и соответствующие рентгенограммы. Необходимо для успешного лечения наряду с ортодонтическим методом, проводить хирургическую подготовку, т.е хирургический и ортодонтический протокол лечения [1].



Цель работы: составить хирургический и ортодонтический протокол при ретенции клыков на верхней челюсти.

Материал и методы. Для достижения цели исследования – изучения методов лечения ретенции клыков представлены хирургические методы – операция обнажения коронки клыка, применение ортодонтических методов – ортопантомографии, рентгенологический метод, изучение моделей, метод фотографии. Методы диагностики и лечения представлены на примере 27 пациентов на этапах лечения.

Причины нарушения прорезывания зубов. При всем многообразии факторов, препятствующих прорезыванию зубов, их можно разделить на общие и местные. Во многих случаях имеется комбинация нескольких факторов. Безусловно, наследственность играет значительную роль в нарушении прорезывания клыков. Столь же велико значение генетической предрасположенности при врожденном отсутствии (агенезии) или шиловидной форме боковых резцов. В свою очередь подобные аномалии неблагоприятно влияют на прорезывание клыков, поскольку, именно боковые резцы играют роль своеобразной направляющей для клыков [5].

Во время первичного обследования необходимо тщательно проверить пациента на наличие аномалий, которые могут препятствовать прорезыванию зубов. При обнаружении ретенированного зуба следует составить план лечения с учетом этиологии имеющегося состояния:

- Неправильная ориентация зубного зачатка в костной крипте. Данное отклонение может произойти с любым постоянным зубом, но чаще всего с верхними клыками и центральными резцами.
- Аномальная траектория прорезывания постоянного зуба чаще всего имеет генетическую предрасположенность. Обычно эта особенность характерна для верхних клыков и происходит в результате дистопии направляющего канала [6].
- Недостаточное развитие верхней челюсти или другие аномалии, приводящие к укорочению верхней зубной дуги, могут привести к дефициту пространства по ходу прорезывания зуба.
- Препятствия, например сверхкомплектные зубы или одонтомы, обычно встречаются на верхней челюсти и препятствуют прорезыванию центральных резцов.
- Анкилоз зуба в результате травмы или хирургического вмешательства.

При нормальном прорезывании верхние клыки легко пальпируются с вестибулярной стороны альвеолярного гребня. Верхние клыки начинают развиваться в небном отростке верхней челюсти. Это объясняет тот факт, что при дистопии этих зубов очень часто они прорезываются небно, обычно в направлении срединной сагиттальной плоскости. В 85 % случаев при наличии небно ретенированных клыков в зубной дуге имелось достаточное пространство для прорезывания зуба, но траектория

прорезывания изменилась из-за отсутствия направляющего действия со стороны корня бокового резца [3]. Отсутствие адекватной для прорезывания клыка направляющей со стороны корня бокового резца может быть связано со следующим:

- Недостаточная длина корня бокового резца.
- Овальная, коническая форма и небольшие размеры бокового резца [4].
- Осевая ротация клыка, что может привести к его небной или вестибулярной миграции.
- Задержка развития зуба.

Стоматологи должны иметь настороженность к дистопии клыков, тщательно обследовать вестибулярную поверхность альвеолярного гребня и регулярно оценивать симметрию зубных рядов. В большинстве случаев пальпируемые клыки прорезываются в нормальном положении [2].

С одной стороны, не следует считать, что отсутствие пальпируемого вестибулярного возвышения у детей является патологичным признаком задержки прорезывания клыка. С другой, у подростков значимость этого симптома значительно возрастает.

При скученности зубов траектория прорезывания клыка отклоняется в направлении вестибулярной кортикальной пластинки альвеолярного гребня. Такая ситуация часто встречается на раннем этапе смешанного прикуса, когда верхний боковой резец блокируется между постоянным центральным резцом и молочным клыком.

При отсутствии достаточного межклыкового расстояния дистальный наклон коронок боковых резцов более выражен. В подобных случаях прорезывающиеся клыки не могут сместиться в небную сторону, поэтому поворачиваются вестибулярно, пересекая оси корней боковых резцов [7].

Однако не следует считать, что клык прорезывается аномально на том простом основании, что он пальпируется слишком высоко вблизи апикальной трети бокового резца.

Только рентгенологическое исследование позволяет получить точное представление о положении коронки клыка. Более того, нередко дистопированным оказывается боковой резец, а не клык.

Результаты исследований и рекомендации. Ортопантограмма является обязательной при выявлении ретенированных зубов, поскольку позволяет получить общее представление о верхней и нижней челюсти, альвеолярных гребнях, зубных рядах и полости носа.

С помощью панорамного рентгеновского снимка можно приблизительно оценить состояние зубочелюстной системы, выявить некоторые аномалии формы зубов (например, изгибы корней, крюковидные верхушки корней и др.), траектории прорезывания зубов, агенезию зубов, сверхкомплектные зубы, ретенированные зубы, зубной возраст, состояние реставраций, качество эндодонтического лечения, прилегающие скелетные структуры на предмет обнаружения кист или гранулем.

При наличии ретенированного зуба ортопантограмма позволяет определить:

- Глубину залегания ретенированного зуба (глубоко или поверхностно).
- Положение оси ретенированного зуба (горизонтальное, с мезиальным или дистальным наклоном).
- Отношение к соседним зубам.
- Риск аномального смещения соседних зубов (рис 1).
- Наличие или отсутствие апикальной резорбции корней прилегающих зубов.

Однако нужно помнить, что этот относительно простой метод исследования имеет ограничения.



Рис. 1. Ретенция 13 зуба

Искажения и наложение объектов на панорамной рентгенограмме не позволяют точно определить положение ретенированного зуба, в частности в сагиттальной плоскости. Кроме того, на таком снимке нельзя уверенно оценить наклон клыка. На панорамной рентгенограмме резцы искажаются меньше, поскольку располагаются более фронтально, в то время как клыки находятся в области изгиба зубной дуги и перехода проекции из фронтальной в боковую.

Клинические наблюдения. Этапы лечения ретенированных клыков. Нами было принято на лечение 27 пациентов с диагнозом ретенция клыков на верхней челюсти в возрасте с 10-19 лет, которым был проведён полный объём клинического обследования, изучены диагностические модели, а также рентгенологическое исследование (ОПТГ, 3Д томография, прицельные дентальные снимки).

После тщательного анализа данных клинического обследования и рентгенологического исследования пациента и его родственников мы информируем об имеющихся вариантах лечения, их преимуществах и недостатках:

1. Наблюдение. При отказе от хирургического и ортодонтического лечения необходимо проводить периодическое рентгенологическое наблюдение за ретенированным зубом, уделяя особое внимание развитию патологических изменений, например резорбции корней прилегающих зубов. Пациент и его родственники должны быть проинформированы обо всех вероятных осложнениях при отказе от активного лечения, включая неблагоприятный долгосрочный прогноз относительно сохраненных незрелых молочных клыков с короткими корнями.

2. Удаление ретенированных зубов. После удаления ретенированного клыка необходимо устранить дефект зубного ряда. При условии достаточного пространства в зубной дуге после окончательного завершения скелетного роста можно установить имплантат или несъемный частичный протез.

В качестве альтернативы можно провести ортодонтическое передвижение боковых зубов в мезиальном направлении. В таком случае клык окажется замещен первым премоляром. Однако первый премоляр обычно мало подходит для этого, поскольку сильно отличается от клыка по форме, размеру и функциональным особенностям.

3. Комбинированное хирургическое и ортодонтическое лечение. Данный вариант является предпочтительным. При наличии достаточного пространства для выдвижения клыка остальные зубы могут быть сохранены. При скученности необходимое пространство должно быть создано с помощью ортодонтических методов, но иногда показана экстракция постоянных зубов.

Перед ортодонтическим перемещением ретенированного клыка следует убедиться в наличии достаточного пространства для обеспечения оптимального положения всех зубов зубного ряда. При показаниях к экстракции зубов для создания необходимого аппарата обычно удаляют первые премоляры. Для принятия осознанного решения мы, пациент и его родители должны учитывать все факторы, включая прогноз лечения, его продолжительность, степень сотрудничества и мотивацию пациента. Часто при несвоевременном начале терапии и значительном дефиците длины зубной дуги показана экстракция зубов.

При лечении ретенированных зубов в первую очередь необходимо выровнять положение и устранить ротацию уже прорезавшихся зубов, только после этого можно приступать к созданию пространства для прорезывания клыков.

В большинстве случаев создание вестибулярного доступа позволяет обнажить вестибулярную поверхность коронки ретенированного клыка для фиксации брекета. Только при горизонтальном (или почти горизонтальном) положении ретенированного

клыка с вестибулярной стороны чаще доступна его небная, а не вестибулярная поверхность.

Вестибулярный доступ при лечении ретенционных клыков верхней челюсти рекомендуется в следующих случаях:

1. Дистопированный клык прорезывается в нижней части зубной дуги в правильном направлении. Несмотря на то, что такое состояние считается небной ретенцией 1-го класса, возможно создание вестибулярного доступа, но только в тех случаях, когда клык не имеет небного наклона и когда его траектория прорезывания пролегает вблизи подготовленного для него пространства в зубной дуге.

2. Клык располагается посередине между двумя кортикальными пластинками и примыкает к корню бокового резца или премоляра.

3. Клык прорезывается вестибулярно вне зубной дуги. Заподозрить данное состояние можно в возрасте 13 лет по наклону бокового резца или патологичному выпячиванию вестибулярной кортикальной пластинки вблизи области прорезывания клыка.

Вестибулярное расположение ретенционных клыков. При поверхностном вестибулярном расположении ретенционных клыков доступ возможен с помощью простого лоскута. Лоскут для создания непосредственного доступа. Такой лоскут отслаивается в подготовленном для прорезывания клыка участке. При этом удаляются ткани, препятствующие прорезыванию зуба в полость рта, и обнажается поверхность коронки для фиксации крепления.

Хирургический протокол

- Горизонтальный разрез производят

перпендикулярно плоскости кости по гребню между боковым резцом и первым премоляром (рис 4).

- Вертикальный разрез производят по дистальному краю горизонтального разреза, также на всю глубину мягких тканей. Эти два разреза образуют границы треугольного слизисто-надкостничного лоскута, достаточного для обнажения части коронки клыка для фиксации крепления

- Полукруглое окно в мягких тканях создает условия для естественного прорезывания клыка в течение нескольких дней без каких-либо дополнительных мер (рис 5).

Приведенный доступ может использоваться только при поверхностной ретенции клыка вблизи альвеолярного гребня и отсутствии патологии мягких тканей.

Ортодонтический протокол. При правильном расположении остальных зубов можно использовать съемный ортодонтический аппарат с пружиной, фиксированной к трубке, которая припаяна к кламмеру Адамса. Сначала производится дистальное смещение клыка, а затем его экструзия.

После создания доступа и фиксации крепления зуб перемещают ортодонтически в направлении оптимальной траектории прорезывания в сторону от корня бокового резца. Необходимо максимально сохранять периодонт бокового резца, для чего целенаправленно тормозят фактическое прорезывание клыка.

После перемещения клыка на безопасное расстояние от бокового резца можно приступать к перемещению ретинированного зуба в направлении окклюзионной плоскости.

В основном целесообразно применение несъемного

Клинический пример

Пациент А. 16 л. DS: Ретенция 13 зуба



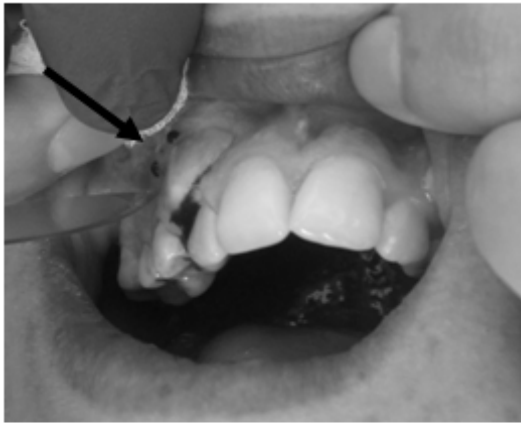
Рис. 1 а. До лечения



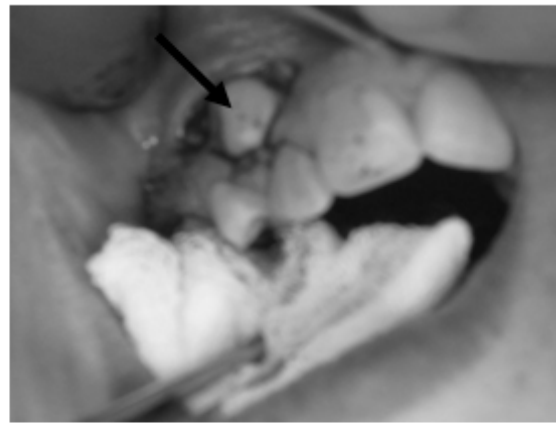
Рис. 2. Ортопантомограмма



Рис. 3. Диагностические модели



А



Б

Рис. 4. Хирургический этап: обнажение коронки ретенрованного зуба

ортодонтического аппарата как брекет-система, которая перемещает ретенрованные клыки в заданном направлении, одновременно создавая место в зубном ряду для него (рис. 6,7).

Литература

1. Жан-Мари Корбандо, Антонио Патти. Хирургическое и



Рис. 5. Ортопантомограмма во время лечения



Рис. 6. На этапе ортодонтического лечения с помощью брекет-системы через 3 месяца



Рис. 7. Через 10 месяцев после лечения

- ортодонтическое лечение ретенированных зубов / М.: Азбука, 2009. – С.70-75.
- Ericsons, Kurol J. Radiographic examination of ectopically erupting maxillary canines. //Am J. Orthod Dentofacial Orthop. - 1987. – № 6. – P.483-492.
 - Jacoby H. The etiology of maxillary canine impactions. // Am J. Orthod. - 1983.- № 7. – P.125-132.
 - Oliver R.G., Mannion J.E., Robinson J.M. Morphology of the maxillary lateral incisor in case of unilateral impaction of the maxillary canine // Br J. Orthod. - 1989.- № 3. – P.9 -16.
 - Pirinen S., Arte S., Apajalanti S. Palatal displacement of canine is genetic and related to congenital absence of teeth. //J. Dent Res.-1996. – №1. - P.75c.
 - Peck S., Peck L., Kataja M. The palatally displaced canine as a dental anomaly of genetic origin. // Angle Orthod.-1994. - №4. – P.249-256.
 - Van der Linden FPGM, Duterloo H.S. Development of the Human Dentition. An Atlas Magerstown. MD.: Harper and Row, 1976. - 534p.

THE SURGICAL AND ORTHODONTIC STEPS FOR TREATMENT OF IMPACTED CANINE TEETH OF THE MAXILLARY BONE

Nazarova N.M., Uldashev I.M., Davletov B.M., Tsoi A.R., Shakelov A.R.

Department of Pediatric Stomatology Maxillo-Facial and Plastic Surgery of the Kyrgyz-Russian Slavonic University Department of children stomatology KSMA of I.K. Akhunbaev, Bishkek c., the Kyrgyz Republic.

In this article, the surgical and orthodontic steps for more successful approach to treatment of impacted canine teeth at the upper jaw are presented. The consequence of major orthodontic and surgical measures required for treatment of impacted canine teeth is described.

Key words: canine teeth retention, surgical and orthodontic steps of treatment.



УДК 616.314.716.1-007.13:616-073

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РЕТЕНЦИЕЙ КЛЫКОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Назарова Н.М., Юлдашев И.М., Давлетов Б.М., Шаkelов А.Р., Давлетова Г.Р.

**Кафедра стоматологии детского возраста челюстно-лицевой и пластической хирургии КРСУ им. Б.Н. Ельцина
Кафедра детской стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

В статье представлены результаты обследования 27 пациентов с ретенцией клыков верхней челюсти. Описаны алгоритмы рентгенологического обследования направленные на выявление ретенции клыков на ранних этапах формирования зубочелюстной системы.

Ключевые слова: клыки верхней челюсти, ретенция, денальная объемная компьютерная томография (ЗД КТ), ОПТГ.

ҮСТҮҢКУ ЖААКТЫН КЫЛКЫЙМА ТИШТЕРИНИН РЕТЕНЦИЯСЫН ДАРЫЛАНУУЧУЛАРДЫ РЕНТГЕНДИК ИЗИЛДӨӨ

КРСУ Балдар стоматологиясы жана бетжаак, пластикалык хирургия кафедрасы, И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиянын балдар стоматология кафедрасы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Макалада үстүңкү жаактын кылкыйма тиштеринин ретенциясын дарылап жаткан 27 адамды текшерүү жыйынтыктары берилген. Тиш-жаак системасынын калыптануу маалында азуу тиштердин ретенциясын пайда боло баштаганда табууга багытталган рентгендик алгоритмдер сүрөттөлгөн.

Негизги сөздөр: үстүңкү жаактын кылкыйма тиштери, ретенция, деналдык көлөмдүү компьютердик томографиясы (ЗД КТ), ОПТГ.

Актуальность. На сегодняшний день ретенция зубов является достаточно распространенной аномалией развития зубочелюстной системы: на 100 детей, обратившихся за ортодонтической помощью, 15-20 имеют аномалию прикуса, осложненную ретенцией одного или более зубов. Наиболее часто встречается ретенция клыков - 51,1% среди ретенированных комплектных зубов [1,4].

В последние годы к врачу-ортодонту все чаще обращаются пациенты с ретенцией клыков на верхней челюсти. Как правило, эта аномалия является лишь частью симптоматических нарушений в зубочелюстной системе и сопровождается не только

нарушением прорезывания зубов, но и скученным их положением, поворотами по оси, диастема, трема, а также наблюдается резорбция корней и образование кист. В большинстве случаев ретенция клыков протекает бессимптомно и обнаруживается в процессе стандартного рентгенологического обследования на приеме у врача-стоматолога. В связи с множеством осложнений, возникающих при данной патологии при отсутствии лечения, а также во время его проведения, особое значение приобретает полная диагностика положения ретенированного клыка. Для уточнения расположения соседних зубов и тканей, окружающих ретенированный клык, необходимо проведение не только ортопантомографии, но и дентальной объемной компьютерной томографии [1,5].

Цель: разработка алгоритма рентгенологического исследования пациентов с ретенцией клыков на верхней челюсти, которая необходимо для комплексного лечения.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленной задачи было проведено комплексное обследование 27 пациентов в возрасте от 10 до 19 лет с диагнозом ретенция клыков на верхней челюсти (табл. 1, табл.2).

Таблица 1 . Распределение детей с ретенцией клыков по возрасту и полу

Возраст	Девочки	Мальчики	Всего
10	3		3
11	3		3
12	3	1	4
13		2	2
14	2	2	4
15	2	2	4
16		1	1
17	1	2	3
18	1		1
19	1	1	2
Всего	16	11	27

Таблица 2



Все пациенты были распределены по возрасту и месторасположению ретенированного клыка на верхней челюсти. В зависимости от месторасположения ретенированного клыка на верхней челюсти пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа с вестибулярной ретенцией клыка на верхней челюсти – 20 пациентов и 2 группа с небной ретенцией клыка- 7 пациентов (табл. 3).

Таблица 3

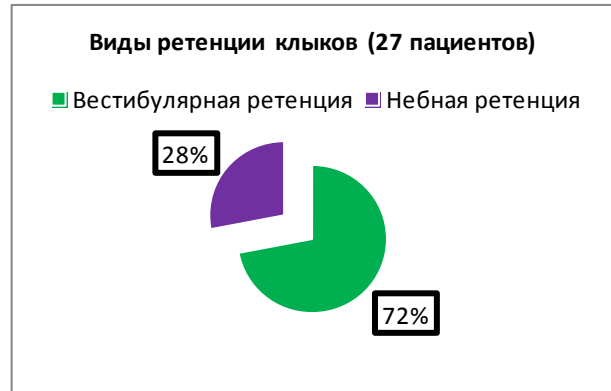


Рис. 1. Вестибулярная ретенция 13 зуба

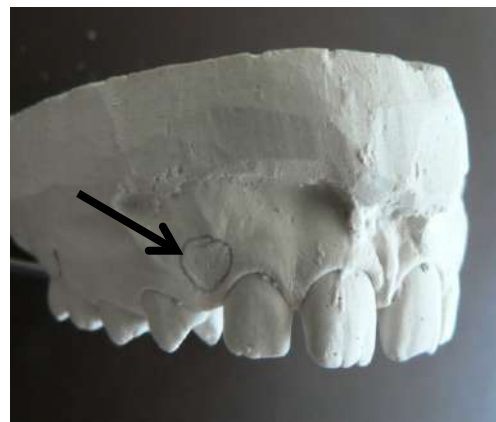


Рис. 2. Диагностическая модель

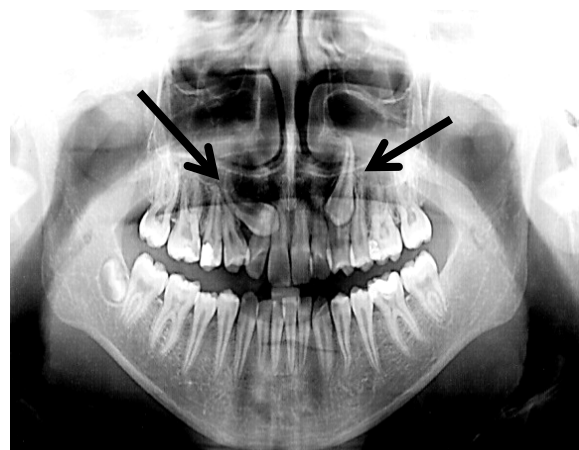


Рис. 3. Ортопантомограмма

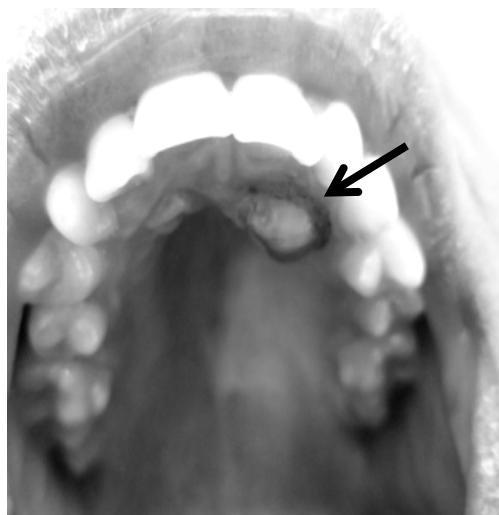


Рис. 4. Небная ретенция клыка 23 зуба

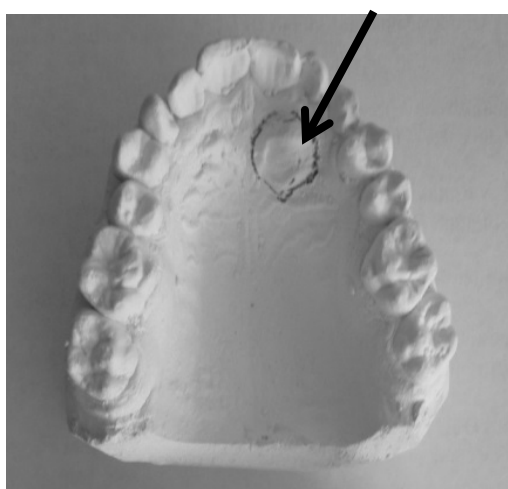


Рис. 5. Диагностическая модель

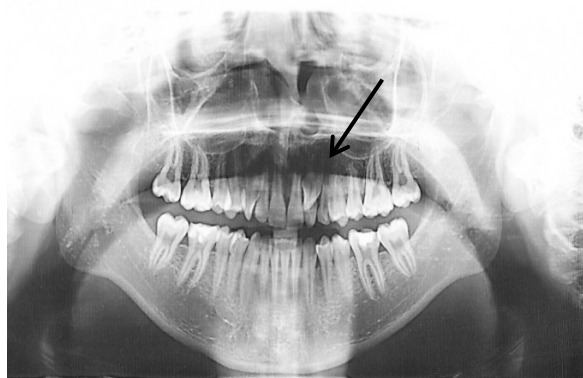


Рис. 6. Ортопантограмма

Диагноз устанавливали на основании: клинического обследования, изучения фотографий лица, изучения гипсовых моделей челюстей и рентгениследования (ортопантомография, дентальная объемная компьютерная томография, дентальная рентгенография).

Дентальная объемная компьютерная томография (3Д КТ) проводилась на компьютерном томографе фирма Planmeca (Finland) Promax with Dimax 3D\ 3D sensor User's Manual № выпуска 10007367 версия 36.

Проведен анализ 27 ортопантомограмм, 5 дентальных объемных компьютерных томографий верхней челюсти. Получено 27 прицельных внутриротовых рентгенограмм.

Изготовлено и рассчитано 27 пар диагностических моделей челюстей. На моделях определяли величину, форму, положение отдельных зубов; форму и размеры зубных рядов в трех взаимно перпендикулярных плоскостях, тип смыкания зубных рядов; наличие диастем, трем; отмечали форму латерального резца, наличие задержки смены молочных клыков. Для определения ширины верхнего зубного ряда в области премоляров и моляров, а также длины переднего участка зубной дуги были применены методы: Пона и Коркхауза (Pont, Korkhaus, 1966) [6,7].

Для лечения пациентов с ретенцией клыков на верхней челюсти использовали несъемную ортодонтическую аппаратуру с применением техники прямой дуги.

Результаты исследования и их обсуждение.

Результаты рентгенологического обследования. На основании анализа ортопантомограмм (ОПТГ) получали информацию о положении ретенированного клыка. В группе пациентов с вестибулярной ретенцией клыков на верхней челюсти угол наклона ретенированного клыка к средней линии варьировал от 15 до 30°. В группе пациентов с небной ретенцией клыков на верхней челюсти угол наклона ретенированного клыка к средней линии варьировал от 22° до 50° [2].

Угол наклона ретенированного клыка свидетельствовал о степени смещения коронки зуба мезиодистально относительно верхнего зубного ряда. Чем больше угол наклона, тем сильнее смещение зуба. При вестибулярной ретенции требовалась приложенная прямая экстразионная сила направленной к будущему месторасположению ретенированного клыка, так как степень мезиодистального смещения была не велика. Для небной ретенции клыков вектор тяги сначала был направлен вертикально вниз для коррекции мезиодистального смещения, а затем непосредственно к будущему месторасположению ретенированного клыка.

Периапикальные снимки и ОПТГ были важны для выявления и определения позиции и наклона ретенированных клыков к средней линии, однако, они давали ошибочные представления о наличии места для клыков в кости верхней челюсти. Кроме того, при анализе ортопантомограмм наложение зубов друг на друга делало невозможным определение истинных контактов между ретенированным клыком и корнями, коронками соседних зубов.

Для составления плана лечения в случаях ретенции клыков на верхней челюсти важно оценить расстояние между коронкой ретенированного зуба и корнями соседних резцов, а также знать расположение верхушки корня ретенированного зуба относительно корней премоляров. (рис 7, рис 8).

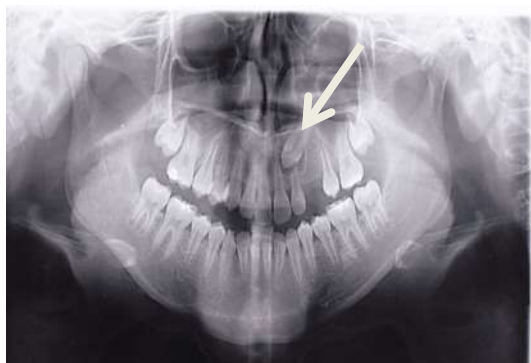


Рис. 7



Рис. 8

Анализ 3Д КТ позволил определить расположение клыка в трех плоскостях: оценить угол наклона зуба, расположение зуба по

отношению к корням соседних зубов, определить локализацию резорбированных поверхностей корней соседних зубов, степень ротации ретеннированного клыка по его продольной оси, наличие аномальной морфологии. Все эти показатели играли существенную роль в принятии решения об ортодонтическом вытяжении или об удалении ретеннированного зуба.

Оценка этих показателей позволяла провести планирование ортодонтического лечения, направленное на устранение сопутствующих аномалий окклюзии и определяла пути создания пространства для ретеннированного клыка и выбор опоры [2,4,8].

На основании проведенных наблюдений был разработан алгоритм рентгенологического обследования пациентов с ретенцией клыков на верхней челюсти, позволяющий провести планирование ортодонтического лечения на основании данных ОПТГ, 3Д КТ, (Рис.9).

Использование стандартных методов рентгенологического обследования таких как ОПТГ и 3Д КТ позволило на начальном этапе диагностики аномалии окклюзии установить угол наклона ретеннированного клыка [8].

Алгоритм рентгенологического исследования пациентов с диагнозом ретенция клыков на верхней челюсти

1 этап: Ортопантомограмма (ОПТГ)

Проведение стандартного рентгенологического

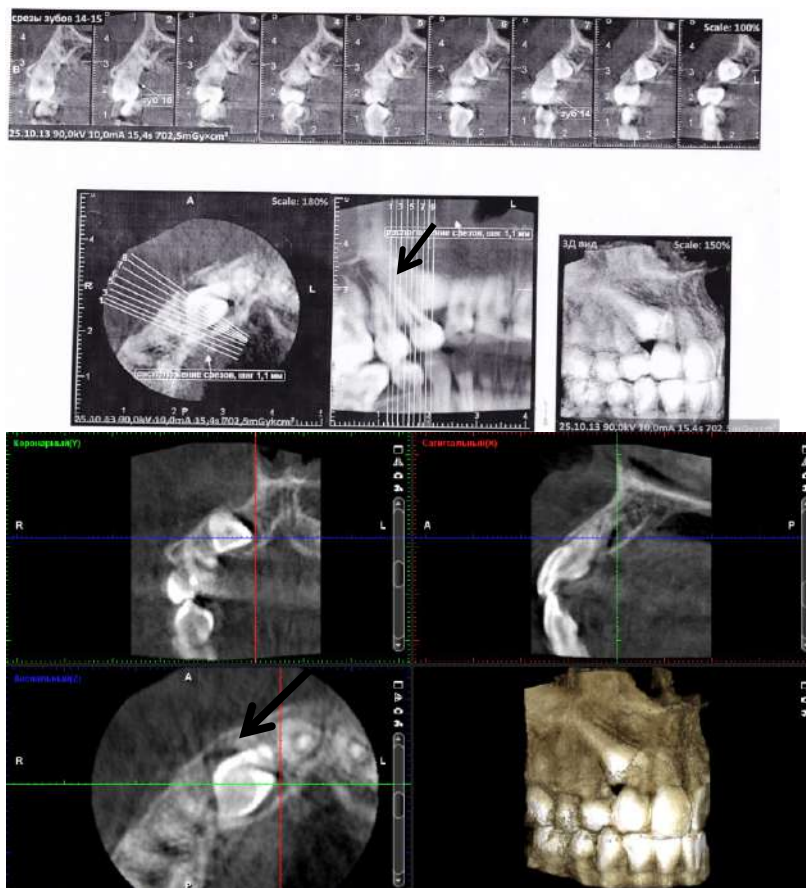


Рис. 9. 3Д КТ Ретенция 13 зуба

обследования. Анализ положения ретеннированного клыка на ОПТГ.

- угол наклона клыка к средней линии
- передне-задняя позиция корня ретеннированного клыка
- расположение клыка по вертикали относительно соседнего латерального резца
- наложение ретеннированного клыка на корень латерального резца.

2 этап: Дентальная объемная компьютерная томография (3Д КТ)

Показания к проведению 3 Д КТ:

- затрудненная диагностика пространственной ориентации продольной оси ретеннированного клыка
- необходимость определения положения ретеннированного зуба относительно корней соседних зубов
- определения наличия сверхкомплектных зубов, одонтом, апикальных гранулем, кист и расположение этих образований относительно ретеннированного зуба
- подтверждение подозрения о резорбции корней соседних зубов
- оценка нетипичной морфологии коронки и корня ретеннированного зуба

3 этап: ОПТГ+3 Д КТ

Проведение повторного рентгенологического исследования необходимо в активной фазе *ортодонтического лечения* для оценки динамики перемещения и состояния окружающих тканей на этапах ортодонтического лечения.

Выводы.

1. Стратегия ортодонтического лечения ретенции клыков на верхней челюсти зависит от локализации ретеннированного клыка, расположения его относительно рядом стоящих зубов, состояния тканей, окружающих ретеннированный клык.
2. Дополнительный рентгенологический метод обследования, такой как дентальная объемная томография, позволяет определить точную локализацию ретеннированного клыка на верхней челюсти и оценить состояние тканей, окружающих ретеннированный клык.
3. Протокол рентгенологического обследования пациентов с ретенцией клыков на верхней челюсти позволяет провести комплексную оценку пространственного положения ретеннированного клыка на основе данных полученных при анализе ортопантомограмм (ОПТГ), дентальной объемной компьютерной томографии (3Д КТ), что повышает качество диагностики данной аномалии.
4. На этапе диагностики и составления плана лечения показаниями к проведению 3 Д КТ являются: затрудненная диагностика пространственной ориентации продольной оси ретеннированного зуба, необходимость определения положения ретеннированного зуба относительно корней соседних зубов, определение наличия сверхкомплектных зубов, одонтом, апикальных гранулем, кист и расположение этих образований относительно ретеннированного зуба, подтверждение подозрения о резорбции корней соседних зубов,

оценка нетипичной морфологии коронки и корня ретеннированного зуба.

Литература

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н. Ортодонтия. - М.,2008. - 360-362с.
2. Волчек Д.А. Оптимизация лечения пациентов с ретенцией клыков на верхней челюсти. Автореф. дис. ...канд. мед. наук.- М.,2007.- 18с.
3. Герасимов С.Н., Рядченко В.Н. Ретенция верхнечелюстных клыков // Стоматология, 2002.- № 3.- С.30-35.
4. Жан Юссеф Эль - Бадауи Ретенция клыков у детей (диагностика и комплексное лечение). Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - М., 2013.- 33с.
5. Оспанова Г.Б., Волчек Д.А., Бадалян К.Ю., Дыбов А.М. Лечение пациентки с ретенцией клыка на верхней челюсти // Клин.стом.-2008.-№ 3.- С.68-70.
6. Персин Л.С. Ортодонтия // Руководство для врачей. - М.,2007.-71. - 165с.
7. Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика, виды зубочелюстных аномалий // Учебник для ВУЗов.- М.,1996. - 270с.
8. Шук Мазен. Клинико-рентгенологическая диагностика и аппаратурно-хирургическое лечение ретенции клыков. Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - Тверь, 2004 - 10с.

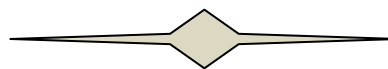
X-RAYS OF PATIENTS WITH RETENTION CANINES IN THE JAW

**Nazarova N.M., Uldashev I.M., Davletov B.M.,
Shakelov A.R., Davletova G.R.**

Department of Pediatric Stomatology Maxillo-Facial and Plastic Surgery of the Kyrgyz-Russian Slavonic University, Department of children stomatology K SMA named after I.K. Akhunbaev, Bishkek c., Kyrgyz Republic.

The paper presents the results of a survey of 27 patients with retention canines of the upper jaw. The algorithms radiological survey aimed at identifying the retention of canines in the early stages of dentition.

Key words: teeth of the upper jaw, retention, dental volumetric computed tomography (3D KT), XCTD.



УДК 616.314-002-036-053.5 (575.2)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ШКОЛЬНИКОВ ЧУЙСКОЙ ОБЛАСТИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

*Чолокова Г.С., Юлдашев И.М., Тыналиева Д.М.,
Абыкеева Р.С., Усманджанов Р.Я.,
Мамбеталиев Ж.А.*

**Кафедра детской стоматологии КГМА
им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

Проведены эпидемиологические исследования стоматологических заболеваний у 896 школьников чуйской области.

Ключевые слова: интенсивность кариеса, гигиенический индекс, распространенность ЗЧА.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ЧУЙ ОБЛАСТЫНДАГЫ МЕКТЕП ОКУУЧУЛАРЫНЫН СТОМАТОЛОГИЯЛЫК СТАТУСУНУН АНЫКТАЛЫШЫ

**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиянын багдар стоматология кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Чуй областындагы 896 мектеп окуучуларынын стоматологиялык ооруларын аныктоо максаты менен эпидемиологиялык изилдөө өткөрүлдү.

Негизги сөздөр: кариестин интенсивдүүлүгү, гигиеналык индекс, бет жаак аномалиясынын таралышы.

Изучение стоматологической заболеваемости среди детского населения Кыргызской Республики выявило повышение распространенности от 66,56 % до 77,7% и интенсивности кариеса у детей от 1.64 до 3.66 [3,4,5].

Это говорит о том, что проблема профилактики основных стоматологических заболеваний у детей, является актуальной и требует дальнейшего решения. Что и явилось причиной изучения заболеваемости детского населения с последующей разработкой научно-обоснованных программ профилактики основных стоматологических заболеваний для детей республики Кыргызстан.

Цель исследования: определение эпидемиологии ЗЧА у школьников Чуйской области Кыргызстана.

Материал и методы. Нами проведено сплошное стоматологическое обследование 856 детей школы им. Ваккера Чуйской области в возрасте 6-18 лет, в том числе, в ключевых группах 6, 12, 15 лет. Обследование осуществляли стоматологи кафедры детской стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева с использованием обычного набора инструментов. Специалисты предварительно были откалиброваны между собой для одинаковой оценки статуса по индексам ВОЗ [1].

Результат осмотра фиксировали в «Карте для

регистраций данных стоматологического обследования» разработанной ВОЗ [1]. В карту вносили стандартную информацию: пол, возраст, место проживания, время проживания, национальность. А также данные клинической части исследования: внешний осмотр, состояние слизистой оболочки полости рта, пародонта, некариозные поражения, состояние зубов, челюстно-лицевые аномалии, необходимость в лечении. Определяли распространенность кариеса и интенсивность поражения зубов по индексам кп, КПУ, КПУ + кп.

Гигиену полости рта определяли с помощью индекса Грина – Вермиллиона ОН1 – S, пародонтальный статус с помощью индекса СРITN [1].

Регистрировали зубочелюстные аномалии: скученность зубов и наличие промежутков, нарушения прикуса.

Потребность в лечении была выявлена посредством индекса УСП – уровня стоматологической помощи [2].

Анализ данных исследования проводился на персональном компьютере с использованием программ Microsoft Excel / XP. Исходная информация карт эпидемиологического исследования для анализа результатов была внесена в простые таблицы в формате Excel / XP. Последующий анализ осуществлялся с помощью статистических и математических программ.

Результаты и обсуждение. Обследование детей от 6 до 18 лет показало неодинаковую распространенность ЗЧА.

Распространенность ЗЧА у детей и подростков составила 46%. Аномалии прикуса 3.2%. Аномалии положения зубов 32,4%. По возрастам в сменном прикусе (6-14 лет) преобладает скученность зубов верхней и нижней челюстей.

Из имеющих ЗЧА школьников получают ортодонтическое лечение лишь 0,7%. 0,8% учащихся нуждаются в ортопедическом лечении.

С возрастом распространённость ЗЧА увеличивается, наибольшее число наблюдается в 17 лет – 63,6 % (табл.1).

Интенсивность кариеса, с учетом молочных и постоянных зубов по школе, составила $5.15 \pm 0,28$, т.е. у каждого ребенка по 5 зубов поражено кариесом. Распространенность кариеса по возрастам варьирует от 80 до 98%. Средняя распространенность составляет 92%.

В девяти - десятилетнем возрасте интенсивность кариеса (КПУ+кп) уменьшается, в 11 лет наименьшая - 3.74. С 12 лет начинает нарастать и составляет 3.82, наибольшего значения 6.27 достигает у 17 – летних.

Как видно из табл.2, в 7 лет наблюдается поражение постоянных зубов, в основном первых моляров. Интенсивность кариеса постоянных зубов в 7 лет составляет $0.69 \pm 0,15$ и постепенно нарастает. И в 12 лет равна $3.36 \pm 0,22$.

Полностью постоянный прикус у детей сформирован к 15 годам. Изучение составляющих КПУ показало, что компонент К (77,8%) больше показателя П (16,7%) и составляет основную массу (рис.1).

Таблица 1 - Распространенность ЗЧА у школьников по возрастам (n 856)

Возраст (лет)	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Аномалы положенныя зубов	-	30,1 %	38,4 %	28,8 %	26,1 %	32,2 %	25,9 %	21,9 %	41,3 %	48,5 %	38,3 %	63,6 %	20 %
Аномалы приткуса	14,3 %	5,4 %	10,1 %	4,8 %	-	-	-	4,1 %	-	9,1 %	4,3 %	-	-

Таблица 2 - Распространенность и интенсивность кариеса у школьников по возрастам (n 856)

Возраст (лет)	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Р (%)	85,7	93,5	98,0	98,0	93,2	89,7	95,4	91,8	92,7	92,4	95,7	90,9	80,0
КП	5,57	5,45	5,23	3,25	2,33	1,29	0,46	0,07	0,03	-	-	-	-
КПУ	-	0,69	1,17	1,76	2,07	2,45	3,36	3,39	4,34	5,85	5,53	6,27	5,8

На одного учащегося приходится 2.58 кариозных зуба, 0.58 пломбированных и, к сожалению, 0.16 удаленных постоянных зубов..

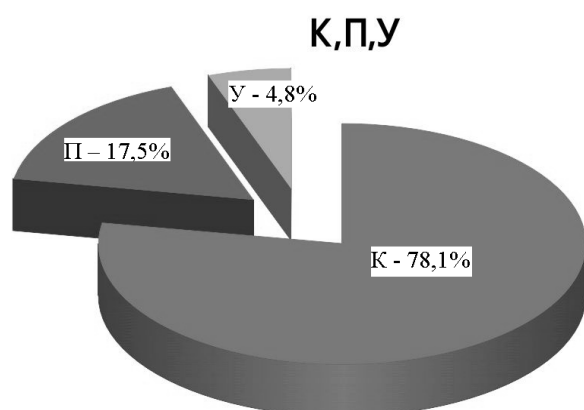


Рис.1. Структура составляющих индекса КПУ

На рис.2 наглядно представлено увеличение показателей составляющих индекса КПУ по возрастам.

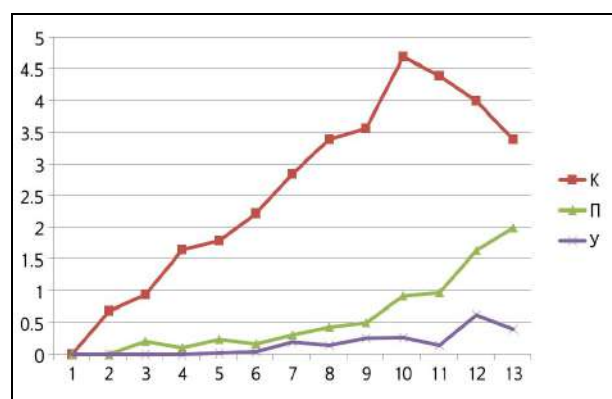


Рис.2. Составляющие индекса КПУ по возрастам

Школьники со здоровыми зубами составили

всего 6%. Это один из показателей мониторинга системы стоматологической помощи населению [1].

В глобальных целях стоматологического здоровья к 2000 году говорится, что 50% 5-6 летних детей будут здоровы (свободны от кариеса), а интенсивность кариеса зубов у 12-летних детей не превысит средний КПУ 3.0, не будет удаленных зубов у 85% молодых людей в возрасте 18 лет.

В глобальных целях стоматологического здоровья к 2020 году: увеличить пропорцию 6-летних детей, свободных от кариеса; уменьшить КПУ зубов, особенно компонент К у детей в возрасте 12 лет; уменьшить утерю зубов из-за кариеса в 18 лет [1].

В наших исследованиях только 14,3% 6-летних школьников, и 6,5% 7-летних имеют здоровые зубы. У 12-летних средний КПУ равен 3.36±0,22. Т.е. показатели у школьников не соответствуют таковым, которые были рекомендованы еще к 2000 году, не говоря о 2020.

Важную роль в профилактике кариеса и болезней пародонта играет гигиена полости рта. Определение индекса гигиены показало, что у школьников он варьирует от 0,71 до 1,64 и в среднем составляет 1,22±0,06, т.е. уровень ее удовлетворительный. Наши исследования показали, что 94,3% имеют признаки заболевания пародонта. Интактный пародонт имеют 5,7% школьников. Здоровых секстантов на одного школьника приходится 1,23 (из шести), средний показатель CPITN 1,02±0,09, у 15-летних – 1,19±0,09. Мы проанализировали, насколько полно стоматологическая помощь удовлетворяет потребности в лечении. Индекс УСП был равен 17,4%, т.е. уровень оказания помощи недостаточный.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют, что при отсутствии программ профилактики существующая на данном этапе поражаемость зубов кариесом и легкая степень заболеваний пародонта у детей и подростков перейдет в тяжелую форму у взрослых и повлечет за

собой увеличение потребности в терапевтическом, хирургическом и ортопедическом лечении.

Литература

1. ВОЗ (Женева). Стоматологические обследования. Основные методы. 4-изд. / ВОЗ.- Женева, 1997. – 76с.
2. Леус П.А. Стоматологическое здоровье населения / Минск: БГМУ, 2009.-255 с.
3. Сабурова Л.Б. Стоматологические заболевания в Киргизии и их профилактика: метод. письмо для вузов. – Фрунзе, 1977. – 27 с.
4. Сельпиев Т.Т. Принципы оказания стоматологической помощи населению Кыргызской республики в условиях рыночных отношений. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Бишкек, 1995. – 26с.
5. Юлдашев И.М. Основные показатели распространенности и интенсивности кариеса зубов, состояния тканей пародонта у детей школьного возраста в Кыргызской Республике / Медицинские кадры XXI века, 2006. - № 2. - С. 14-19.

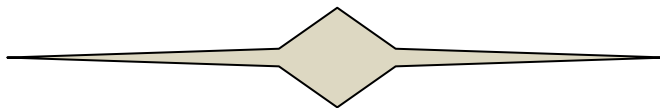
DEFINITION OF THE STOMATOLOGIC STATUS AT SCHOOL STUDENTS OF CHUYSKY AREA OF THE KYRGYZ REPUBLIC

Cholokova G., Yuldashev I., Tynaliyeva D., Abykceva R., Usmandzhanov R. Mambetaliyev J.

**Department of Pediatric stomatology KSMA
named after I.K. Akhunbaev
Bishkek c., the Kyrgyz Republic**

Epidemiological researches of stomatologic diseases at 896 school students of the chuysky area are conducted.

Key words: intensity of caries, hygienic index, prevalence of ZChA.



УДК 616.314-089.23-08-053.2:615.28.451:616.317.1.315-007

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОГО РАСТВОРА ОКТЕНИСЕПТ ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Шакелов А.Р.

**Кафедра стоматологии детского возраста
челюстно-лицевой и пластической хирургии
КРСУ им. Б.Н. Ельцина,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

В обзоре приведены сведения о применении антисептического раствора Октенисепт на примере публикаций. Выбор гигиенических средств с точки зрения антибактериальной эффективности препарата и безопасности тканей, контактирующих с лекарственным веществом, в системе профилактических мероприятий у детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области является актуальным.

Ключевые слова: антисептический раствор октенисепт, врожденная расщелина губы и неба, болезни пародонта.

ҮСТҮҢКҮ ЭРИНДИН ЖАНА ТАҢДАЙДЫН ТУБАСА ЖЫРЫГЫ БАР БАЛДАРДЫ ОРТОДОНТТУК ДЫРЫЛООДО ОКТЕНИСЕПТ АНТИСЕПТИКАЛЫК ЭРИТИНДИСИН КОЛДОНУУНУН АКТУАЛДУУЛУГУ (АДАБИАТ МААЛЫМАТТАРЫ)

**Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз –Россия Славян
университетинин балдар жашындагы
стоматология кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Октенисепт антисептикалык эритиндисин колдонуу жөнүндө маалыматтар келтирилген. Препараттын антибактериалык натыйжалуулугу жана дарылык зат менен байланышуучу ткандардын коопсуздугу көз карашынан комплекстүү дарылоонун ар түрдүү мезгилдеринде жаак-бет жагынын тубаса патологиясы бар балдарда алдын алуу иш-чараларынын системасында гигиеналык каражаттарды тандоо актуалдуу болуп саналат.

Негизги сөздөр: октенисепт антисептикалык эритиндиси, эриндин жана таңдайдын тубаса жырыгы, пародонт оорулары.

Врожденные расщелины челюстно-лицевой области включают большую группу нарушений

развития верхней губы и челюсти. Согласно данным ВОЗ (1971) на 600-800 новорожденных приходится один ребенок с врожденной расщелиной губы и неба (ВРВГН), что подтверждается в работах отечественных исследователей [11,26].

Лечение пациентов с врожденной патологией челюстно-лицевой области, которое начинается в раннем детском возрасте, продолжается в течение длительного периода и представляет сложную задачу из-за своей многоплановости.

Осуществление гигиенических процедур в полости рта у этих детей затруднено в силу многих причин и в первую очередь - анатомических нарушений при данной патологии, многоэтапных оперативных вмешательств, проводящихся в полости рта и нередко сопровождающихся ношением детьми обтураторов и защитной пластинки после операции, а также длительного ортодонтического лечения, негативно влияющего на гигиеническое состояние полости рта [12,13].

Значительное количество зубного налета наряду с другими факторами приводит к тому, что распространенность и интенсивность кариеса зубов, болезней пародонта у таких детей в 1,5-2 раза выше [10,17].

Для лечения воспалительных и воспалительно-деструктивных поражений пародонта предложено большое количество методов. Агрессивность микробной среды в полости рта постоянно побуждает к совершенствованию средств защиты от нее, а также поиску и разработке новых антибактериальных препаратов. Среди их множества, существующего в настоящее время, предпочтение отдается антисептикам, так как к ним медленнее, чем к антибиотикам, вырабатывается устойчивость бактериальных штаммов, и они реже вызывают аллергическую реакцию организма.

Для предупреждения развития кариеса зубов и болезней пародонта у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба часто используют те или иные методы и гигиенические средства [8]. Однако особенности оказания междисциплинарной стоматологической помощи таким детям диктуют необходимость комплексного подхода в проведении профилактических мероприятий на различных этапах хирургического и ортодонтического лечения.

В связи с этим, выбор гигиенических средств с точки зрения антибактериальной эффективности препарата и безопасности тканей, контактирующих с лекарственным веществом, в системе профилактических мероприятий у детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области в различные периоды комплексного лечения, является актуальным.

Целью обзора является анализ применения антисептического раствора Октенисепт в зарубежных публикациях для обоснования актуальности проблемы.

Антисептическое средство «Октенисепт» разработан и предложен фирмой «Шюльке и Майр» и включает ряд веществ, в том числе Октенидиндигидрохлорид - 0,1%, феноксиэтанол - 2% > и другие функциональные добавки [2,3,16,36].

Октенидиндигидрохлорид (октенидин) относится к ряду биспиридинов в группе бигуанидов. Каждая молекула октенидина содержит два катиона - активных центра, в которых положительный заряд разделён на два атома азота - мезомера [1,4,17].

Это строение выделяет октенидин от бензалькониумхлорида и цетилпиридиiniumхлорида. Для последних положительный заряд ограничивается одним центром и одним атомом азота. Это различие объясняет, почему абсорбированный октенидин сохраняет противомикробное действие при аппликации на кожу, слизистую оболочку и раны [5,23,32,35].

Расщепление хлоранилина исключено, поскольку октенидин, в противоположность хлоргексидину, не обладает гуанитидин - структурой. Гидролиз также не происходит, поскольку октенидин не содержит структур эфиров, амидов или ангидридов кислот.

Октенидин - порошкообразное вещество, хорошо растворимое в воде. Не всасывается через кожу, слизистые оболочки и раны. Не проникает в кровеносное русло. Обладает сильным бактерицидным, противовирусным и фунгицидным действием. Механизм антимикробного действия данного соединения связан с реакцией октенидина со структурами стенок клеток и клеточных мембран патогенов, что приводит к их гибели.

Феноксиэтанол можно отнести к производным этанола. Описан в Немецкой фармакопее феноксиэтанол (DAB 10) и применяется в лекарственных препаратах, а также для консервирования вакцин, используемых для прививок, и косметических препаратов. Здоровая кожа переносит феноксиэтанол в неразбавленном состоянии, без каких-либо реакций. Высокая антимикробная активность октенидина (массовая доля октенидиндигидрохлорида составляет 0,09-0,11%) в Октенисепте синергически усиливается феноксиэтанолом (соединением из группы пропиловых спиртов) - другим действующим веществом препарата, образуя необычайно сильный обеззараживающий комплекс. Поскольку содержание спирта крайне незначительно (массовая доля 2-феноксиэтанола составляет 1,8-2,2%), применение препарата не сопровождается болевыми ощущениями [27,37].

Ни одно из известных на сегодня средств для местной антисептической обработки не обладает сопоставимой силой и спектром антимикробной активности. Октенисепт подавляет вирусы (герпеса, СПИД - а, гепатитов), бактерии (туберкулёза), грибы, хламидии, микоплазму, простейшие. Устойчивых штаммов к октенидину не обнаружено [38,42].

Содержание октенидиндигидрохлорида в рецептуре антисептика составляет всего лишь 0,1 г (на 100 мл воды). Это подчёркивает, с одной стороны, необычайно высокое антисептическое действие этого нового химического агента, а с другой - демонстрирует оптимальность его комбинирования с феноксиэтанолом, последний, как было отмечено выше, дополнительно синергически усиливает это действие [31].

Исследования, проведенные в НИИ урологии Минздрава России, показали, что высокая антимикробная активность Октенисепта сохраняется даже при разведении препарата до 1:16 [22,24].

Токсичность и переносимость Октенисепта оценивали в доклинических экспериментах (в опытах *in vitro* и на животных *in vivo*) и в клинических условиях. Острая токсичность была значительно ниже, чем у других химических антимикробных соединений, используемых в опытах на животных: LD₅₀ Октенисепта составила только 11,9 мл/кг [48]. Препараты на основе октенидина характеризуются отсутствием какого-либо местного раздражающего или сенсibiliзирующего эффекта (даже у больных с экземой) [4].

В ходе клинических испытаний исследовалась переносимость препарата Октенисепт для пациентов, страдающих язвами (трофические язвы и язвы смешанного генеза). При этом у одних пациентов язвы обрабатывались препаратом октенисепт, а у других - физиологическим раствором. Соответствующие субстанции наносились при смене повязки в течение 5 дней в неделю. Критериями оценки служили парестезия, сухость, зуд, раздражение и экзема. Поражения кожи оценивались в отношении размера, образования гноя, периулькулярной экземы, повышения температуры и болей. Оценка результатов лечения на основании этих критериев была в целом позитивной, и при подведении итогов исследований был сделан вывод о том, что «... местная переносимость сравнима с результатом действия физиологического раствора по той же схеме лечения...» Период исследования составил 14 дней [46].

Указанные исследования проводились, в основном, в опытах на слизистых в акушерско-гинекологической практике и в дальнейшем нашли своё отражение в обобщённом отчёте, представленном фирмой «Шюльке и Майр» в *International Journal of Feto – Maternal Medicine* [28]. Дальнейшая оценка переносимости, в основном, в опытах на слизистых в акушерско-гинекологической практике полностью подтвердила это заключение.

Октенисепт применяют в целях лечения инфекций в хирургической практике, гинекологии и акушерстве, урологии, оториноларингологии, проктологии, дермато - венерологии, педиатрии, используют для обработки ран, ожогов, швов, лечения дифтерии, обеззараживания слизистых и прилегающей кожи, перед и после различных медицинских манипуляций и т.д. [18,19,27,44,45].

В больнице г. Клагенфурт Октенисептом в течение 2 лет (в разбавлении дистиллированной водой 1:1) обрабатывали ожоговые раны, а также повреждения тканей иного происхождения. Отмечена хорошая переносимость, отсутствие побочных эффектов и выраженное микробиологическое действие [47].

М. Baerecke, А. Niemetzberger, Н. Piza (1993) описали случаи применения Октенисепта у пациента больницы Лайнц (г. Вена, Австрия) с

тяжелым ожогом кожных покровов (80%) 2 и 3 степени в качестве вспомогательного лечения в течение 3 месяцев. Проводили обмывание тела больного дважды в день, что помогло предотвратить инфицирование на протяжении всего периода применения препарата [30].

Р. Francioliand G. Pappalardo (1992) при оценке действия Октенисепта и Корсодила на агемолитический стрептококк установили снижение количества микробов при полоскании полости рта Октенисептом (1,2 Log-Stufen) в сравнении с Корсодилом (0,8 Log-Stufen) [34].

А. Kramer, Н. Hoppeetall (2005) указывают на чрезвычайно хорошую переносимость полосканий полости рта Октенисептом [43]. Поскольку, по мнению исследователей, антисептик препятствует проникновению инфекции в мягкие ткани или трещины при переломах, обусловленных остеомиелитом, и воспалению костного мозга, они предлагают применять Октенисепт для антисептической обработки челюстных участков полости рта. Одновременно также отмечается надежный, ровный спектр подавления Октенисептом как грамм-позитивных, так и грамм-негативных бактерий, в т.ч. и коринобактерий

В книге «Проявление на глазах при ВИЧ-инфекции», Е.М. Фабрициус, 1992 ("Augenmanifestationen bei HIV-Infektionen", Е.М. Fabricius, 1992) рекомендует проводить обработку кожи век и конъюнктивы с целью профилактики заражения ВИЧ-инфекцией и гепатитом работников инфекционных лечебных учреждений при попадании на них заразного биоматериала (кровь, секреты и т. п.) или при предоперационной подготовке. Поскольку, как отмечает автор, испытания Октенисепта на роговице кролика не выявили никакого раздражения [33].

В 2000 г. в Германии журнал «ЭКО-ТЕСТ» опубликовал результаты проведенного тестирования 23 наиболее часто используемых средств для обработки ран. Заключение: Почти половина из них «не достойна» быть рекомендована для обработки и дезинфекции ран. Может быть рекомендован в полном объеме, как по составу, так и по упаковке, только Октенисепт (*Zeitschrift „ЭКО-TEST“, 7' 2000*) [24].

На основании публикации в журнале „ЭКО-ТЕСТ“, издательство «Апотеке Шпигельферлаг» совместно с Федеральным союзом Германских аптек провело репрезентативный опрос среди работников аптек. Октенисепт был поставлен на первое место. Было подчеркнуто: Октенисепт имеет широкий спектр действия, совершенно нетоксичен и что важно для пациента, безболезнен и не оставляет следов. Имеет преимущества в цене. Хорошо подходит для диабетиков и детей. Должен быть в каждой аптечке дома, в поезде, у автолюбителей и спортсменов [24].

Уникальные свойства Октенисепта явились основанием для признания Октенисепта «Медикаментом 2001 года» в Германии.

Октенисепт длительное время широко используется и в российских лечебно-профилактических учреждениях.

В хирургии Малиновский Н.Н. с соавторами (2001), показали, что октенисепт является наиболее эффективным средством защиты раны и операционного поля от микробного загрязнения по сравнению с распространенными сегодня в практике антисептиками [18,49,51].

В Научном центре хирургии РАМН обработка послеоперационных ран и слизистых оболочек октенисептом проводится с 1993 года. Отмечается его высокая активность, низкая токсичность и удобство в применении [7,29,51].

НИИ трансплантологии и искусственных органов МЗ РФ, обобщая 6 - летний опыт применения Октенисепта при всех видах операций (в том числе на открытом сердце, трансплантации жизненно важных органов), а также для промывания полостей, обработки слизистых и раневых поверхностей, не выявил никаких побочных эффектов и рекомендовал препарат для хирургической практики [39,41,50].

В Медцентре управления делами Президента РФ применяли Октенисепт более 6 лет в целях обеззараживания ран, лечения и предупреждения воспалений слизистых и закрытых полостей. Показана его безопасность для пациентов и высокая эффективность. Сделан был вывод - Октенисепт является шагом вперед в борьбе с госпитальными инфекциями [9,15,25].

Использование Октенисепта в комплексе с другими средствами фирмы «Шюльке и Майр» с 1995 в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН привело к кардинальному снижению осложнениям инфекционного характера, в т.ч. после гинекологических операций в 4 раза, в акушерстве в 2,1 раза, а после эндоскопических операций в 2,2 раза. Препарат рекомендован для всех родовспомогательных учреждений России [14,20,21,28].

С.А. Барусова и Ф.Ю. Даурова (2009) в ходе своих исследований на основании клинических данных продемонстрировали целесообразность использования антисептического препарата Октенисепт в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта. При использовании препарата Октенисепт нормализуются индексы гигиены к 5-7-му дню комплексной терапии, у всех больных исчезают жалобы на кровоточивость при чистке зубов. Доказано выраженное антимикробное и противовоспалительное действие препарата Октенисепт. Отмечено отсутствие негативных побочных эффектов – нарушения вкусовой чувствительности, окрашивание зубов и слизистой оболочки языка.

Таким образом, обзор публикаций показывает, что применение антисептического раствора Октенисепт как гигиенического средства с точки зрения антибактериальной эффективности препарата и безопасности тканей, контактирующих с лекарственным веществом, в системе профилактических мероприятий у детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области в различные периоды комплексного лечения, является важной и актуальным.

Литература

- Аксенов В.А. Современные подходы к дезинфекции кожных покровов и слизистых и медицинской практике / Маэстро стоматологии, 2002. - № 6. - С. 74-80.
- Аксенов В.А. Современные подходы к дезинфекции кожных покровов и слизистых в медицинской практике / Сборник М., 2007. - 243с.
- Аксенов В.А. О важности применения дезинфицирующих препаратов в медицинской практике / Стоматолог-практик, 2002, - 7(97). - С. 22-25.
- Аксенов В.А. Найти и обезвредить (о дезинфекции в стоматологии) / Сестра милосердия, 2002. - № 3. - С. 24-26.
- Аксенов В.А. О некоторых актуальных проблемах дезинфекции к стоматологии / Медицинский бизнес. Стоматолог-практик, 2003. - № 1(102). - С. 34-36.
- Барусова С.А., Даурова Ф.Ю. Исследование антимикробной эффективности препарата Октенисепт при лечении воспалительных заболеваний пародонта // Стоматология, 2009. - № 3. - С. 45-47.
- Богомолова Н.С. Пхакадзе Т.Я. Справка по результатам использования дезинфицирующих и антисептических средств фирмы «Шюльке и Майр» (Германия) в Научном центре хирургии РАМН, 1965. - 2с.
- Боровая М.Л. Профилактика кариеса зубов у детей дошкольного возраста с врожденными расщелинами верхней губы и неба. Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - Минск, 2000. - 18с.
- Волкова М.Б., Гришенкова И.В. Результаты изучения эффективности дезинфицирующего действия препаратов эзметан, октениман, лизетолаф и октенисепт производства фирмы «Шюльке и Майр» (Германия). Центральный научно-исследовательский рентгенодиалогический институт Минздравмедпрома / Санкт-Петербург, 1999. - 2с.
- Давыдов Б.Н., Гаврилова О.А., Максимова В.В. Реабилитация детей с врожденной расщелиной губы и неба у стоматолога-педиатра-терапевта. - Тверь. - 1999. - 260с.
- Дьякова СВ. Специализированное лечение детей с врожденной и наследственной патологией челюстно-лицевой области в системе диспансеризации. Стоматология детского возраста и профилактика. -2002. - № 3-4. - С.6-9.
- Камышева Л.И. Ортодонтическое лечение детей с расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка и неба в условиях поликлиники в период молочных зубов / Издательство «Каталог», 2001. - 40с.
- Кузьмина Э.М., Юсефи К. Состояние гигиены полости рта пациентов 11-12 лет при лечении несъемной ортодонтической аппаратурой / Стоматологический форум, 2003. - № 3. - С.64-66.
- Кулаков В.И. Отзыв на использование дезинфицирующих антисептических средств фирмы «Шюльке и МайрГмбХ», НЦ акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, М. 1995. - 1л.
- Лангер Ф. Дезинфекция при уходе за инфекционным больным на дому / Сестра милосердия, 2003. - № 2. - С. 27-29
- Лопаткин Н.А., Перепанова Т.С. Изучение раздражающего и противовоспалительного действия на слизистую мочевого пузыря и мочеиспускательного канала антисептика Октенисепт в эксперименте на животных. Отчет. НИИ урологии МЗМП РФ, 1995. - 10с.
- Максимова В.В. Кариес молочных зубов и его профилактика у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - Калинин, 1990. - 16с.
- Малиновский Н.Н. «Заключение об эффективности применения антисептического препараты фирмы «Шюльке и МайрГмбХ» октенисепт. Медцентр управления делами Президента РФ, 2001. - 3л.
- Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Обоснование применения антисептика октенисепт в риноллогической практике / В кн.: Лекарственные средства, применяемые в оториноларингологии. М. 2000. - С. 257-262
- Пхакадзе Т.Я., Богомолова Н.С, Русаков М.А. «Современные подходы к обеззараживанию фиброэндоскопов и инструментов к ним» / Анналы НЦХ РАМН, 1997. - № 6. - С. 67-70.
- Пхакадзе Т.Я., Богомолова Н.С, Большаков Л.В. Стратегия и тактика применения новых антисептиков и дезинфектантов в хирургии // Эпидемиология и инфекционные болезни, М. 1998. - № 1. - С. 26-30.

22. Ролик И.С. Клеточная технология профессора К.Е. Тойрера. Особенности получения фармакологически активной субстанции / В кн.: Основы клинической фармакологии органолепепаратов М., 2004. - С. 15.
23. Рубежова И.С., Соболева Т.Ю. Состояние зубов и тканей пародонта у детей с ВРГН / Диагностика и лечение болезней зубов и челюстей. Тарту.-1983. - 68с.
24. Современные высокоэффективные дезинфекционные препараты для медицины. Тестирование средств для обработки ран / «Эко-Тест», 2000. - № 7. - С. 81-83.
25. Хубутия А.Ш. Заключение об эффективности препарата Октенисепт (фирма «Шюльке и Майр»). Заключение. М, 2001. - 1с.
26. Яковлев СВ. Обоснование модели территориального центра диспансеризации детей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области (в примере врожденных расщелин губы и/или неба) по Республике Саха (Якутия). Автореф. дис. ...канд. мед. наук, МГМСУ, 2000. - 22с.
27. Adjuvant and supportive wound care with Octenisept. Clinical Experiences. Schulke und Mayr. 1999. p-23
28. Aktuelle aspekte lokaler Desinfizientien in der Gynekologie und Urologie. International Journal of Feto-Maternal Medicine.Sonderhand 1 (1995), p.2-1.
29. Axon. A., Cruze. A., Urgell. R., Struelens M., Petersen. K., Spenser. K., Rey J."Guideline for claning and disinfection of gastro-intestinal endoscopes", Endoscopy, 2005, v.27, p. 1-11.
30. Baerecke. M, Hiemetzberger. A., Piza. M. Report of experience of the use of Octenisept in severe burns. Lainz Hospital. Vienna. January 1993, 2, p. 43
31. Biel.C. und Ressel M. Report of experience in adjuvant wound care with Octenisept with the aid of 5 case examples. Dannenberg. March 1996, 6, p 2-12
32. Erhardt.T., Hurmann.M., Wechsel.H. Report of experience in one individual case: Support of therapy by wound irrigation with Octenisept in Fournier's gangrene. Tubingen, 20.10.1994.
33. Fabricius. E.-M. Augenmanifestationen bei HIV-Infektionen, mit engehender Darstellung der neuroophthalmologischen Symptome. Octenidindihydrochlorid. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart, 1992, p. 140
34. Francioli .P., Pappalardo G. Study on the Efficacy of two antiseptic solution on month flora. Lausanne, 1992, 2.
35. Goroncy-Bermes. P. Untersuchungenuber die Wirksamkeit von Octeniseptgegen Gardnerellavaginalis Gutachten. Schulke und Mayr, Norderstedt, 1991, S.3
36. Goroncy-Bermes. P. Untersuchungen zur Langzeitwirkung des antimikrobiellen Wirkstoffes Octenidindihydrochlorid. Kongrehband des Symposiums der Usterreichbischen Gesellschaft fur Hygiene, Mikrobiologie und Priventivmedizin. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1992, p.120
37. Goroncy-Bermes. P. Untersuchungen zur Wirksamkeit von Octenisept (und Primasept Med) gegenmultiresistente Staphylococcus aureus-Stamme. Gutachten.Schulke und Mayr. Norderstedt, 1994, S.10
38. Goroncy-Bermes. P. und Harke. H.P. Untersuchunguber die Wirkung von Octenisept gegen Mikroorganismen der Vaginalflora. Gutachten.Schulke und Mayr, Forschung, Norderstedt, 1990, S.8
39. Harke H.P. Octenidinedihydrochloride, properties of a new antimicrobial compound.Zbl.Hyg. 188.188-193(1989).
40. Harke H.P. und Streek.M. "Sterilisation-Desinfektions-Krankenhausreinigung.10. Wienet Symposium vom 11.11.88. Octenidin-einneuerantimikrobieller Wirkstoff. Schulke und Mayr -Forschung. Norderstedt. 2000, S.12
41. Harke H.P. and M.Streek.Octenidine - a new antimicrobial compound.Jour. Hyg+Med. 14, 372-374 (1989).
42. Heeg.P. Mucous membrane antiseptis — current status and aspects of a future development. Z. GesamteHyg. 36, 83-86(1990).
43. KramerA., Hoppe.H., Krull.B., Pitten.F.A., Rosenau.S. Antiseptic efficacy and acceptance of Octeniseptuted with "common antiseptic mouthwashes. Entrez Pub.Med. 2005, p 54-59
44. Kreuzcr.W. Patientenbeobachtung Octenisept, inlraoperative Spiilung des Abdominalhuhlt Wilhelminenspital der Stadt Wien. Gutachten.Schulkeund Mayr - Wien, 1992, 3
45. Kreuzer.W. Patient observation Octenisept intra-operative irrigation of the abdominal cavity. Vienna, 03.09.1992
46. Lang.T. Octenisept for local irrigation in accident surgery. Innsbruck, 10.09.1998
47. Pachinger.W. Report of experiece with Octenisept. Klagenfurt. 09.09.1996.
48. Sturm.U. und Thiede.J. Untersuchungsbericht zur Bestimmung von Octenidindihydrochloridim Rattenserumnach Anwendung des Preparates Octeniderm an artifiziiellausgelusten Hautwunden der Versuchstiere. Schulke und Mayr -Forschung. Norderstedt. 2000, S.9.
49. Tinneberg.H.-R. Beurteilung von Octenisept zur Schleimhautdesinfektion. Universitats-Frauenklinik Tubingen. Tubingen, 1989, S.3
50. Trawuger.R. Anwendungsbeobachtung zur Vertraglichkeit von Octeniseptbei Fruhgeborenen auf der Neugeborcnenintensivstation der Universitatsklinik Innsbruck. Abschlussbericht. Universitatsklinik fur Kinderheilkunde. Innsbruck, 2000, S.7
51. Wewalka.G. Use of Octenisept as a vaginal antiseptic, comparison of methods. Vienna, 1988, p 190.

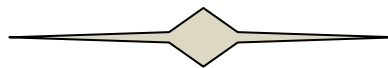
**APPLICATION SIGNIFICANCE OF
OCTENISEPT ANTISEPTIC SOLUTION UNDER
ORTHODONTIC CARE OF CHILDREN WITH
CLEFT LIP AND PALATE (LITERATURE
REVIEW)**

A.R. Shakelov

**Maxillo – Facial and plastic surgery of the Kyrgyz
Russian Slavonic University of B.N. Elzyn
Bishkek c., the Kyrgyz Republic**

The data on application of Octenisept antiseptic solution were given in the review, based on example publications. Selection of hygienic remedies, with relation to antibacterial effectiveness of the medicine and safety of tissues, coming in contact with medicinal substance, in the system of preventive measures for children with congenital defect of maxillofacial area within the different periods of complex treatment is significant.

Key words: Octenisept antiseptic solution, cleft lip and palate, paradontium diseases.



УДК 616.316-008.83:615.242.28

ПОКАЗАТЕЛЬ АКТИВНОСТИ КИСЛОЙ И ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Ысыева А.О., Борончиев Т.Т.

**Кафедра детской стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева.
Городская детская стоматологическая поликлиника № 6,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

Установлено, что после лечебно-профилактических мероприятий, биохимическими исследованиями отмечено увеличение активности щелочной фосфатазы (III-IV группы) и уменьшение активности кислой фосфатазы (III-IV группы) в сравнении с контрольной группой.

Ключевые слова: кислая щелочная фосфатаза, реминерализация, ротовая жидкость, профилактика, лечение.

**АЛДЫН АЛУУ КАРАЖАТТАРЫН
КОЛДОНГОНДОН КИЙИНКИ ООЗ
КӨНДӨЙҮНДӨГҮ СУЮУКТУКТАРЫНЫН
КЫЧКЫЛ ЖАНА ЩЕЛОЧТУК
ФОСФАТАЗАНЫН КӨРСӨТКҮЧ
АКТИВДҮҮЛҮГҮ**

**И. К. Ахунбаев атындагы КММА балдар стоматология кафедрасы
№ 6 шаардык стоматологиялык бейтапканасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Дарылоо алдын алуу чаралардан кийин, биохимикалык изилдөөлөрдүн натыйжасында текшерүүдө турган топко салыштырганда: жегич фосфатаза жогорулады (III-IV топ), кычкыл фосфатазанын активдүүлүгү төмөндөдү (III-IV топ).

Негизги сөздөр: кычкыл фосфатаза, реминерализация, шилекей, алдын алуу, дарылоо.

Введение. Слюна – это смесь секретов трех пар больших, а также множества малых слюнных желез. К секрету, выделяемому из выводных протоков слюнных желез, примешиваются эпителиальные клетки, частицы пищи, слюнные тельца, то есть нейтрофильные лейкоциты, иногда лимфоциты, слизь, продуцируемая слизистыми железами, а также микроорганизмы. Такая слюна, смешанная с различными включениями называется ротовой жидкостью. В ротовой жидкости определяются Са, Р, Mg, Na, К, которые могут повлиять на содержание в слюне кислой и щелочной фосфатазы. Щелочная и кислая фосфатаза являются гидролитическими ферментами.

Щелочная и кислая фосфатазы участвуют в фосфорно-кальциевом обмене, отщепляя неорганический фосфат от соединений фосфорной кислоты и тем самым обуславливая минерализацию костей и зубов [4].

Одним из свойств эмали и дентина является возможность их реминерализации. В механизме процесса реминерализации дентина несомненная роль принадлежит фосфатазе, содержащейся в дентинных канальцах. Предполагают, что она поступает из пульпы зуба. В эмаль этот фермент и многие другие вещества органической и неорганической природы попадают из смешанной слюны – ротовой жидкости [1].

В связи с отмеченным, в настоящей работе была поставлена цель: изучить показатели кислой и щелочной фосфатаз у детей после применения лечебно-профилактических средств.

Материалы и методы. С этой целью нами было обследовано 212 детей в возрасте 7-9 лет обучающихся в школе-гимназии № 5 г. Бишкек. С целью определения эффективности лечебно-профилактических мероприятий, все обследуемые были разделены на 4 группы, таким образом, что во всех группах была одинаковая частота и интенсивность кариеса зубов.

Первую (контрольную) группу составили 54 учащихся, которым кроме санации не проводили лечебно-профилактические мероприятия, но дети были обучены основам гигиены полости рта.

Вторая группа состояла из 50 детей, которым помимо санации обучали основам гигиены полости рта, ежедневно, на протяжении двух лет, проводили контролируемую чистку зубов. Из лечебно-профилактических средств использовалась зубная паста «Детский жемчуг комплекс» содержащая Са и F.

Третья группа состояла из 58 учащихся, которым проводили санацию, гигиену полости рта с использованием зубной пасты «Детский жемчуг комплекс» в состав которой входили Са и F, в качестве реминерализирующего средства использованы 7% раствор рапина в виде полосканий и аппликаций после контролируемой чистки зубов.

Четвертую группу составили 52 учащихся, которым помимо санационных мероприятий, в качестве реминерализирующей терапии использовали покрытия зубов гелем «Флуоридин гель Н5». Из зубных паст была использована зубная паста «Детский жемчуг комплекс», содержащая Са и F.

Методы определения кислой и щелочной фосфатаз в ротовой жидкости. Щелочная фосфатаза определялась по методу Боданского (1933). Активность щелочной фосфатазы в слюне определялась по гидролизу β - глицерофосфата [2]. Под действием ферментов слюны β - глицерофосфат натрия подвергается гидролизу с освобождением неорганического фосфора, по которому судят об активности данного фермента.

Методы определения кислой фосфатазы те же, что и для щелочной фосфатазы, но они различаются по используемым буферным системам и значению рН [3]. Определение кислой и щелочной фосфатаз было проведено у школьников до и после (2 года) лечебно-профилактических мероприятий.

Результаты и обсуждения. Показатели кислой и щелочной фосфатаз ротовой жидкости у детей первой (контролируемой группы) до и после двух лет наблюдения показало, что существенных изменений не произошло.

Таблица 1 - Показатели кислой и щелочной фосфатаз ротовой жидкости до и после лечения в I (контрольной) группе обследуемых детей

Показатели		Время обследования	n [±]	Ед-ца измерения	1 группа	P [±]
фосфатаза	Кислая	До обслед-я	54	Ед.	22,5±0,02	p≤0,2
		Через 2 года	46		21,04±0,34	
	Щелочная	До обслед-я	54	Ед.	7,73±0,72	p>0,2
		Через 2 года	46		8,08±0,81	

n[±] – количество обследуемых детей, p[±] – наличие достоверности до и после лечения

Таблица 2 - Показатели кислой и щелочной фосфатаз ротовой жидкости до и после лечения во II (контрольной) группе обследуемых детей

Показатели		Время обследования	n [±]	Ед-ца измерения	1 группа	P [±]
фосфатаза	Кислая	До обслед-я	50	Ед.	21,98±0,51	p≤0,2
		Через 2 года	44		20,60±0,26	
	Щелочная	До обслед-я	50	Ед.	7,90±0,67	p>0,2
		Через 2 года	44		8,69±0,23	

n[±] – количество обследуемых детей, p[±] – наличие достоверности до и после лечения.

Таблица 3 - Показатели кислой и щелочной фосфатаз ротовой жидкости в третьей (контрольной) группе обследуемых детей до и после лечебно-профилактических мероприятий

Показатели		Время обследования	n [±]	Ед-ца измерения	1 группа	P [±]
фосфатаза	Кислая	До обслед-я	58	Ед.	21,12±0,39	p≤0,05
		Через 2 года	52		12,92±0,19	
	Щелочная	До обслед-я	58	Ед.	7,34±0,41	p>0,001
		Через 2 года	52		17,94±0,23	

n[±] – количество обследуемых детей, p[±] – наличие достоверности до и после лечебно-профилактических мероприятий.

Таблица 4 - Показатели кислой и щелочной фосфатаз ротовой жидкости в четвертой (контрольной) группе обследуемых детей до и после лечебно-профилактических мероприятий

⊕

Показатели		Время обследования	n [±]	Ед-ца измерения	1 группа	P [±]
фосфатаза	Кислая	До обслед-я	50	Ед.	22,03±0,50	p≤0,001
		Через 2 года	48		10,68±0,18	
	Щелочная	До обслед-я	50	Ед.	7,76±0,28	p>0,001
		Через 2 года	48		23,60±0,54	

n[±] – количество обследуемых детей, p[±] – наличие достоверности до и после лечебно-профилактических мероприятий.

Во второй группе табл. 2 отмечаются незначительные изменения содержания в ротовой жидкости кислой и щелочной фосфатаз.

В третьей группе табл. 3 отличаются снижение содержания кислой и увеличение щелочной фосфатаз, концентрация которых находилась в обратных корреляционных соотношениях и по соответствию равнялось $21,12 \pm 0,39$; $12,92 \pm 0,19$ и $7,34 \pm 0,41$; $17,94 \pm 0,23$.

В четвертой группе табл. 4. В результате лечения отличаются снижение содержания кислой фосфатазы с $22,03 \pm 0,50$ до $10,68 \pm 0,18$ ед. и повышение щелочной фосфатазы с $7,76 \pm 0,28$ до $23,60 \pm 0,54$ ед.

Заключение. Лечебно-профилактические мероприятия существенно влияли на активность кислой и щелочной фосфатаз, где определялось уменьшение количества кислой фосфатазы в сравнении с контролем в III группе – до $12,92 \pm 0,19$ ед.; в IV группе – до $10,68 \pm 0,18$ ед.; увеличение щелочной фосфатазы в III группе до $17,94 \pm 0,23$ ед.; и в IV группе – до $23,60 \pm 0,54$.

Литература

1. Житков М.Ю. Влияние иммобилизованной щелочной фосфатазы слоны на процессы реминерализации / Стоматология. - Москва, 1999.- № 6. - С. 12-15.
2. Колб В.Г., Камышников В. Определение кислой и щелочной фосфатаз в биологических жидкостях по гидролизу В-глицерофосфата (метод Боданского) / Справочник по клинической химии. – Минск, 1982 – С. 119-121.

3. Ронин В.С., Старобинец Г.М., Руководство к практическим занятиям по методам клинических лабораторных исследований / Москва «Медицина».- 1989. – 290 с.

4. Николаев А.Я. Биологическая химия / Москва. - «Высшая школа». -1989. - С. 53-105.

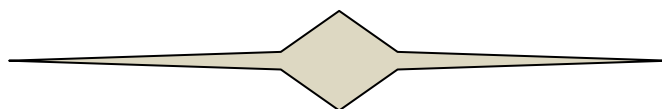
THE INDICES OF ACTIVITY OF THE ALKOLINE AND THE ACID PHOSPHATASE OF ORAL FLUID AFTER THE USE OF THERAPEUTIC AND PREVENTIVE MEASURES

A.O. Isyeva, T.T. Boronchiev

Department of pediatric dentistry,
of I.K. Akhunbaev
Kyrgyz state medical academy,
Bishkek c., the Kyrgyz Republic

By the biochemical researches has been established that after the use of therapeutic and preventive measures has been noted increase of alkaline phosphatase (III, IV group) and decrease of the acid phosphatase (III, IV group) in comparison to controlling.

Key words: acid end alkaline phosphatase, remineralization, oral liquid, prevention, treatment.



ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

УДК 616.314.17-008-003-053.5 (575.2)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ПОДРОСТКОВ ГОРОДА БИШКЕК

Амираев У.А., Усманджанов Р.Я.

Кыргызская государственная медицинская
академия им. И. К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

В стоматологии, как и в любой отрасли медицины, профилактическая работа стоит на первом месте. Чем раньше проводить профилактические мероприятия, тем легче предупредить возникновения функциональные и эстетические нарушения в различных органах и системах.

Ключевые слова: профилактическая работа, заболевания тканей пародонта, зубо-челюстная система.

БИШКЕК ШААРЫНЫН ӨСПҮРҮМДӨРҮНҮН ПАРОДОНТ ТКАНЫНЫН ООРУЛАРЫ БОЮНЧА АЛДЫН АЛА МААЛЫМАТТАР

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик
медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Медицинанын бардык тармактарындай эле стоматологияда алдын алуу иштери биринчи орунда турат. Алдын алуу иштерин канчалык эрте баштаса ар кайсы органдарда жана түзүмдөрдө болуучу кызматтык жана эстетикалык бузулууларды эртерээк токтотууга же оңдоого болот.

Негизги сөздөр: алдын алуу иштери, пародонт тканейнын оорулары, тиш-жаак түзүмү.

Введение. В нашей современной жизни произошел огромный скачок во всех направлениях, за бортом и не осталась стоматология. Появляются все более усовершенствованные, безопасные и безболезненные методы как для обследования пациента, постановки диагноза, так и для постановки стратегии решения этих проблем.

Основой современной стоматологии является профилактика стоматологических заболеваний, которая направлена на предупреждение развития болезней и обеспечении здоровья с минимальным вмешательством и широкой реабилитацией.

У подростков, одной из часто встречающихся стоматологических патологий является заболевание пародонта. Зачастую они даже сами не обращают внимания на данную проблему, так как это заболевание на ранних стадиях в большинстве

случаях протекает незаметно для самого больного. Это может привести к необратимым последствиям, таким как: выпадение зубов, разрушение ткани, необратимые деструкции костей, вплоть до доброкачественных или злокачественных новообразований. К сожалению, дети и подростки со сформированными дефектами и деформациями челюстей не получают соответствующего лечения, что усугубляет формирование этой патологии.

Нас больше интересовали подростки в возрасте 15-16 лет, так как в этом возрасте зубочелюстная система заканчивает свое формирование, и тем самым возможностей для проведения более эффективных методов профилактики становится больше, таким образом, эффективнее позволяет улучшать их стоматологический статус.

Цель работы заключается в проведение анализа стоматологической заболеваемости у подростков города Бишкек для планирования программы профилактики и оценки эффективности проведенного лечения.

Материалы и методы исследования. В настоящее время в странах СНГ в том числе и Кыргызской Республике, наиболее часто используется классификация болезней пародонта, утвержденная постановлением Пленума Всесоюзного общества стоматологов в ноябре 1983 года в городе Ереван [2,3]. В данной работе нами была использована именно эта классификация.

Классификация болезней пародонта (Ереван, 1983)

1. Гингивит – воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающие без нарушения целостности зубодесневого прикрепления.

Формы: катаральная, гипертрофическая, язвенная.

Течение: острое, хроническое, обострившееся, ремиссия.

Распространенность процесса: локализованный, генерализованный.

2. Пародонтит – воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией периодонта и кости.

Течение: острое, хроническое, обострившееся (в том числе абсцедирующее), ремиссия.

Тяжесть процесса: легкий, средней тяжести, тяжелый.

Распространенность процесса: локализованный, генерализованный.

3. Пародонтоз – дистрофическое поражение пародонта.

Течение: хроническое, ремиссия.

Тяжесть процесса: легкий, средней тяжести, тяжелый.

Распространенность процесса: локализованный, генерализованный.

4. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом тканей.

5. Пародонтомы – опухоли и опухолеподобные процессы в пародонте [2,3].

Исследование проводилось в школах города Бишкек, мы в случайном порядке выбрали несколько школ из 4-х районов: Ленинского, Свердловского, Первомайского, Октябрьского, для определения состояния стоматологического статуса подростков. Всего нами были выбраны, из числа обследуемых, 502 учащихся, нас больше интересовали подростки 15-16ти лет, так как в этом возрасте зубочелюстная система заканчивает свое формирование, и тем самым возможностей для проведения более эффективных методов профилактики становится больше. Из них девочек было 228, мальчиков 274.

Нами были проведены осмотр, сбор анамнестических данных, пальпация, перкуссия, исследование папиллярно – маргинально – альвеолярного индекса (РМА), СРITN, КПУ. Данные обследования зарегистрированы в карте обследования ВОЗ 19. Проводим статистическую обработку материала.

Папиллярно – маргинально – альвеолярный индекс [Масслер М., Шур Д., 1948] позволяет судить о протяженности и тяжести гингивита, оценить состояние десны у каждого зуба. Индекс может быть выражен в абсолютных цифрах или в процентах [Парма С., 1960].

Папиллярно – маргинально – альвеолярный индекс мы проводили при помощи теста индикатора йодно - калиевого раствора. Ватной палочкой йодно – калиевый раствор наносился на поверхность слизистой десны как верхней челюсти так и нижней, таким образом, данным раствором производилась индикация десневого края и учитывая интенсивность полученной окраски велась оценка.

Оценка производилась по общепринятым нормам:

- воспаление сосочков – 1 балл,
 - воспаление края десны – 2 балла,
 - воспаление альвеолярной десны – 3 балла;
- по следующей формуле:

$$PMA = \frac{\text{сумма показателей в баллах}}{\text{Экцило зубову обследуемого}} \times 100\%$$

Выбор на этот метод пал не случайно так, как при помощи данного метода нам удалось не совершая каких либо огромных затрат и времени, не используя специализированной аппаратуры и места, а так же доступность данного метода, позволяет объективно судить о стоматологическом состоянии полости рта, у каждого из обследуемого учащегося, то есть к каждому обследуемому наш подход был индивидуален [1,2,4].

Результаты и их обсуждения. Из указанной выше классификации нас интересовали такие формы поражения тканей как гингивит и пародонтит. Пародонтоз и другие формы поражения пародонта у подростков мы не встречали. По данным проведенного обследования нас заинтересовала заболеваемость пародонта, которое было выявлено у 82 учащихся. На момент

обследования, из числа обследуемых, данным методом, учащихся, а их составило 502 человека, было выявлено, что у 76 подростков в той или иной степени бала патология со стороны пародонта. Из анамнеза ими отмечались десневые кровотечения, но за помощью по данному поводу в специализированное учреждение они не обращались (табл. 1).

Таблица 1 - Частота патологий пародонта у обследуемых

Болезни пародонта	Мальчики	Девочки	Всего
Гингивит	47	25	72
Пародонтит	3	3	6
Пародонтоз	0	0	0
Идиопатические заболевания пародонта	0	0	0
Пародонтомы	0	0	0

Таблица 2 - Стоматологический статус обследуемых пациентов (n=?)

Возраст	СРITN M±m	Количество здоровых секстантов	ГИ M±m	КПУ M±m
15	1,19±0,09	1,15	1,56±0,12	5,7±0,36
16	1,05±0,11	1,61	1,46±0,12	5,5±0,44

Как видно из таблицы 2 индекс СРITN у 15 и 16 летних составляет 1,19±0,09 и 1,05±0,11 соответственно. Это говорит о том, что с подростками необходимо проводить гигиеническое обучение. Количество здоровых секстантов у 15 летних детей - 1,15, у 16 летних 1,61.

Гигиеническое состояние 15 - летних равно 1,56±0,12, у 16 - летних подростков - 1,46±0,12. По критериям ВОЗ такая ситуация означает, что гигиена полости рта у обследуемых расценивается как удовлетворительная. Но если учесть, что налет в основном собирается в придесневой области, то это может привести к возникновению заболеваний пародонта. Поэтому обследуемые нами подростки за частую отмечали в анамнезе кровоточивость десен.

Выводы. Нами был проведен анализ стоматологической заболеваемости у подростков города Бишкек для проведения оценки эффективности и планирования программы профилактической работы

Таким образом, в проведенной работе отчетливо видно, что своевременная помощь и проведение профилактической работы в подростковом возрасте необходимо. Каждый случай нуждается в индивидуальном подходе и должен быть произведен своевременно, что бы избежать необратимых последствий, как, казалось бы, от такой простой патологии.

ПРОБЛЕМЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

УДК 616.314.2-089.23:616-007

ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМАЦИЯМИ
ЗУБНЫХ РЯДОВ*Абдумомунов А.О., Исаков Э.О., Нурбаев А.Ж.*Кафедра стоматологии Азиатского медицинского
института им. С.Т. Тентишева, г. Кант,
кафедра ортопедической стоматологии КГМА
им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Установлено эффективность разработанных ортопедических методов лечения окклюзионных нарушений при деформациях зубных рядов съёмными и несъёмными протезами. Описаны высокие положительные результаты их в разные сроки наблюдения.

Ключевые слова: деформация зубных рядов, окклюзионные нарушения, съёмные и несъёмные протезы.

ТИШТЕРДИН КАТАРЛАРЫНЫН
МАЙЫШУУЛАРЫН ДАРЫЛООНУН
ОРТОПЕДИЯЛЫК ЖОЛДОРУС.Т. Тентишев атындагы Азия медициналык
институтунун стоматология кафедрасы Кант ш.,
И.К. Ахунбаев атындагы КММА ортопедиялык
стоматология кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Тиштердин катарларынын майышууларын алынуучу жана алымбоочу протездер менен дарылоодо жаныдан сунушталган ыкмалардын натыйжалуулугу такталды. Алардын эн жакшы жактары ар кайсы убакыттагы байкоолордо жазылды.

Негизги сөздөр: тиштердин катарларын майышуулары, тийип турушунун бузулушу, алынуучу жана алымбоочу протездер.

Актуальность. По данным разных авторов [3,6,9,10] распространенность зубочелюстных аномалий у взрослых составляет от 28,8 % до 37%. Согласно нашим исследованиям, этот процент повышается от 33,5% до 38%. Что же касается деформации зубных рядов, то они встречаются ещё чаще, особенно у пациентов с аномалиями прикуса, осложненными дефектами зубных рядов. Как показал ряд исследований [1, 2, 5, 7], такие деформации имеются у 67,06 – 69; 48% пациентов с частичной потерей зубов. Данная патология приводит, в конечном счете, к более или менее выраженному нарушению окклюзионной поверхности зубных рядов, то есть к их деформации, осложняющей клиническую картину частичной потери зубов, затрудняя выбор и проведение ортопедического лечения. За последние годы в специальной литературе описаны и разработаны различные

методы [1,3,4,8,9] лечения окклюзионных нарушений при деформациях зубных рядов:

- сошлифовывание бугров при неглубоких деформациях.

- укорочение зубов при более глубоких деформациях, вызванных зубоальвеолярным удлинением, где требуется специальная подготовка - удаление пульпы зуба.

- повышение межальвеолярной высоты. Увеличить межальвеолярное расстояние можно только искусственным путём, покрывая зубы протезами (коронки, каппы, накладки и др.) В большинстве случаев эта методика показана у больных с генерализованной или локализованной патологической стираемостью зубов различной этиологии.

- ортодонтический метод устранения деформаций основан на создании повышенного функционального напряжения в пародонте переместившихся зубов с помощью специальных ортодонтических аппаратов.

- аппаратурно – хирургический метод при деформациях зубных рядов показан при зубоальвеолярном удлинении на верхней и нижней челюстях.

Однако многие вопросы остаются не до конца изученными, не разработанными методы лечения зубочелюстной системы при различных видах нарушений окклюзий у больных с деформациями зубных рядов.

Учитывая вышеизложенное, мы обобщили результаты многолетних клинических наблюдений и лабораторных исследований, а также провели анализ специальной литературы с целью разработать оптимальные варианты ортопедического лечения данной патологии зубочелюстной системы.

Материал и методы исследования. Для решения поставленной цели было обследовано и принято на ортопедическое лечение 120 пациентов (70 женщин и 50 мужчин) в возрасте от 30 – до 55 лет.

Аномалии развития и положения фронтальных зубов было у 12 пациентов, деформации зубных рядов у 18 больных, глубокий прикус – у 10, прогенический – у 8, прогнатический – у 12. Вертикальные деформации зубных рядов у 40 пациентов, горизонтальные – у 20. У всех обследуемых пациентов имелись дефекты зубных рядов разных величин и топографий.

Больных обследовали по общепринятой методике, включающей клинический сбор анамнеза, осмотра лица и полости рта, рентгенологические – рентгенография зубов и челюстей, топография височно-нижнечелюстных суставов (по показаниям), функциональные – электромиография жевательных мышц (20 человек), реопародонтография (20 человек).

Результаты и их обсуждение. Общеизвестно, что ортодонтическое лечение зубочелюстных аномалий и деформаций у взрослых более продолжительно, чем у детей, в связи с наличием возрастных изменений костной ткани челюстей. Поэтому,

клиническая картина данной патологии зависит от многих факторов: возраста больного, числа утраченных зубов, давности их удаления, вида прикуса, вида смыкания зубных рядов и др. Чем больше времени прошло с момента удаления зубов и чем значительнее дефект зубного ряда, тем грубее деформация. У детей и юношей она развивается быстро, в пожилом возрасте медленнее. Можно сказать, что выраженность деформации является производным от возраста и времени, прошедшего после появления дефекта зубного ряда.

При аномалии развития фронтальных групп зубов (форма, величина и т.д.) без нарушения окклюзии, специальную ортопедическую подготовку не проводили, а в остальных случаях по показаниям проводили ортодонтическое лечение с применением ортодонтических аппаратов и последующим протезированием. В связи со сложностью и большей продолжительностью ортодонтического лечения, пациенты чаще всего обращались с целью протезирования, а не исправления, к которому они привыкли. При таких ситуациях мы проводили ортопедическое лечение с использованием металлокерамических коронок и мостовидных протезов, съемных пластинчатых и бюгельных конструкций.

У пациентов со значительным наклоном и смещением передних групп зубов путем препарирования исправить положение зуба невозможно. В этих случаях (у 12 больных) депульпировали неправильно расположенные зубы, срезали коронковые части зубов и изготовили литые штифтовые вкладки, изменив угол наклона зубов. В случаях скуенности фронтальных и частичного разрушения коронковой части зубов, при небольших диастемах изготовили металлокерамические коронки. Это дало наиболее высокий эстетический эффект и обошлось без ортодонтического лечения.

При нарушении соотношения зубных рядов, обусловленные смещением нижней челюсти назад, вперед, а также укорочением межальвеолярной высоты, ввиду потери большого числа зубов (моляров, премоляров), ортопедическое (ортодонтическое) лечение зубочелюстной системы с применением несъемных и съемных протезов было направлено на нормализацию соотношения зубных рядов в сагиттальном и трансверсальном направлениях, функции жевательных мышц и височно - нижнечелюстных суставов.

Пациентам с прогнатическим и глубоким прикусом, осложненным дистальным смещением нижней челюсти был показан сагиттальный сдвиг нижней челюсти. Дистальное смещение нижней челюсти определяли не только клинически, но и рентгенологическими исследованиями. На томограмме височно – нижнечелюстного сустава определяется сужение задней суставной щели (между головкой нижней челюсти и задней стенкой сустава). Поэтому, для сагиттального сдвига нижней челюсти, мы предлагали применение аппаратов двух видов – пластинку с наклонной плоскостью на верхнюю челюсть и пластмассовую каппу на

нижнюю челюсть. В результате применения этого аппарата нижняя челюсть смещается вперед по наклонной плоскости, с которой во время смыкания зубных рядов контактируют только резцы и клыки нижней челюсти. Премоляры и моляры разобщаются из окклюзии, к такому выдвинутому положению нижней челюсти адаптируются ВНЧС и жевательные мышцы. Через 3-5 месяцев наблюдения произошла функционально – адаптационная перестройка всей зубочелюстной системы. Пациенты отмечали, что выдвинутое положение нижней челюсти более удобно, чем прежнее дистальное. При пользовании аппаратом более 6 месяцев у лиц молодого возраста разобщенные премоляры и моляры вступали в окклюзионный контакт. Как нам известно, степень и скорость морфологической перестройки зубных и альвеолярных отростков челюстей зависит от возраста пациента и индивидуальных особенностей организма. Чем моложе пациент, тем процессы морфологической перестройки протекают быстрее.

Что касается продолжительности пользования пластмассовой каппой для нижней челюсти. То, как показали наши исследования, оптимальным является срок от 4 до 6 месяцев. Основными критериями здесь явились субъективные ощущения пациента и результаты электромиографического исследования жевательных мышц. Если через 3 – 3,5 месяца пациенты отмечают, что положение нижней челюсти для них удобнее, лечение мы считали законченным.

При глубоком прикусе (у 10 больных) и вторичном укорочении альвеолярного расстояния у пациентов старше 30 лет мы реально рассчитывали лишь на функциональную перестройку зубочелюстной системы перед применением несъемных ортопедических конструкций. Функционально – адаптационную перестройку зубочелюстной системы перед применением несъемных ортопедических конструкций мы добились, накладывая пластмассовую капу на весь зубной ряд нижней челюсти или временные съемные протезы, на которых восстанавливали высоту прикуса не более чем 3-4мм. По истечении срока (2-3 месяца) приступили к зубному протезированию с применением несъемных ортопедических конструкций. Относительно вертикальных деформаций зубных рядов (90 пациентов) мы проводили ортопедическое лечение с учетом возраста пациента, состояние тканей пародонта и степени выраженности деформации. Что же касается морфологической перестройки зубных рядов и альвеолярных отростков при больших сроках лечения (от 6 месяцев до 1,5 лет у лиц молодого возраста) положительный результат достигается не всегда. Из 10 пациентов, у которых при применении лечебно-накусочной пластинки, зубоальвеолярное укорочение разной степени было достигнуто лишь у 5 больных. Большие сроки лечения и связанные с ними неудобства заставляют многих пациентов отказываться от применения пластинки.

Непосредственные и отдаленные результаты ортопедического лечения. В процессе

ортодонтической подготовки зубочелюстной системы к протезированию у 3 пациентов при применении пластинки с наклонной плоскостью для сагиттального сдвига нижней челюсти произошло обострение пародонтита и расшатывание фронтальных зубов. У всех пациентов пластинки были заменены пластмассовой каппой. В дальнейшем подобных осложнений не наблюдалось. У 3 пациентов с пародонтитом легкой степени при применении накусочной пластинки произошло обострение пародонтита. Аппарат был снят, выдвинувшиеся зубы депульпировали, укоротили и изготовили несъемные спаянные искусственные коронки.

Непосредственные результаты применения несъемных и съемных ортопедических конструкций при деформациях зубных рядов после соответствующей подготовки были хорошими во всех случаях. Пациенты были удовлетворены эстетическими и функциональными качествами и не предъявляли жалоб. Отдаленные результаты в сроки от 3 до 6 лет проанализированы у 100 пациентов. У 86 (96%) пациентов осложнений не возникло, они были довольны протезами и жалоб не предъявляли. При клиническом и рентгенологическом исследовании функциональной травматической перегрузки пародонта у них не обнаружено. Резорбция костной ткани альвеолярного отростка челюстей в области опорных зубов несъемных мостовидных протезов не отмечена. Опорные зубы устойчивы, слизистая оболочка десны без признаков воспаления.

Лишь у 6 пациентов возникли осложнения, у 1 из них произошел частичный откол фасеток и керамической облицовки в области отдельных коронок, у 2 – расцементировка коронок, у 1 – при рентгенологическом обследовании выявлен верхушечный периодонтит в области опорных зубов. У 2 наблюдался частичный рецидив, уменьшение межальвеолярной высоты прикуса. У этих больных металлокерамические протезы были сняты и переделаны с соблюдением всех клинических и технологических правил изготовления. В течение последующих 6 лет подобных осложнений не наблюдалось.

Таким образом, проведенное исследование позволяет нам сделать следующие практические рекомендации:

1. При аномалии развития фронтальных групп зубов (форма, величина и т.д.) без нарушения окклюзии рекомендуется ортодонтическое или комплексное лечение с применением ортодонтических аппаратов и последующем протезированием.
2. У пациентов со значительным наклоном и смещением передних групп зубов, необходимо депульпировать неправильно расположенные зубы, срезать коронковые части и изготовить литые штифтовые вкладки, изменив угол наклона зубов.
3. В случаях скученности фронтальных и частичного разрушения коронковой части зубов, при небольших диастемах можно изготовить металлокерамические протезы.
4. Пациентам с прогнатическим и глубоким прикусом при нарушении окклюзионного соотношения зубных рядов рекомендуем

использовать аппараты двух видов – пластинка с наклонной плоскостью на верхнюю челюсть и пластмассовую каппу на нижнюю челюсть.

Выводы. Таким образом, анализируя данные клинических, рентгенологических и функциональных исследований можно сделать заключение:

1. Чем больше времени прошло с момента удаления зубов и чем значительнее дефект зубного ряда, тем грубее деформация.
2. Функционально – адаптационная перестройка зубочелюстной системы перед применением постоянных съемных и несъемных ортопедических конструкций при глубоком прикусе и вторичном укорочении межальвеолярного расстояния можно достичь, накладывая пластмассовую каппу на весь зубной ряд.
3. Пациентам с прогностическим и глубоким прикусом при деформациях зубных рядов рекомендуем использовать – пластинку с наклонной плоскостью на верхнюю челюсть и пластмассовую каппу на нижнюю челюсть.

Литература

1. Аболмасов Н. Н., Аболмасов Н.Г., Бычков В. А., Аль – Хакима А. Ортопедическая стоматология. – М., 2002. – С. 271.
2. Арутюнов С. Д. Профилактика осложнений при применении металлокерамических зубных протезов. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. - М., 1990. – 26 с.
3. Гаврилов Е. И. Деформация зубных рядов. – М., 1974.
4. Гаврилов Е. И. Ортопедическая стоматология. – М. 1998. – с. 301.
5. Глазов О. Д. Клинико - технологические этапы изготовления металлокерамических протезов с применением комплекса отечественных материалов. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.– М. 1995. – 24с.
6. Копейкин В. Н. Ошибки в ортопедической стоматологии. – М. 1988.
7. Пономарева В. А. Механизмы развития и способы устранения зубочелюстных аномалий. – М. 1979.
8. Чикунев С. О. Применение металлокерамических коронок и мостовидных протезов при аномалии развития и положения передних зубов у взрослых. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. – М. 1995. – 18с.
9. Щербачев А. С. Аномалии прикуса у взрослых. – М.1982.
10. Шинберг О. Е. Ортопедическое лечение при пародонте у больных с глубоким прикусом. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. – М. 1994. – 14с.

THE ORTHOPEDIC METHODS OF TREATMENT PATIENTS WITH THE TEETH ROWS DEFORMATIONS

Abdumomunov A. O., Isakov E. O., Nurbaev A. J.

Asian medical institute named after S. Tentshev
stomatology department, Kant c.,
Kyrgyz state medical academy named I. K.
Akhunbaev, orthopedic stomatology department,
Bishkek c., the Kyrgyz Republic.

Efficacy of the developed orthopedic methods of treatment occlusal disturbances is established at deformations of dentitions by demountable and fixed prostheses. Their high positive results are described in different terms of observation.

Key words: teeth rows deformation, occlusal disturbances, demountable and fixed prostheses.

УДК 616.314.2-007.232-073.75

**КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ
ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ЗУБНОГО РЯДА ПРИ
ЧАСТИЧНОЙ УТРАТЕ ЗУБОВ**

Абдумомунов А.О., Калбаев А.А., Абасов К.С.

**Кафедра стоматологии Азиатского медицинского
института им. С.Т. Тентишева, г. Кант,
кафедра ортопедической стоматологии КГМА
им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика**

Получены результаты клинико-рентгенологической оценки изменений в состоянии зубного ряда у лиц с интактными зубными рядами и при частичной утрате зубов. В возрастной группе 18-24 года количество лиц с удаленными зубами составило 34,6 %, а через 10-12 лет число удаленных зубов у них увеличилось до 58%, при этом число лиц с интактными зубными рядами сократились почти в 2 раза.

Ключевые слова: адаптационно-компенсаторные изменения, возрастные изменения, частичная утрата зубов.

**АЙРЫМ ТИШТЕРИ ЖОК ТИШ
ТИЗМЕГИНДЕГИ ӨЗГӨРҮҮЛӨРГӨ
КЛИНИКАЛЫК,
РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫК БАА БЕРҮҮ**

**С.Т. Тентишев атындагы Азия медициналык
институтунун ортопедиялык стоматология
кафедрасы, Кант ш.**

**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик
медициналык академия, ортопедиялык
стоматология кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы**

Тиш тизмектери бүтүн жана айрым тиштери жок адамдардын тиш тизмегинде болуп жаткан өзгөрүүлөргө клиникалык жана рентгенологиялык жактан баа берүү үчүн жүргүзүлгөн изилдөөлөрдүн натыйжалары каралган. 18-24 жаштагы изилденген адамдардын тобунда, тиши жоктордун саны 34,6% түзгөн, ал эми ушул эле топкогу изилденгенди 10-12 жылдан кийин караганда, суурулган тиштердин саны 58% чейин көбөйгөн. Ошол эле убакытта баардык тиштери бар адамдардын саны эки эсеге кыскарган.

Негизги сөздөр: адаптация-компенсациялык өзгөрүүлөр, жашы улгаюудагы өзгөрүүлөр, кээ бир тиштерин жоготуу.

Известно, что изменение адаптационных реакций в организме ведут в развитию патологических процессов, что в полной мере относится и к зубо-челюстной системе [1,4,5].

При любых экстремальных воздействиях, прежде всего, включаются приспособительные реакции, которые имеют место в нормальных условиях. Для зубочелюстной системы, постоянно

воздействующими факторами является постоянно меняющаяся жевательная нагрузка.

К экстремальными факторам относится травма, (кариес) патология твердых тканей зубов и воспалительные заболевания тканей пародонта, в результате чего нарушается жевательная функция и в зубочелюстной системе проходят адаптивно компенсаторные изменения, механизмы которых до сих пор остаются недостаточно измененными.

Целью данного исследования явилось клинико-рентгенологическая оценка изменений зубного ряда при частичной утрате зубов.

Материал и методы. В процессе выполнения работы было проведено комплексное обследование 100 человек с интактными зубными рядами и 90 человек с частичной утратой зубов в возрасте 18-24 года и 28-36 лет. Всем пациентам проводили осмотр полости рта, при котором оценивали состояние тканей пародонта, состояние твердых тканей зубов слизистой оболочки.

Для того, чтобы выявить пациентов с деформациями зубных рядов, особое внимание обращали на положение каждого зуба по отношению с рядом стоящими зубами и оценивали всю окклюзионную поверхность при осмотре зубного ряда. Определяли обнажение корня с апроксимальных сторон, со стороны дефекта зубного ряда, а так же глубину десневой борозды с помощью зонда. Измерение проводили с четырех сторон зуба.

В 1-ю группу были объединены лица с законченным формированием зубочелюстной системы. С помощью рентгенографии осуществляли контроль состояния челюстной кости.

При отсутствии жевательных зубов наблюдалось изменение положения зубов, ограничивающих дефектов зубного ряда, а также зубов, лишенных антагонистов. При отсутствии первых и вторых моляров место вертикальных смещение зубов, которое происходило по денто-альвеолярному или дентальному типам. В таблице 1 представлено распределение обследованных с интактным зубным рядом и удаленными зубами.

Анализ полученных данных показал, что из общего количества удаленных зубов первые моляры составляют 66,6%. На долю остальных удаленных зубов приходится 33,4% (рис.1).

Из первых моляров 75% было удалено на нижней челюсти и на верхней 25%. В группе премоляров в 16,6% случаев было удалено по одному зубу, в группе вторых моляров у двух человек (8,3%) также было удалено по одному зубу.

При выявлении последовательности удаления зубов было установлено, что у лиц в возрасте от 18 до 24 лет наибольшая частота удалений (75%) приходится на нижние первые моляры. Превалирования удалений на какой – либо из сторон отмечено не было. Удаление зубов на нижней челюсти распределились поровну. На верхней челюсти удаление первых моляров составляли 25%, причем, на правой стороне зубы удалялись в 75% случаев, а на левой – в 25% случаев.

С точки зрения пациентов отсутствие одного зуба в большинстве своем не приводило к нарушению

функции жевания и внешнего вида, и поэтому они не обращались за ортопедической помощью.

трех человек было выявлено смещение нижних зубов в сторону отсутствующих антагонистов.

Таблица 1 - Количество лиц с интактными зубными рядами и частичной адентией при первичном и повторном обследовании

Число обследованных	Возраст	Число лиц с интактным пародонтом	Число лиц с удален. зубами	Кол-во удален. зубов	Кол-во удаленных первых моляров	Кол-во удаленных других жеват. зубов
50 (первичных)	18-24	34	18	24	16	8
40 (повторно)	28-36	17	24	60	35	9

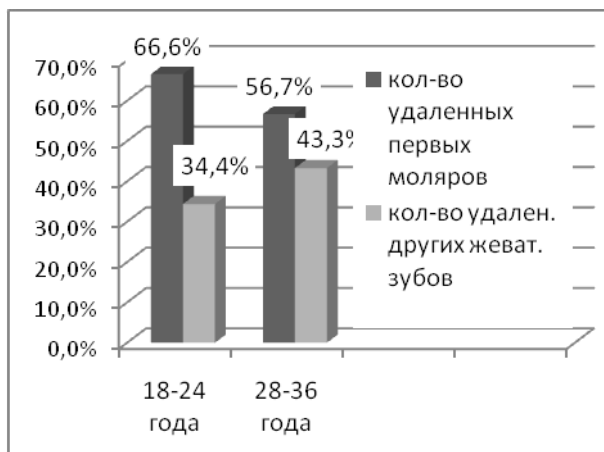


Рис.1. Количество с удаленными первыми молярами и другими жевательными зубами при первичном и повторном обследовании через 10-12 лет.

При обследовании тех же лиц в возрасте 28-36 лет общее количество лиц с удаленными зубами составило 34,6%, то через 10-12 лет число удаленных зубов у них увеличилось до 58,5%, а число лиц с полными зубными рядами сократилось почти в 2 раза (рис 2.)

Удаление первых моляров составило 58,3%, при этом нижних моляров было удалено 61,3%, верхних - 33,43%. Возросло количество удаленных вторых моляров-12,1% (по отношению к общему количеству удаленных зубов).

В группе премоляров по сравнению с первичным обследованием произошло увеличение число отсутствующих зубов до 27,0%.

В группе фронтальных зубов удаление оставались по прежнему единичными.

Клинически у жевательных зубов верхней челюсти, находящихся вне функции, у лиц возрастной группы 28-36 лет наблюдали отложение зубного камня чаще с вестибулярной стороны. Пациенты, как правило, жалоб на нарушение акта жевания не предъявляли, что возможно, связано с отсутствием малого числа(1-2) жевательных зубов. Вертикальные деформации зубного ряда наблюдались в 86% случаев при отсутствии нижних моляров. Анализ показал, что была высока частота отсутствия и вторых моляров (69%), но особенно в сочетании с уже потерянными первыми молярами (80%). Из общего количества пациентов только у

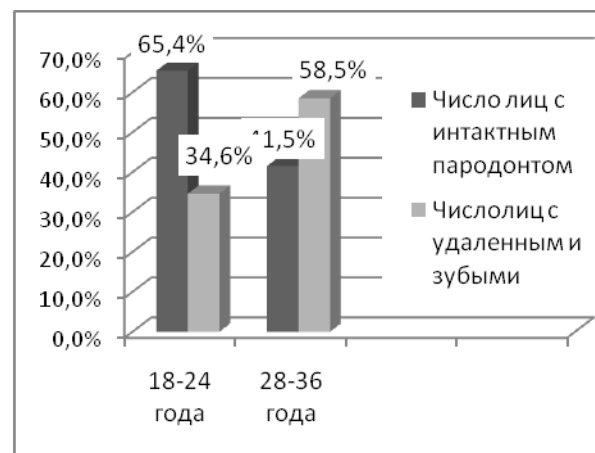


Рис.2. Количество лиц с интактными пародонтом и удаленными зубами при первичном и повторном обследовании через 10-12 лет.

При отсутствии моляров наблюдали значительное количество вариантов изменения положения премоляров: поворот по оси, корпусное смещение.

Проведение исследования показали, что величина вертикального смещения находится в прямой зависимости от возраста, в котором произошла удаление зубов и определяется давностью потери зубов.

Усредненные данные по давности потери зубов – антагонистов и развития вида деформации зубного ряда представлены в таблице 2.

Из анализа данных, представленных в таблице, следует что давность утраты зуба определяет степень деформации. Однако, для первых и вторых моляров на верхней челюсти это зависимость прослеживались в меньшей степени.

По данным рентгенографического исследования костная ткань в области зубов, лишенных функции в течении пяти лет и более лет характеризовалось крупнопетлистым строением межзубных перегородок костной ткани, расположенной около верхушек корней зубов. При незначительной давности отсутствия функции около верхушек корня отмечали гиперцементоз. У зубов с денальной формой деформации атрофию костной ткани определяли уже при I степени ее развития. При II степени развития денальной деформации атрофия была выражено в значительной степени, но зубы сохраняли устойчивость. Изменения, происходящие с возвратом в зубочелюстной системе, зависит от медленного, но

постоянного влияния окружающей среды [2,3] Проведенные клинико-рентгенологические исследования показали, что зубочелюстная система обладает большими адаптационно-компенсаторными возможностями. По определению А.И. Воложина, Ю.К. Субботина (1998) «нормой адаптации» можно считать явление, когда система адаптировалась в данных условиях среды и нормально функционировала, обеспечивая свою жизнедеятельность.

Таким образом, каждый уровень биосистемы имеет свою норму адаптации, определенную совокупность генотических или фенотических признаков. С возрастом, без потери такого важного элемента в структуре зубочелюстной системы как зуб, именно эти факторы позволяют этой биосистеме изменяться так, чтобы нормально функционировать. В связи с этим чисто возрастные изменения в зубочелюстной системе мы отнесли к «норме адаптации».

Выводы.

1. В возрастной группе 18-24 года количество лиц с удаленными зубами составило 34,65, а через 10-12 лет число удаленных зубов у них увеличилось до 58,5 %.
2. Вертикальные изменения (перемещения) зубов при отсутствии антагонистов находится в прямой зависимости от возраста и давности утраты зубов.
3. При отсутствии первых моляров происходит изменения положения премоляров (поворот по оси, смещения или наклон в сторону дефекта и т.д.).

Литература

1. Воложин А.И., Субботин Ю.К. Болезнь и здоровье две стороны приспособления. - М.: Медицина, 1998. - 480с.
2. Гаврилов Е.И. Клиническая картина при частичной потере зубов // В кн. Теория и клиника протезирования частичными и съемными протезами. - М.: Медицина, 1973. - С.5-75.
3. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С., Трезубов В.Н. Роль функции и развития деформации зубных рядов / Стоматология. – М., 1983. - № 5. – С.85-88.
4. Ряховский А.Н. адаптационные и компенсаторные реакции при дефектах зубных рядов по данным жевательной пробы с возвращающей нагрузкой / Стоматология. - М., 2001. - № 2. - С.36-40.
5. Абдумомунов А.О. Клинико-функциональное обоснование возможности коррекции адаптационно-компенсаторных изменений в зубочелюстной системе при частичной утрате зубов. Автореф. дисс. ...докт. мед. наук. - Бишкек, 2007. - 19с.

CLINICO-RENTGENOLOGICAL ASSISTANT OF CHANGES OF DENTURE IN PARTIAL SECONDARY ADENTIA

Abdumomunov A.O., Kalbaev A.A. Abasov K.S.

**The chair of stomatology Aziat medical institute
Tentishev S.T. Kant c.,
the chair of stomatology KSMA,
Bishkek c., the Kyrgyz Republic**

We have obtained the result of clinic-rent enological assistant of changes of denture state in patients with intact dentures and partial secondary adentia. It is shown that in age group 18-24 the number of patients with extracted teeth was 34,6% but after 10-12 years the number of extracted teeth is increased to 58,5% in patients, the number of patients with full denture is decreased twice.

Key words: adaptive-compensatory changes, age changes partial secondary adentia.

УДК 616.314-089.23-77:678.664:616.314-007.21

ОПЫТ ИЗГОТОВЛЕНИЯ БАЗИСОВ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ВТОРИЧНОЙ ЧАСТИЧНОЙ И ПОЛНОЙ АДЕНТИИ ИЗ ПОЛИУРЕТАНА

*Амираев У.А., Нурбаев А.Ж.,
Балабеков С.У., Раев С.А.*

**Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

При вторичной частичной или полной адентии на верхней и нижней челюстях для базисов съемных пластиночных протезов постоянно применяли акриловую пластмассу, мы для базисов этих протезов применили полиуретан.

***Ключевые слова:** частичная и полная вторичная адентия, дефекты зубных рядов, съемный пластиночный протез, базисный материал полиуретана.*

ТУРУКТУУ ТИШ КАТАРЫНДАГЫ ТИШТЕРДИН КЕМТИК ЖАНА ТОЛУК ЖОК БОЛУШУНДА КИЙМЕ ТАКТАЙЛУУ ПРОТЕЗДЕРДИН НЕГИЗИН ПОЛИУРЕТАНДАН ЖАСООНУН ТАЖРЫЙБАСЫ

**И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Устунку жана астынкы жаактардын тиш катарынын жарымы же толук тушкөндө медициналык көрсөтмө боюнча тактайлуу кийме тиш протезин жасоодо акрил пластмассанын ордуна полиуре- танды колдонуу.

***Негизги сөздөр:** Тиштердин жарым же толук түшүшү, тиш катарынын кемтиктери, кийме тактайтуу протез, полиуретан, негиз болуучу материал.*

Лечение зубов человека упоминается в папирусах древнего Эберса (1550 лет до н.э.). В то же время изготовления несъемных и съемных зубных протезов также проводились, уходя корнями вглубь столетия. Найденные при раскопках зубные протезы были на зубах черепов, изготовленные примитивно, искусственные зубы удерживались на естественных зубах золотыми нитями. При раскопках съемные протезы не находились из-за традиций тех предков, что они не являлись частью тела усопшего и в гробницу протезы не были положены. Имелось суеверие, будто в съемных протезах присутствовали чужие тела, т. е. зубы рабов или животных. В V веке до

н.э. в Египте были такие технологии как литье из сплава золота и серебра по выплавляемым восковым репродукциям, а также получение листового сплава золота методом проката, штамповка сплава золота с применением штампа и контрштампа, получение проволоки из сплава золота и серебра методом волочения, которые впоследствии применявшиеся в съемном зубном протезировании при вторичной частичной адентии.

Одним из первых специалистов в области ортопедической стоматологии был французский аптекарь Дюшато (1774), который предложил и применил фарфоровые зубы к съемному протезу, но базисом съемному протезу фарфоровая масса не пригодилась из-за большой усадки при обжиге. Достижением в съемном протезировании было изобретение Гудьером (1839) каучука как базисного материала, который почти 100 лет он служил базисом при изготовлении съемных протезов при вторичной частичной и полной адентии.

В 1940 Бынин Б.Н., Ревзин И.И., И. А., Манукян М. Л. и др. изобрели и предложили для практической стоматологии акриловую пластмассу, которая до сих пор успешно применяется для базисов съемных пластиночных протезов АКР-7, АКР-9. Авторы акриловых пластмасс в 1949 году были удостоены Сталинской премии (ныне Государственная) в области науки и техники. Затем были предложены для базисов съемных пластиночных протезов этирил, фторакс, акрел, акронил, бакрил и др.

Более 70 лет акриловые пластмассы являются основным базисным материалом для изготовления съемных пластиночных протезов при вторичной и полной адентии. Несмотря на относительную химическую стойкость, удовлетворительную прочность, хорошие эстетические свойства и простоту некоторые недостатки: наличие остаточного мономера в базисе, относительную неустойчивость в водной и ферментативных средах, а также накапливать микробную флору. Различные добавки низкомолекулярных соединений в акриловых пластмассах в конечном итоге может вызвать аллергию у пациентов имеющих сенсibilизацию [3].

Съемные протезы из акриловой пластмассы при вторичной частичной адентии позволяют нормализовать эстетику лица за счет замещения видимых дефектов во фронтальном отделе зубного ряда и нормализуют функцию жевания за счет восстановления утраченных боковых зубов.

В связи с твердостью акриловой пластмассы некоторые пациенты не могут пользоваться изготовленными им съемными пластиночными протезами из-за болевых ощущений, у кого тонкая слизистая оболочка протезного ложа, по классификации Суппле II класс [2]. Чтобы помочь в пользовании съемными протезами пациентам с тонкой слизистой оболочкой были предложены эластичные пластмассы для прокладок к съемным пластиночным протезам такие как: ПМ-01, АКР-9, ЭГмасс-12, Эладент, ГосСили др. [7]. По данным литературы более 98% базисов пластиночных протезов изготавливается из акриловых пластмасс [1,6]. Несмотря на то, что акриловая пластмасса

является технологичным, механически довольно крепким и химически стойким материалом, она имеет некоторые недостатки. Для слизистой оболочки, особенно при тонкой, она является твердой, может вызывать непереносимость из-за остаточного мономера. Вымываемый из протеза акриловой пластмассы мономер, даже в незначительных количествах (1,5%) влияет на функциональное состояние нейтрофилов слизистой оболочки полости рта и подавляет их активность [8], также мономер является протоплазматическим ядом, он чрезвычайно активен при соприкосновении с тканями и оказывает раздражающее и токсическое действие на организм в целом [3,5,9] она хрупкая. Акриловая базисная пластмасса не эластичная, указанные все эластичные пластмассы со временем теряет свою эластичность (6-8 месяцев) или отслаивается от твердой пластмассы. По литературным данным протезы из акриловой пластмассы ломаются до 30-40%. В поломке базиса съемных пластиночных протезов причиной часто является не полное проведение работы подгонки протеза по прикусу. Это в первые дни вызывает болевые ощущения, а затем пациент не обращая на некоторые неудобства пользуется им. Протез постоянно деформируясь, при приеме пищи по одной линии, наступает усталость акриловой пластмассы и при приеме безобидной мягкой пищи ломается. В таких случаях пациенты удивляются, как при приеме мягкой пищи у них сломался протез.

В связи с чем, член-корр. РАМН РФ доктор медицинских наук профессор Копейкин В. Н. (1988) отмечал, что для решения проблемы «идеального» базисного материала для съемных протезов необходимо объединение усилий стоматологов – ортопедов и ученых химиков с тем, чтобы целенаправленно искать пути совершенствования и вести поиск новых материалов для ортопедической стоматологии.

Далее были разработаны пластмассы на основе полихлорвинила. Поливинилхлорид при соединении с пластификаторами или сополимеризации винилхлорида винилацетатами, превращается в очень эластичную массу. В ортопедической стоматологии применяется ЭГмасс-12 (эластичная гигиеническая масса № 12), используется для мягкой прокладки при изготовлении съемных пластиночных протезов, протезы лица (ухо, нос), боксерские шины. Также имеется пластмасса на основе полиамидов. Эту пластмассу получают путем поликонденсации диаминов с дикарбоновыми кислотами. По сравнению с акриловыми пластмассами, полиамиды более прочны на изгиб и более эластичны. Отрицательная сторона полиамидов является заметная гидрофильность до 7-10% и повышенную эластичность протезов, что вызывает повышенное трение со слизистой оболочкой, которое может привести к протезному стоматиту.

Таким образом, на сегодняшний день назрела острая необходимость в разработке и применении на практике ортопедической стоматологии биосовместимого и функционально-эстетического альтернативного материала к акриловым пластмассам.



Пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти (1,2). Бюгельный протез на нижнюю челюсть (3).

В последнее время для базисов съемных протезов [1,6] в результате серии экспериментов разработали композиции конструкционных материалов на основе полиуретана для базисов съемных пластиночных протезов. Авторами предложены не готовые материалы, а адаптированные из других областей техники, и их композиции на основе полиуретана. Полиуретан - это полимер, отличающийся от акриловых пластмасс в основной цепи регулярно чередующихся уретановыми группами [6].

Нами было изготовлено из полиуретана 21 съемные пластиночные протезы при вторичной частичной адентии. Из них 7 на верхней челюсти и 14 на нижней челюсти. На верхней челюсти 1 протез был изготовлен при дефекте по классификации Амираева 1 класс а подклассе, где включенный дефект был во фронтальном участке, 2 протеза были изготовлены при дефекте по классификации Амираева 1 класс 4 протеза при 4 классе а подклассе и 3 протеза при 3 классе а подклассе. На нижней челюсти также по той же классификации 3 протеза при 2 классе а подклассе, 3 протеза при 3 классе а подклассе и 2 протеза при 1 классе а подклассе, где включенные дефекты располагались в боковых участках (рис.1-3).

Некоторые пациенты ранее пользовались съемными протезами с базисами из акриловой пластмассы. Когда были изготовлены съемные протезы с базисами из полиуретана, они быстро привыкали и чувствовали себя более комфортно. На коррекцию приходили всего один два раза, фиксация и стабилизация протеза была хорошей. Жалоб на поломку протезов из полиуретана не было.

Литература

1. Альтер Ю.М., Огородников М. Ю. Базисный материал на основе полиуретана «Денталур» для съемных зубных протезов / Учебное пособие для врачей стоматологов ортопедов и зубных техников.- Москва, 2007.- 31 с.
2. Амираев У.А., Амираев Р.У. Протезирование беззубых челюстей.- Бишкек, 2012. - 239 с.
3. Воронов А.П., Лебеденко И.Ю., Воронов Д.А. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов. М. «Мед-пресс информ», 2006.
4. Жолудев С.Е. Применение металлизированных базисов съемных пластиночных протезов при явлениях непереносимости акрилатов. Дисс. канд. мед. наук. - М., 1990. - 160 с.
5. Копейкин В. Н. Ошибки в ортопедической стоматологии. М., Тианда-Х, 1988. – С.154-174.
Мишнев Л. М. Применение пластиночных зубных протезов, обработанных ультразвуком и прогнозирование выбора материалов для протезирования при явлениях непереносимости. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук - Л., 1987.-17 с.

6. Огородников М. Ю. Новый класс конструкционных материалов на основе полиуретана для ортопедической стоматологии. Автореф. дисс. доктора мед. наук. М., 2004.- 21 с.
7. Рузуддинов Н.С. Применение двухслойного базиса в клинике ортопедической стоматологии // Среднеазиатский научно-популярный журнал «Stomatologia», 2004. - № 3-4.- С.88-90.
8. Темирбаев М. А. Этиология, патогенез, клиника протезных стоматитов, пути профилактики и лечения. Автореф. дисс. ...докт. мед. наук. М, 1990. - 32с.
9. Barron D.J., Schuster G.S., Gaughman G.B., Lefebvre C.A. Biocompatibility of visible light-polymerized denture base resins. - J. Prostodont. - 1993. - Sep-Oct –N 6(5). –P. 495-501.
10. Воронов А.П., Лебеденко И.Ю., Воронов Д.А. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов. М. «Мед-пресс информ», 2006.
11. Жолудев С.Е. Применение металлизированных базисов съемных пластиночных протезов при явлениях непереносимости акрилатов. Дисс. канд. мед. наук. - М., 1990. - 160 с.
12. Копейкин В. Н. Ошибки в ортопедической стоматологии. М., Тианда-Х, 1988. – С.154-174.
13. Мишнев Л. М. Применение пластиночных зубных протезов, обработанных ультразвуком и прогнозирование выбора материалов для протезирования при явлениях непереносимости. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук - Л., 1987.-17 с.
14. Огородников М. Ю. Новый класс конструкционных материалов на основе полиуретана для ортопедической стоматологии. Автореф. дисс. доктора мед. наук. М., 2004.- 21 с.
15. Рузуддинов Н.С. Применение двухслойного базиса в клинике ортопедической стоматологии // Среднеазиатский научно-популярный журнал «Stomatologia», 2004. - № 3-4.- С.88-90.
16. Темирбаев М. А. Этиология, патогенез, клиника протезных стоматитов, пути профилактики и лечения. Автореф. дисс. ...докт. мед. наук. М, 1990. - 32с.
17. Barron D.J., Schuster G.S., Gaughman G.B., Lefebvre C.A. Biocompatibility of visible light-polymerized denture base resins. - J. Prostodont. - 1993. - Sep-Oct –N 6(5). –P. 495-501.

THE EXPERIENCE OF PRODUCING POLYURETHANE BASES OF REMOVABLE LAMINAR DENTURES FOR THE TREATMENT OF THE SECONDARY PARTIAL AND TOTAL DENTIA

Amiraev U.A., Nurbaev A.J., Balabekov S.U., Raev S.A.

Kyrgyz medical academy
named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek c., Kyrgyz Republic.

For the treatment of secondary partial and total adentia on upper and lower jaws we have been using the polyurethane instead of more common acrylic plastic.

Key words: partial and total secondary adentia, removable, laminar denture basis material of polyurethane.

УДК 616.314-039.1-007.232:616-084

ЗАЕДА ЕЕ ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА

Амираев У.А., Нурбаев А.Ж.

**Кафедра ортопедической стоматологии
Кыргызской государственной медицинской
академии им. И. К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика**

Проблемой заеды страдают много пациентов с патологической стираемостью твердых тканей зубов и пациенты с беззубыми челюстями. В статье рассматриваются причины и методы профилактики заеды.

Ключевые слова: заеда, высота прикуса, центральная окклюзия, объемное моделирование.

ЖАМАЖАЙДЫН СЕБЕПТЕРИ ЖАНА АНЫН АЛДЫН АЛУУ

**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын ортопедиялык стоматология кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Жамажай оорусу менен турмушта тиштери патологиялык жешилген жана тиштери толук жок болгон бир канча адамдар запкы тартууда. Макалада жамажайдын себептери жана анын алдын алуу маселесине кайрылдык.

Негизги сөздөр: жамажай, ашташуунун бийиктиги, борбордук окклюзия, көлөмдүү калыптандыруу.

Жамажай – ооз бурчунун былжыр кабыкчасы менен терисинин оорусу. Стоматологиялык медициналык тилде жамажайды ангулярдуу жугуштуу хейлит (заеда) деп айтат [5] менен [4] далилдөөсү боюнча көпчүлүк убакта жамажай ооздун бурчунун жараттануусунан кийин, ал жерге стрептококк жана стафилококк жана башка инфекциялардын кириши менен пайда болот.

Өнөкөт жамажай оорусу, ден соолугу начарлаган адамдарда, көп убакта оор жугуштуу оорулардан кийин, рибофлавиноздун аздыгында, начар тамактанууда, кан ооруларында, кант диабетинде, ооздун ичинде кайсы бир жугуштуу оорулар болгондо жолугат. Жамажай улгайган кишилерде тиш катарынын аномалиялык ашташуусунда, тиш протездери жаман жасалып калганда, тиш протездери жасалган материалдарга болгон аллергиясында көп кездешет [2,6].

Жамажай балдарда бат-бат кайталанып туруучу оору. Оорунун башталышы ооздун бурчунун былжыр кабыкчасынын жана терисинин кызарып, жарылып, шишип калуусунан көрүнөт. Бара-бара тазалыктын керектүү деңгээлде болбогонунан жана оозду ачканда шишик жарылып, теринин бүтүндүгү бузулуп, былжыр кабыкчага өтөт. Жарык жер оозду ачкан

сайын канап, сары түстөгү карт менен капталып калат. Картты алып салганда мала-кызыл кызыл жара көрүнүп турат. Шилекейдин көп чыгышы, ооздун тазалыгы начар болгондо жара териге жайылып кетет.

Жамажай жугуштуу оору болушуна карата оорулуунун тамак ичүүчү кашыгын, айрысын өзүнчө кармоо керек. Жамажай кургак учуктун, котон жарасынын себептеринен болушу мүмкүн. Ошондуктан жамажайды караганда лабораториялык изилдөөлөрдү унутпоо керек. Улгайгандарда жана карыларда тиштердин катуу ткандарынын патологиялык жоюлуусунда (компенсация болбогон формасында) жана тиштеринин баары түшүп, кийме тактайлуу тиш протези менен жүргөндөрдө, ашташуунун бийиктигинин төмөн болуусунда кездешет. Бирок, өкүнүчтүүсү беттин төмөнкү бөлүгүн бийиктеткенде да кээ бир пациенттердин жамажайы айыккан эмес. Ал эми, кээ бир пациенттер тиштери толук жок болуп, кийме тактайлуу тиш протезди кийбей жүргөндөрдө да жамажай болгон эмес. Эмне үчүн жамажай аялдарда көп кездешет, эркектерде аз? Бул маселе аягына чейин чечиле элек. Мына ушундай жана башка себептерден жамажайдын пайда болуу себептерин билбегендик, тишсиз жаактарга кийме тактайлуу тиш протезин жасоодо бул оорунун алдын алуу көйгөйүн чечүүнү аягына чейин аныктоо кыйын болууда.

Кээ бир окумуштуулардын божомолу боюнча жамажайдын пайда болушуна эриндин көлөмү, чоңдугу себеп болушу мүмкүн. Ал эми [9] айтуусу боюнча тиштер бүтүн болгондо, альвеола чорчогу жоюлбай турганда, ооз көндөйүнүн ичинде белгилүү мейкиндикти толуктап турат жана уурт менен эринге таяныч болот. Ошентип, астыңкы жаактын төмөнкү бөлүгүнүн жана ооз жылчыгынын формасы бузулбай, ооз бурчунун териси тереңдебейт. Тиштер толук түшкөндө, альвеола кызыл ээктин жоюлушу менен тил, уурт, эриндер үчүн таяныч жок болуп, алардын катышы гана бузулбастан, аткарган кызматы да бузулат.

Пациенттин тиштери толук түшүп, тактайлуу кийме тиш протезин жасаганда ар бир пациентке жаактардын борбордук ашташуусун туура табууга аракеттенүү зарыл. Ушундан улам чайноо булчундардын, чыкый астыңкы жаак муунунун кызматын нормалдаштырууга жетишүү менен пациенттин сырткы келбетин да оңолтууга болот. Бирок мында көп убакта кийме тиш протезинин көлөмүнө көңүл бурулбай калып (мында жасалма бүйлөнүн жука болуп калышы жөнүндө сөз) протезди жаакка койгондо пациент да врач да жасалган ишке канааттанбай калышат [1,3].

Кийме тактайлуу тиш протездин жасалма бүйлөсүн калың жасап, пайда болгон уурт жактагы боштукту толтуруп, морфологиялык, кызматтык жана эстетикалык жакшырууга алып келинет. Ушунда чайноо жана нымдоо булчундарынын, чыкый-астыңкы жаак муунунун кызматы жакшы болуп, тилдин жардамы менен ич жактан, уурттун, эриндин жардамы менен сырт жактан кийме тактайлуу тиш протезине жакын туруп, протездин жаакта кармалышы жакшырат.

Жамажай оорусунун себептерин табуу жана алдын алуу үчүн [7] кийме тактайлуу тиш протезин көлөмдүү жасоону сунуш кылган. Көлөмдүү жасоо төмөнкүдөй аткарылат: алды менен кызматтык (функциялык) үстүнкү жана астыңкы жаактардан калып алынат, гипстен үлгүлөр (модели) куюлат, тиштетүүчү (прикусной) оромолор (валики) үстүнкү жаакка негизди момдон жасайт, астыңкы жаактын негизи пластмассадан жасалат. Тиштенүүнүн бийиктигин (высоту прикуса) борбордук ашташуу абалында (в положении центральной окклюзии) аныктап, окклюдаторго нипстеп, жасалма тиштерди тизип чыгат. Андан кийин үстүнкү жаактын протезин аяктап, көнүлдү астыңкы жаактын протезине бурат. Мында астыңкы жаактын пластмасса негизин кичирейтип, анын кырына жумшартылган момдун 2 – 3 мм болгон тилкесин жабыштырат. Эми даярдалган негизди жасалма тиштери менен оозго коет. Даяр болгон үстүнкү протезди да ордуна коет. Пациенттен астыңкы жаак менен көнүмүш болгон ар кандай кыймылды: протездеги момго эринди, ууртту кымтып жасоону өтүнөт. Астыңкы жаактын протезине кошулган артыкча болгон момду кесип алып таштайт. Кайсы бир жерде кемтиктер болсо, жумшак момду ошол жерге кошуп, көнүгүүнү кайра кайталайт.

Протездин вестибуляр бети бүттү, эми тил жагына өтүү керек. Ал үчүн негиздин ички бетине узундугу 5 – 6 см болгон, жумшартылган момду жабыштырып, оозго үстүнкү протез менен бирге коет. Андан кийин пациентке астыңкы, үстүнкү тиштерин борбордук ашташуу абалында тиштенүүнү суранат, эми тиштерди жылдырбай, эриндерди ачпай бир нече кыймыл жасоо керек: тилдин учун таңдайдын ортосуна чейин көтөрүп, үстүнкү маңдайкы тиштерге такап, шилекейди жутуу керек. Ушул көнүгүүнү 4 – 5 жолу кайталатып, оозду ачтырып, муздак суу менен момду муздатып, протезди абайлап ооздон алат. Даярдалган астыңкы протез менен эми цинкоксидэвгенол же силикон пасталары менен калып алынуу керек. Ал үчүн мом менен узартылган протездин бардык бетин (жасалма тиштерден бөлөк) 1 мм калыңдыкта айтылган пасталардын бири менен шыбап чыгып, оозго кайра коюуп, калып алынат. Үстүнкү протез да оозунда болот. Тиштерди борбордук ашташууда жумшак тиштенип, тилди, эринди жана ууртту протезге кымтып, көнүгүүлөрдү 2 – 3 мүнөт жасоо керек. Көнүгүүлөр жогоруда айтылгандай: эринди өйдө төмөн кыймылдатап, тилдин учун таңдайдын ортосуна чейин көтөрүп, үстүнкү маңдайкы тиштерге такап, шилекейди жутат. Негиздин момдон жасалган кыры көрүнүп же жука болуп калса, момду кыскартып, айтылган көнүгүүнү кайра кайталоо керек. Ооздон протезди чыгарып, жасалма тишке жабышкан калып алынуучу паста же мом жабышып калса аларды тазалап, протезди кюветага тескери ыкма менен гипстеп, ысык сууга салып, момду эритип, кюветаны ачып, момдун, калып алынган пастанын калдыгын, пластмасса негизди алып таштап, негиз жасалуучу жаңы пластмассаны салып, салттуу эреже менен пластмасса салынып, бышырылат.

Даяр болгон протездин сырткы, вестибуляр бети томпок, ички тил жак бети кабырыңкы болот. Протездин ушинтип жасалган чек арасы, анын жаакта

жакшы кармалып, жабышып турушуна шарт түзөт. Анткени, протездин негизинин бети былжыр кабыкчага жылчыксыз тийишип турат [7].

Ушинтип жасалган кийме тактайлуу тиш протези жаактарда жакшы кармалып турушу менен бирге негизинин көлөмдүү жасалышы менен жамажай оорусунун алдын алууга мүмкүнчүлүк берет. Пациенттин кийме тактайлуу тиш протези жакын арада эле жасалган болсо, протезди кайра жасабай эле, вестибуляр бетине момдон керегинче калындап, эринди, ууртту көтөрүп, пациентке күзгү берип көрсөтүп, протездеги момду пластмассага лабораторияда ысык ыкма менен алмашырып койсо болот. Борбордук ашташуу жапыз болуп калса, негиз үчүн момдун тактайын алып, бир же эки кабаттап, жылдуу сууга салып жумшартып, протездин таманына жабыштырып, жаакка коюп, керек бийиктикке жеткирип, протезди ооздон абайлап алып, кошулган момду лабораторияда негиз болуучу пластмассага алмаштыруу керек. Ушундай ыкма менен жасалган кийме тактайлуу тиш протезине пациенттин көнүү фазасы да бат болот [4,5].

Ошентип, жамажайдын алдын алуу көйгөйү төмөнкүлөрдөн турат: а - ашташуунун бийиктигин туура аныктоо; б - мүмкүн болсо протездин негизин көлөмдүү калыптандыруу. Айтылгандарга байланыштуу жасалма тиштерди жасоодо колдонулуучу материалдардын организмге жакпагандыгынан жамажайдын пайда болушу мүмкүн деген божомолду унутпоо керек.

Адабият

1. Аболмасов Н. Г., Аболмасов Н. Н., Бычков В. А., А. Аль-Хаким Ортопедическая стоматология: Руководство – М., МЕДпресс-информ, 2010. – 576 с.
2. Амираев У. А. Протезирование беззубых челюстей. Бишкек, “Кут бер”, 2012. – 239 с.
3. Гаврилов Е. И., Щербаков А. С. Ортопедическая стоматология. М., Медицина, 1978. – 576 с.
4. Копейкин В. Н. Ортопедическая стоматология. М., Медицина, 1988 г. 510 с.
5. Курляндский В. Ю. Ортопедическая стоматология. М., Медицина, 1977. - 495 с.
6. Нурбаев А.Ж. Ортопедическая стоматологическая лечебно-профилактическая помощь лицам пожилого и старческого возраста в Кыргызской Республике. - Бишкек, “Монополия цвета”, 2012. – 133с.
7. Танрыкулиев П. Т. Обоснование методов протезирования больных с беззубой нижней челюстью. Дисс. ...докт. мед. наук, М., 1985. – 265с.
8. Амираев У. А. Стоматологиялык терминдердин түшүндүрмө сөздүгү. -Бишкек, 2005.- Бет. 221- 238.
9. Амираев У. А. Стоматологиялык терминдердин түшүндүрмө сөздүгү. - Бишкек, 2009. – Бет. 275 - 275.
10. Амираев У. А., Амираев Р. У., Амираева Д. У. Тиш салуунун техникасы. - Бишкек, 2009. – Бет. 479.
11. Амираев У. А. Ортопедиялык стоматология, 2010.- бет. 470.
12. Амираев У.А., Амираев Р.У., Амираева Д.У. Ортопедиялык стоматолог. колдонулуучу материалдар. - Бишкек, 2011. - Бет. 267
13. Амираев У. А. Ортодонтия. – Бишкек, 2013. - Бет. 425.

PERLECHE IT'S CAUSES AND PREVENTION

Amiraev U.A., Nurbaev A.J.

Kyrgyz state medical academy named after I. K. Akhunbaev orthopedic stomatology chair, Bishkek c., the Kyrgyz Republic.

A lot of patients with pathological abrasion of hard tissue of teeth and patients with toothless jaws suffer the problem of perleche.

Key words: perleche, the height of the bite, the central occlusion, solid modeling.

УДК 616.314-716:617.52-053.9 (574)

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

**Амираев У.А., Рузуддинов С.Р.,
Шаяхметова М.К., Балабеков С.Е.**

**Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы,
Республика Казахстан.**

Изучена распространенность поражения зубочелюстной системы у сельского населения Республики Казахстан. Установлена высокая частота патологии зубочелюстной системы среди обследованных.

***Ключевые слова:** распространенность, зубочелюстная система, сельское население.*

КАЗАХСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ АЙЫЛ ЖЕРИНДЕ ЖАШАГАН ҚАРЫ АДАМДАРДЫ ҚАРООНУҢ ТЫЯНАҒЫ

**И. К. Ахунбаев атындағы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

**С. Д. Асфендияров атындағы Казак улуттук медициналык университети,
Алматы ш., Казахстан Республикасы.**

Казахстан Республикасының айыл жерінде жашаган қары адамдардың тиіс жақ түзүмүнүн бузулуусунун таралысын изилдөө.

***Негизгі сөздөр:** таралышы, тиіс жақ түзүмү, айыл эли.*

Актуальность. В последние десятилетия в развитых странах мира наблюдается рост абсолютного числа и относительной доли населения пожилых людей. Происходит неуклонный, довольно быстрый процесс уменьшения в общей численности населения доли детей и молодежи и увеличения доли пожилых [5,6]. По прогнозам, в обозримом будущем 30% населения Европы будет старше 65 лет. По данным ВОЗ, ожидаемая продолжительность жизни по достижении 65 лет составляет сейчас 16,7 года, а по достижении 80 лет - более 8 лет. Постоянное возрастание доли пожилых во всем населении становится влиятельной социально-

демографической тенденцией практически всех развитых стран [1,2].

В настоящее время современная демографическая ситуация в Казахстане также характеризуется увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста в обществе [4,7].

В соответствии с классификацией польского демографа Э. Росета (1981) Казахстан с удельным весом людей старше 60 лет 11,6% относится к категории «собственно старение». Пенсионеры по возрасту в целом по республике составляют основную долю людей старшего возраста (97,2%) [2]

В Казахстане по состоянию на 1 января 2010 года численность лиц в возрасте 65 лет и старше составила 7,14% от общей численности населения страны, а в возрасте 75 лет и старше составила 2,3% от общей численности населения страны [1,9].

Экспертами ООН Казахстан отнесен к государствам с ускоренными темпами старения, по их прогнозам к 2050 году в стране ожидается 25% пожилых людей. Согласно Стратегическому плану развития Республики Казахстан, утвержденному Указом Главы государства от 1 февраля 2010 года (№922), к 2020 году ожидаемая продолжительность жизни в стране увеличится до 72 лет, а к 2030 г. до уровня 75,7 лет, что является одним из основных направлений в достижении стратегических целей страны, в том числе, ее конкурентоспособности [3,8.]

Цель исследования - изучение стоматологической заболеваемости среди лиц старшего, пожилого и старческого возраста, определение особенностей их ортопедического лечения, оказание зубопротезной помощи.

Задачи: исследовать основные показатели состояния стоматологического здоровья лиц старшего возраста в пилотных регионах.

Методы исследования: на базе амбулаторно - поликлинических организаций запланировано проведение массового обследования, определение контингента и анализ состояния зубочелюстной системы пожилых людей; клинические методы исследования выполнены на специально - разработанных амбулаторных картах.

Программа исследований проведена в Алматинской области. Представлены пилотное, эпидемиологическое, рандомизированное клиническое сравнительное исследование.

Целевые группы: обследованные распределены по следующим возрастным группам: от 45 до 59 лет; 60-79 лет; 80 лет и старше. Численность обследованного населения для эпидемиологического исследования составило 318 человек.

Всего обследовано 318 человек, из них 75% составили женщины и 25% мужчин. Наибольшее количество обследованных 217 чел (68%) составили лица старшего возраста, затем лица пожилого возраста 98 чел (31%) и наименьшее число 3 чел (1%) были лица старческого возраста (табл. 1).

Частичные и полные дефекты зубных рядов встречались у всех пациентов. Больше половины обследованных пациентов сталкивались с проблемами неадекватного пережевывания пищи, жаловались на дефекты дикции, испытывали

дискомфорт в полости рта. У обследованных, большинству требовалась срочная стоматологическая помощь (табл. 2).

При этом наибольшее количество пациентов с дефектом зубных рядов составляют люди –

Таблица 1 - Результаты обследования сельского населения РК (%)

№	Наименование нозологической формы заболевания	Всего (в %)
1	Дефекты зубного ряда	90,6
2	Полное отсутствие зубов	24,2
3	Заболевание пародонта	24,8
4	Кариозное поражение	22,6
5	Некариозное поражение	27
6	Деформации зубных рядов	0,3

старшего возраста 209 чел. (96 %) и пожилого возраста – 78 чел (79,6 %).

Повышенная стираемость зубов наблюдалось у – 27% обследованных, из них в старшем возрасте (72,1%), в пожилом – 26,7%.

Кариозное поражение зубов выявлено в старческой возрастной группе в 1,2% случаев.

Таблица 2 - Полное отсутствие зубов в разных возрастных группах сельского населения

Наименование нозологической формы заболевания		Старшая возрастная группа		Пожилая возрастная группа		Старческая возрастная группа	
		Всего 217 человек		Всего 98 человек		Всего 3 человек	
		чел	%	чел	%	чел	%
Полное отсутствие зубов	всего	30	13,8	44	44,9	3	100

В возрасте до 45-59 лет полная потеря зубов составляет 13,8%. В возрасте от 60 до 79 лет этот показатель изменяется до 44,9%, а в возрасте старше 80 лет полная потеря зубов увеличивается вдвое до 100%.

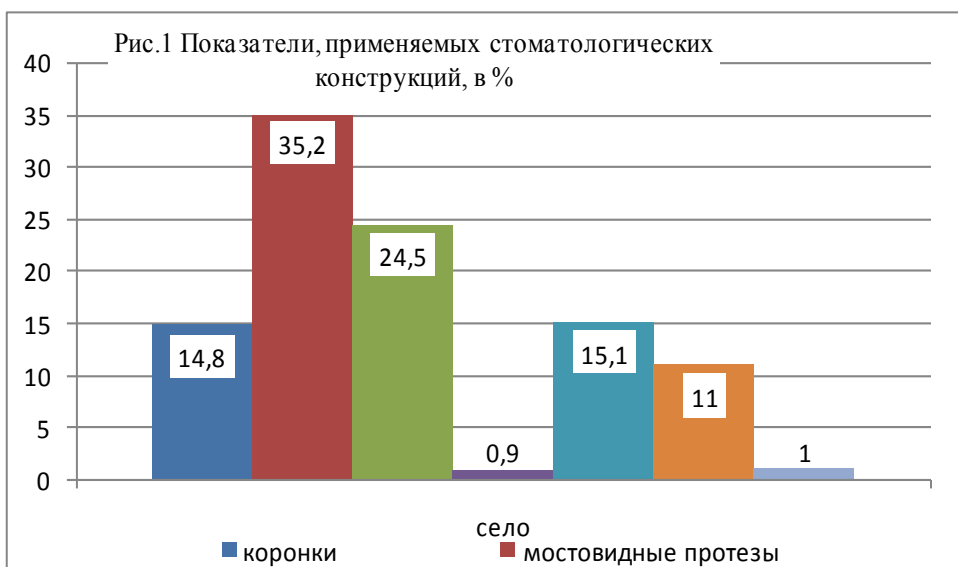
Ортопедическое лечение искусственными коронками у сельского населения – в 14,8% случаев. Мостовидные протезы имели 35,2% осматриваемых. Частичными съемными пластиночными протезами в сельской местности пользуются 24,5% пациентов, из них преобладающее количество 70,5% - в старшей возрастной группе. Полными съемными протезами пользовались 15,1% обследованных, из них – 54,2% лица пожилого возраста. В единичных случаях выявлено ортопедическое лечение с опорой на дентальные имплантаты, т.е. у обследованного контингента лиц указанный метод восстановления целостности зубных рядов применялся редко (Рис. 1).

Заключение.

1. Пожилые люди обследуемого региона Алматинской области имеют самые различные стоматологические заболевания, чаще сочетанные патологии челюстно-лицевой области;
2. Выявлена высокая потеря зубов, которая составляет 90,6% сельского населения от числа обследованных;
3. Нуждаемость в ортопедической стоматологической помощи зависит от возраста. С увеличением возраста увеличивается потребность в зубном протезировании.
4. В структуре КПУ преобладают удаленные зубы, но кариез и запломбированные зубы составляют определенный процент;

Выводы.

1. Большая потеря зубов у пожилых людей и отсутствие плановой стоматологической помощи привели к высокой нуждаемости в стоматологической помощи, в том числе и ортопедической. Зубные протезы в основном должны заменить двухсторонние и односторонние концевые дефекты т.е. требуются наибольшее количество съемных протез.
2. Высокая потребность в стоматологической помощи для пожилых людей определяет необходимость включения в программу обучения будущих стоматологов вопросов геронто-стоматологии и курса геронтологии в системе факультетов усовершенствовании врачей.



Возможно, создание специалистов геронто-стоматологии для республики Казахстан.

Литература

1. Доскалиев Ж. «Актуальные вопросы геронтологии. Пути совершенствования». - Терапевтический вестник, 2010. - № 2. - С. 4.
2. Аканов А.А., Тулебаев К.А., Третьяков С.Н. К вопросу о методах изучения процессов старения в Казахстане // Сборник трудов юбилейной научно-практической конференции с международным участием / Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии. - Санкт-Петербург.-СПбМАПО, 2011.-С.285-286.
3. Байсултанова А.Ш. Состояние и перспективы медицинской геронтологии в Республике Казахстан // Сб. тр. юбил. науч.-пр. конф.» Акт. пробл. геронт. и гериатр».
4. Борисенко Л.Г. Анализ обращаемости за стоматологической помощью лиц пожилого и старческого возраста в Республике Беларусь / Л.Г.Борисенко // Медицинский Журнал. - 2006. - № 4. - С.32-34.
5. Калининская А.А. Потребность в стоматологической ортопедической помощи / А.А. Калининская, В.Н. Сорокин, Б.В. Трифионов // Российский Стоматологический Журнал, 2006. - № 6. - С. 47-49.
6. Нурбаев А. Ж. Распространенность полного отсутствия зубов среди населения пожилого и старческого возраста Кыргызской Республике // Здравоохранение Кыргызстана, 2011. - № 4. - С.83-85.
7. Рожковский Е.В. Изучение нуждаемости в ортопедической стоматологической помощи лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей и особенности ее оказания в геронтологических стационарах // дисс. ...канд.мед.наук. - Москва, 2008. - 104с.
8. Akanov A., Tulebaev K., Tret'yakova S. «Social research of active longevity problems in Kazakhstan» Abstract book (First international Scientific Conference on Regenerative Medicine & Healthy Aging) Astana, 2011 - p.53.
9. Qian Zhang, Dick J., Witter, Ewald M., Bronkhorst and Nico H.J. Creugers. Dental and prosthodontic status of an over 40 year-old population in Shandong Province, China. - BMC Public Health. - 2011, 11. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/420>.

THE RESULT OF OLDER RURAL POPULATION PEOPLES SURVEY OF KAZAKHSTAN REPUBLIC

Amiraev U.A., Rusuddinov S.R., Shajxmetova M. K., Balabecov S.E.

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev, Bishkek c., the Kyrgyz Republic. Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty c., Kazakhstan Republic

Studied the prevalence of lesions of dental system of the Kazakhstan Republics rural population. Found high rates of dental system pathologies among the surveyed.

Key words: high rates, dental system, rural population.



УДК 616.31-608.2+681,7.035

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЕМНЫХ КОНСТРУКЦИЙ НА ОСНОВЕ БИОСТЕКЛОКЕРАМИКИ (БСК)

Астахова И.А., Сафаров Т.С., Тебенова Г.М., Баянбаев М.А.

Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан.

Авторы предлагают усовершенствованную технологию изготовления несъемных зубных протезов на основе биостеклокерамики (БСК) наряду с применением конструкций на стеклянных опорах из материала ZX-27. Предлагаемая технология изготовления протезов из БСК модифицирована на лабораторных этапах изготовления зубных протезов.

Ключевые слова: зубное протезирование, методика изготовления протезов, стеклянные опоры, биостеклокерамика, модификация.

БИОАЙНЕКЧЕЛҮҮ КЕРАМИКАНЫН (БАК) НЕГИЗИНДЕ ЧЕЧИЛБЕС КОНСТРУКЦИЯЛАРДЫ ЖАСООНУ ӨНҮКТҮРҮҮ

С.Д. Асфендияров атындагы Казак улуттук медициналык университети, Алматы ш., Казахстан Республикасы.

Авторлор ZX-27 материалынан даярдалган айнек таянычтарына конструкцияларды колдону менен катар биоайнекчелүү керамиканын (БАК) негизинде чечилбес конструкцияларды жасоону өнүктүрүүнү сунушташат. БАКтан даярдалган жасалма тиштер сунушталган технология жасалма тиштерди даярдоонун лабораториялык этабында модификацияланган.

Негизги сөздөр: жасалма тиштер, жасалма тиштерди жасоонун методикасы, айнек таянычтары, био айнекчелүү керамика, модификация.

При недостаточном количестве опорных зубов у больных, рекомендуется съемное протезирование или имплантация [2]. В современной ортопедической стоматологии при отсутствии условий для дентальной имплантации и при отказе носить съемный протез пациентом можно рекомендовать альтернативные варианты [1].

В последние годы в ортопедической стоматологии начали широко использовать современную технологию изготовления на «Стеклокерамической опоре ZX-27». Сущность системы стеклянных опор ZX-27 является то, что она решает у пациентов проблему отсутствия собственных опорных зубов в полости рта, необходимых для изготовления постоянных протезов. При этом нет

необходимости в хирургическом вмешательстве. Изготавливается металлокерамический протез с опорой на собственные зубы и стеклянной опоры на десну, без хирургических манипуляций. Стеклянные опоры ZX-27, которые изготовлены из специального биосовместимого материала, заменяют отсутствующие собственные опорные зубы, причем они прилегают к слизистой оболочке альвеолярного гребня в беззубых частях верхней и нижней челюстей. Каждый полуфабрикат стеклянной опоры ZX-27 термически и механически обрабатывается индивидуально для каждого пациента таким образом, чтобы он точно копировал рельеф слизистой оболочки альвеолярного отростка [1].

Данный метод не является универсальным. Для его применения необходимо строго учитывать показания и противопоказания.

На кафедре ортопедической стоматологии КазНМУ с 1984 года ведутся работы по технологии изготовления зубных протезов из ситалла, а с 1997 года из биостеклокерамики (БСК). Ведущим автором этих разработок был доктор медицинских наук, академик института информатизации, профессор Седунов Анатолий Андреевич [4].

В число основных изобретений по технологии БСК вошли следующие патенты и авторские свидетельства: литье и изотермическая пластическая деформация; БСК, конструкционный материал для изготовления несъемных зубных протезов и имплантатов костей челюстно-лицевой области [3,5].

При проведенной сравнительной характеристике физико-механических свойств БСК и стеклянных опор, выявлено следующее (таблица 1):

Таблица 1 – Физико-механические свойства БСК и стеклянных опор zx-27

Материалы	Прочность на изгиб МПа	Температура обжига °С
ZX-27	120-150	1560-1600
БСК	220-250	820-850

Как видно из таблицы у БСК высокий показатель прочности на изгиб и низкая температура обжига, что подтверждает достаточную прочность при изготовлении зубных протезов. Задачей исследования явилось исследование возможности использования конструкционного материала БСК наряду с применением стеклянных опор из ZX-27 и разработка особенностей технологии изготовления лабораторным способом.

Для осуществления поставленной цели проведено сравнение физико-механических свойств обоих материалов с последующим использованием в клинике ортопедической стоматологии.

Опыт применения стеклянных опор на практике как в наших, так и в других странах, определенное количество клинических испытаний на нашей

кафедре доказывали, что свободно размещенная стеклянная опора на слизистой оболочке полости рта работает удовлетворительно. Эту систему с успехом можно использовать для решения проблем одностороннего и двухстороннего дефекта зубного ряда, а также в качестве дополнительной опоры при большом включенном дефекте зубного ряда.

Пациенты получившие зубные протезы из БСК и стеклянных опор отмечали комфорт при приеме пищи и удобство при соблюдении гигиены полости рта. Всего на кафедре оказана ортопедическая и стоматологическая помощь более 50 человек. Наша технология изготовления на стеклянных опорах модифицирована на лабораторных этапах изготовления для БСК следующими методами. Первый метод имеет клинические и лабораторные этапы (Рисунок 1).

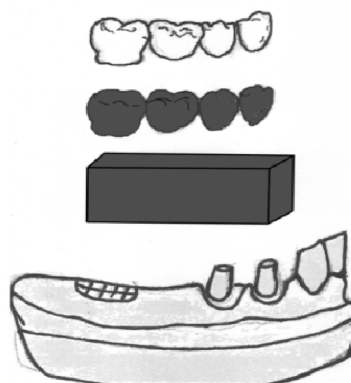


Рисунок 1. Первый метод изготовления протезов из БСК

В клинике врач проводит одонтопрепарирование опорных зубов и снятия оттиска. На модели зубной техник совместно с врачом отмечает место установки опоры. Зубной техник отжимает моделировочный воск на альвеолярном гребне, в область установки БСК, отмечает это место карандашом, моделирует конструкцию будущего протеза по обычной методике.

Замена восковой композиции на конструкционный материал из БСК проводится методом изотермической пластической деформации.

Дальнейшие действия техника и врача ничем не отличаются от традиционного изготовления цельнолитого протеза из безметалловой керамики.

Данный метод позволит избежать явление гальванизма, коэффициента термического расширения и аллергических реакции.

Второй метод (Рисунок 2). Зубной техник совместно с врачом стоматологом, определяют место установки опоры и отмечают его карандашом на альвеолярном гребне гипсовой модели. На отмеченном месте техник отжимает моделировочный воск для отображения альвеолярного гребня и моделирует культю опоры согласно выбранному конструкционному материалу по указанию врача.

Затем осуществляют замену восковой репродукции на БСК, последнюю фиксируют на модели с помощью липкого воска и приступают к моделировке каркаса будущего протеза.

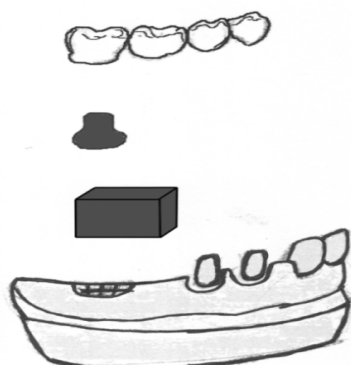


Рисунок 2. Второй метод изготовления протезов из БСК

Дальнейшие манипуляции техника и врача ничем не отличаются от обычной работы.

Данный метод позволяет изготовить окончательный протез из любого конструкционного материала и технологий.

Предлагаемый альтернативный метод рассчитан на широкое использование протезов БСК и стеклянной опоры. Применение отечественного оборудования и конструкционного материала из местных природных сырьевых ресурсов снижает себестоимость протезирования и делает его доступным широким слоям населения.

Литература

1. Арутюнов С.Д., Карапетян К.Л. В XXI век без съёмных протезов. Новая система протезирования на стеклянных опорах ZX-27/Стоматология, 2006. - № 3. - С. 40-42.
2. Копейкин В.Н. Руководство по ортопедической стоматологии. М. – Медицина, 2004.
3. Предварительный патент № 5190, 5452 Национальное патентное ведомство Республики Казахстан.
4. Седунов А.А., Астахова И.А. Основы биоматериаловедения и имплантологии в стоматологии. – Алматы, 2001.
5. Седунов А.А., Юманков А.Л. Ситалы в ортопедической стоматологии. – Алматы, 1985.
6. Седунов А.А., Юманков А.П., Астахова И.А. Новая технология изготовления протезов из биостеклокерамики методом изотермической пластической деформации, 1996.

IMPROVEMENT OF FIXED RESTORATIONS ARE BASED OF BIOGLASS CERAMICS (BC)

Astakhova I. A., Safarov T. S.,
Tebanova G.M., Bayanbayev M.A.

Kazakh national medical university
of S.D. Asfendiyarov,
Almaty c., Kazakhstan Republic.

In article authors offer advanced manufacturing techniques of fixed tooth artificial limbs on the basis of bioglass ceramics (BC) along with application of designs on glass support from material ZX-27. The offered manufacturing techniques of artificial limbs from BC are modified at laboratory fabrication stages of tooth artificial limbs. This method allows us to produce the prosthesis of any construction material and technologies.

Key words: tooth prosthetics, a technique of manufacturing of artificial limbs, glass support, bioglass ceramics, modification.

УДК .669:546.73+546.76[:579:57.083.1]

СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СПЛАВОВ НА ОСНОВЕ КОБАЛЬТА И ХРОМА

Баянбаев М.А., Нысанова Б.Ж.,
Алтынбеков К.Д., Озбаканов Е.,
Олатаев А., Муродова Н.

Казахский национальный медицинский
университет им. С.Д. Асфендиярова,
г. Алматы, Республика Казахстан.

Результаты исследования показывают достаточно высокий уровень микробной колонизации полости рта представителями резидентной флоры до и в процессе применения зубных протезов из сплавов Stomet-1kz и Stomet-2kz. Применяемые ортопедические конструкции не оказали выраженных изменений на количественный и качественный состав микрофлоры полости рта, что, видимо, позволит рекомендовать вышеуказанные конструкции к применению в ортопедической стоматологии.

Ключевые слова: микрофлора, сплав, ротовая жидкость, зубные протезы.

КОБАЛЬТ ЖАНА ХРОМДУН НЕГИЗИНДЕГИ ЭРИТМЕЛЕРДИ ПАЙДАЛАНУУДА ООЗ КӨҢДӨЙҮНДӨГҮ МИКРОФЛОРАНЫН АБАЛЫ

С.Д. Асфендияров атындагы Казак улуттук
медициналык университети,
Алматы ш., Казахстан Республикасы.

Изилдөөлөрдүн жыйынтыгы Stomet-1kz жана Stomet-2kz эритмелеринен жасалган жасалма тиштерди пайдалануу учурунда жана ага чейин резиденттик флоранын өкүлдөрүнүн ооз көңдөйүн микробдук колонизациялагандыгынын жеткиликтүү жогорку деңгээлин көрсөтөт. Колдонулуучу ортопедиялык конструкциялар ооз көңдөйүндөгү микрофлоранын сандык жана сапаттык абалына байкаларлык өзгөрүүлөрдү киргизе алган жок. Натыйжада жогоруда көрсөтүлгөн конструкцияларды ортопедиялык стоматологияда колдонууга сунуштоого мүмкүндүк берет.

Негизги сөздөр: микрофлора, эритме, ооз суюктугу, жасалма тиш.

Одним из путей восстановления функциональной активности зубочелюстной системы является использование зубных протезов, изготавливаемых из различных материалов. При этом большую роль играет фактор взаимодействия тканей полости рта и микроорганизмов, их населяющих, с материалом ортопедической конструкции. Материал зубного протеза является чужеродным для тканей полости рта и, как следствие, вызывает адаптивные реакции

организма [1]. В качестве адаптивной реакции можно рассматривать и изменения микрофлоры полости рта [2]. Транзиторные микроорганизмы, находящиеся в микропорах зубных протезов, могут вызвать нарушения микробиологического равновесия аутофлоры полости рта [1].

Применяемые в современной стоматологии протезные конструкции влияют на качественный и количественный состав микрофлоры полости рта. При этом микрофлора является составной частью биологической системы, влияющей на срок службы зубного протеза [4,5].

Нами было проведено исследование качественного и количественного состава аэробной микрофлоры полости рта при применении сплавов Stomet- 1kz и Stomet- 2 kz.

Метод забора материала. Для исследования микрофлоры полости рта забор материала производился со слизистой, находящейся под протезом, по методике Р.Н. Ребровой. Микробиологические исследования проводились до протезирования и повторно через 1 и 6 месяцев после установки зубного протеза. Всего было обследовано 60 пациентов: с зубным протезом сплава Stomet-1 kz (n=30) и сплава Stomet-2 kz (n=30). Перед забором материала пациент дважды полоскал рот дистиллированной водой. Забор материала осуществлялся с помощью стерильного ватного тампона, помещенного в пробирку с 1 мл 0,85% стерильного физиологического раствора. Перед посевом пробирку с тампоном встряхивали в течение 2 минут, тампон отжимали о стенку пробирки и производили посев по 0,1 мл на плотные питательные среды - кровяной агар, желточнокислотный агар (ЖСА), Эндо, Сабуро. Посевы инкубировали в термостате при 37°C в течение 24 часов, а среды Сабуро - до 7 суток. Производили подсчет выросших на чашке колонии (КОЕ/мл).

Результаты исследования. Анализ показал, что в течение 1 месяца после установки зубного протеза, независимо от его вида (Stomet- 1kz и Stomet-2 kz) происходило снижение общего микробного числа, что, видимо, связано с токсическим воздействием компонентов зубного протеза на слизистую оболочку. При этом следует отметить, что снижение количества микроорганизмов при применении зубного протеза Stomet- 1kz было в большей степени, чем при применении зубного протеза Stomet- 2kz (в 4 раза и 1,7 раза соответственно).

Через полгода происходило увеличение обсемененности полости рта микроорганизмами вследствие адаптации всего организма, оральной среды и, в том числе, микроорганизмов к зубному протезу. При этом обсемененность полости рта микроорганизмами при применении протеза первого типа увеличилась в 2 раза, а при применении протеза второго типа (Stomet-2kz) – в 2,5 раза и превысила первоначальные показатели (таблица 1 и 2).

Сложившаяся картина, объясняется тем, что полученный сплав Stomet-2.kz, является более эффективным по механическим свойствам и, в то же время, более биосовместимым, за счет

Таблица 1 - Интенсивность обсеменения микроорганизмами слизистой у пациентов с зубными протезами сплава Stomet-1kz в зависимости от времени использования (КОЕ/мл)

Время	До протезирования	Через 1 мес.	Через 6 мес.
ОМЧ (КОЕ/мл)	4,4 x 10³	1,1 x 10³	2,2 x 10³

сниженного в нем количества хрома, молибдена, силициума, отсутствием марганца, углерода и азота в сравнении со сплавом Stomet -1.kz. В тоже время сплав второго типа характеризуется тем, что на 0,5% содержит большее количество кобальта (63%). Учитывая результаты биохимических исследований проекта, данный сплав стимулирует активность каталазы, что, в свою очередь, ведет к усилению адгезии микроорганизмов к слизистой полости рта [6,7].

Полученные данные, видимо, свидетельствуют о том, что для успешного ортопедического лечения необходим правильный выбор базисного материала с учетом его колонизационной резистентности.

Одновременно с количественным составом произведен анализ качественного состава аэробной микрофлоры полости рта.

Как видно из диаграмм у пациентов обеих групп в 100% встречается зеленящий стрептококк и диплококки. Эти микроорганизмы можно рассматривать как представителей нормальной микрофлоры полости рта. При этом оба вида встречаются на протяжении всего исследования. После протезирования в полости рта обследуемых в 10-40% случаев появляются E. coli, S. aureus, грибы рода Candida. В 90% случаев при применении обоих сплавов встречается Klebsiell.

Таблица 2 - Интенсивность обсеменения микроорганизмами слизистой у пациентов с зубными протезами сплава Stomet-2kz в зависимости от времени использования (КОЕ/мл)

Время	До протезирования	Через 1 мес.	Через 6 мес.
ОМЧ (КОЕ/мл)	2,2 x 10³	1,3 x 10³	3,3 x 10³

Видимо, применение протезной конструкции, с учетом того, что химический состав обеих конструкций мало отличается между собой, привело к незначительному снижению pH ротовой полости, что способствовало появлению E. coli, S. aureus, Klebsiella, Candida. Сказывается и факт недостаточного соблюдения гигиены полости рта пациентами, о чем свидетельствует высокий процент встречаемости Klebsiella (90% в обоих группах).

В обеих группах следует отметить и частоту встречаемости грибов рода кандиды (около 30%). Химические компоненты, входящие в состав протезных конструкций, оказывают влияние на слизистую полости рта, в результате чего идет

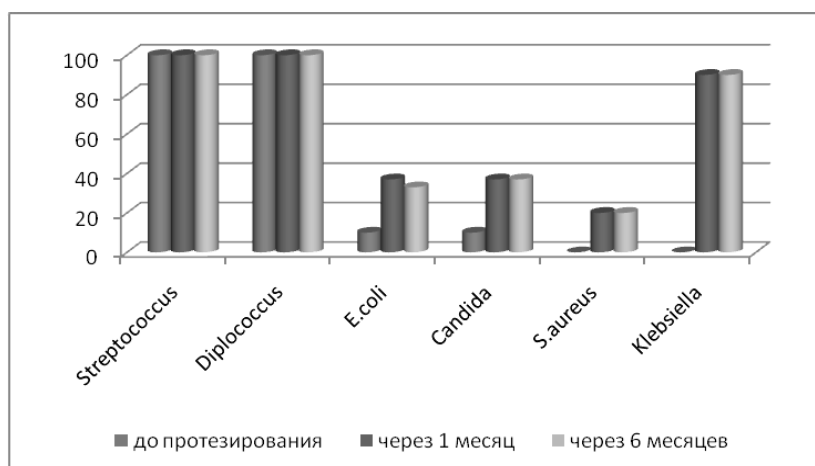


Рис.1. Частота встречаемости микроорганизмов у лиц с зубными протезами сплава Stomet-1kz(%)

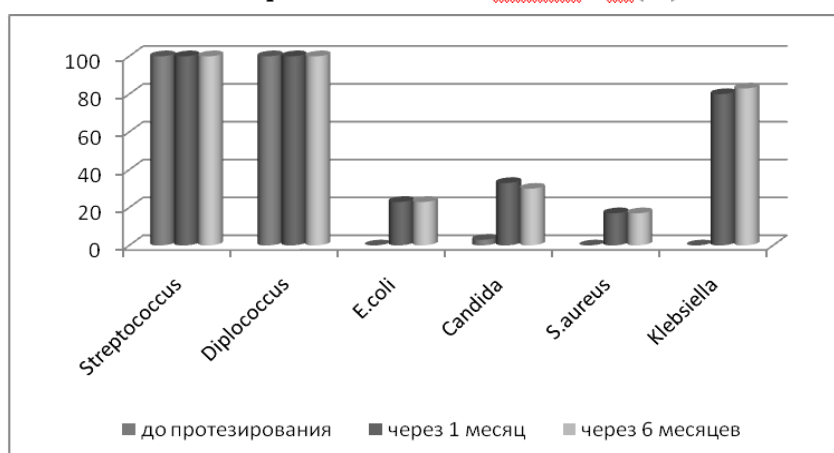


Рис.2. Частота встречаемости микроорганизмов у лиц с зубными протезами сплава Stomet- 2kz (%).

незначительное снижение факторов местной иммунной защиты, и как следствие, увеличение числа условно-патогенной флоры, представителем которой являются грибы рода кандиды.

Несмотря на это, видимо, исследуемые протезные конструкции не оказывают негативного влияния и представители нормальной микрофлоры полости рта продолжают свою защитную антагонистическую функцию и количество обитающих в полости рта микроорганизмов продолжают находиться в состоянии динамического равновесия [6].

Таблица 3 - Качественный состав и степень обсемененности микроорганизмами при применении сплава Stomet-1 kz (ОМЧ, КОЕ/мл)

Микро-организм	До протезирования	Через 1 мес.	Через 6 мес.
Зеленящий стрептококк	$6,8 \times 10^3$	$2,6 \times 10^3$	$3,7 \times 10^3$
Диплококки	$2,7 \times 10^3$	$1,7 \times 10^3$	$2,4 \times 10^3$
Klebsiella	-	$4,9 \times 10^2$	$2,3 \times 10^2$
E. coli	-	$4,7 \times 10^2$	$1,5 \times 10^2$
S. aureus	-	$1,2 \times 10^2$	$0,7 \times 10^2$
Candida	$0,1 \times 10^1$	$1,5 \times 10^2$	$0,8 \times 10^2$

Таблица 4 - Качественный состав и степень обсемененности микроорганизмами при применении сплава Stomet- 2 kz (ОМЧ, КОЕ/мл)

Микроорган-изм	До протезирования	Через 1 мес.	Через 6 мес.
Зеленящий стрептококк	$7,7 \times 10^3$	$2,8 \times 10^3$	$4,6 \times 10^3$
Диплококки	$2,4 \times 10^3$	$1,4 \times 10^3$	$1,9 \times 10^3$
Klebsiella	-	$3,4 \times 10^2$	$2,2 \times 10^2$
E. coli	-	$2,3 \times 10^2$	$1,3 \times 10^2$
S. aureus	-	$0,7 \times 10^2$	$0,2 \times 10^2$
Candida	$0,1 \times 10^1$	$0,6 \times 10^2$	$0,4 \times 10^2$

Литература

1. Рубленко С.С. Влияние зубных протезов из акриловой пластмассы и нейлона на специфическую резистентность и микрофлору полости рта. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук, 2012. - 20с.
2. Карибаева К.К. Состояние микрофлоры кожи и факторов неспецифической защиты у лиц, занимающихся закаливанием организма. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук, 1998. - 26с.
3. Василенко З.С. Функциональные и морфологические изменения в слизистой оболочке полости рта и ее рецептором аппарате под влиянием съемных протезов. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук., 1977.

4. MU Dr. Hana Hubalkova, PhD, MUDr. Jindrich Charvat, CSc, Doc. MUDr Tatjana Dostalova, DrSc, Progresdent, 2004.- № 5.- С.46-51.
5. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология, ООО «Медицинское информационное агентство», 2001.- С.685-688.
6. Baena-Monroy T., Moreno-Maldonado V., Franco-Martinez F., et al.//Med. Oral. Patol. Oral Cir. Bucal. – 2005.- Vol. 10, suppl. 1. – P. 27-39.
7. Chandra J., Kuhn D.M., Mukherjee P.B. et al. //J. Bacteriol.-2001.-Vol. 183.-P5385-5394.
8. Кудрин А.В. Металлы и протеолитические ферменты // Вопр. биол. мед. фарм. химии. – 1999. – № 3. – С. 19 – 24.
9. Лауринвичене Д. Влияние кобальта, меди и карбамида на жизнедеятельность микроорганизмов рубца жвачных животных. Автореф. дисс. ... канд.мед. наук, 2002.- 23с.

THE STATE OF MICROFLORA OF AN ORAL CAVITY IN THE APPLICATION OF ALLOYS ON THE BASIS OF COBALT AND CHROMIUM

Bayanbayev M.A., Nysanova B.Zh.,
Altynbekov K.D., Ozbakanov E.,
Olataev A., Murodova N.

Kazakh national medical university
of S.D. Asfendiyarov,
Almaty c., Kazakhstan Republic.

Results of research show rather high level of microbic colonization of an oral cavity representatives of resident flora of an oral cavity to and at application of dentures of alloys of Stomet-1kz and Stomet-2kz. Applied orthopedic designs didn't render the expressed changes on quantitative and qualitative structure of microflora of an oral cavity that, probably, will allow to recommend the above designs for application in orthopedic stomatology.

Key words: microflora, alloy, oral liquid, dentures.



УДК 616.314-089.23:616.314-72-002-08:616-77

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ БОРОВ ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБОВ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИЕ КОНСТРУКЦИИ

Исаков Э. О.

Кафедра ортопедической стоматологии
КГМА им. И. К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

В статье рассматриваются вопросы, связанные особенностями препарирования различных слоев твердых тканей зубов.

Ключевые слова: мелко - и средне кристаллические алмазные боры, твёрдосплавные боры, ориентационные бороздки.

ТИШТЕРДИ МЕТАЛЛОКЕРАМИКАЛЫК ПРОТЕЗДЕРГЕ ЖОНУУДА БОРЛОРДУН КЕЗЕГИ МЕНЕН КОЛДОНУЛУШУ

И. К. Ахунбаев атындагы КММА
ортопедиялык стоматология кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Бул макалада тиштердин катуу буйлуктөрүн жонуунун ар кандай ыкмалары каралды.

Негизги сөздөр: майда жана ортокристалдуу алмаз борлору, катуу кошулмалардан жасалган борлор, багытталган ноочолор.

Последовательность применения различных видов боров при препарировании зубов под металлокерамические конструкции. Применение режущих инструментов при препарировании зубов должно учитывать те цели и задачи, которые ставит перед собой врач – стоматолог-ортопед на этапе протезирования:

1. Удаление объема твердых тканей зуба для размещения зубного протеза
2. Формирование оптимальной геометрической формы культи
3. Формирование микрорельефа поверхности культи [1].

Исследования показали, что после препарирования поверхность дентина приобретает характерный рельеф в виде микроборозд различной глубины и направления. Эти микроборозды обозначаются термином – шероховатость. Шероховатость имеет важное клиническое значение [5,6].

Образование микроборозд на поверхности препарированного зуба, с одной стороны, способствует усилению ретенции, но, с другой стороны, неизбежно связано с повреждением определенных структур, а подобное повреждение тканей или их структурных элементов является одним из проявлений патологических процессов

[2]. То обстоятельство, что структурные изменения затрагивают все ткани зуба, дает основание расценивать процесс одонтопрепарирования, как небезопасное вмешательство на уровне органа и всего организма.

Поэтому одним из направлений в тактике одонтопрепарирования является выбор правильного режима препарирования и непосредственно инструмента препарирования. Режим препарирования означает соотношение времени препарирования давления на инструмент и в скорости вращения бора.

Исследования некоторых авторов [4,6] показали, что наименьшая глубина микроборозд и наименьшее количество и величина сколов на микрорельефе получается при использовании мелкокристаллических алмазных боров при небольшом давлении и малых скоростях.

Образование функциональной шероховатости, как и вся операция одонтопрепарирования, представляет собой постепенное иссечение твердых тканей зуба. И характерные изменения имеют своим началом как раз место непосредственного контакта бора и зуба. Механизмы вовлечения в реакцию всех тканей зуба происходят именно отсюда и могут выражаться в: температурном воздействии, механическом воздействии, изменении проницаемости сошлифованной поверхности [2,4]. Поэтому особое внимание в тактике рационального одонтопрепарирования следует уделить бору, как главному инструменту врача – стоматолога.

При препарировании твердых тканей зубов применяются боры с режущей поверхностью и боры с абразивной сошлифовывающей рабочей поверхностью. Такой подход к разделению боров подтверждается исследованиями поверхностей препарированного зуба [5], а также исследованиями тканевых реакций на препарирование [2].

Рабочая поверхность абразивного бора состоит из зерен минералов высокой твердости, связанных между собой. Эффективную работу по иссечению твердых тканей зуба выполняет шлифовальное зерно. Рабочие свойства абразивного инструмента определяются его типом, размером рабочей поверхности, количеством и размером зерна, ориентацией граней зерна по отношению к рабочей поверхности [3].

Рабочая поверхность инструмента, действующего по принципу “послойного срезания”, состоит из направленных соответственно оси вращения бора граней – ножей. Грани выполняются из твердых металлов или их сплавов и имеют определенную заточку режущих поверхностей соответственно оси вращения бора. Эффективную работу по удалению твердых тканей зуба выполняет лезвие ножа.

Микрошероховатость после одонтопрепарирования может создать кариесочную ситуацию под искусственной коронкой. Наибольшее значение этому факту придается при препарировании пришеечной зоны культи. Поэтому основным предупреждающим фактором этого

является формирование гладкой, ровной поверхности дентина у края коронки. Боковые же поверхности культи отвечают за фиксацию ортопедической конструкции и, соответственно, должны иметь достаточную для удержания шероховатость.

Целью исследования является использование рациональной врачебной тактики в одонтопрепарировании с применением различных боров для фиксирующих и стабилизирующих участков поверхности культи зуба для изготовления качественных протезов.

Материал и методы исследования. Всего было 20 пациентов (15 женщин, 5 мужчин) с частичной вторичной адентией в возрасте от 30 до 57 лет с применением металлокерамических конструкций. У всех пациентов, принятых на протезирование, был диагностирован физиологический прикус. Большинство из принятых (17 человек) на ортопедическое лечение пациентов имели дефекты зубных рядов IV класса, а у троих пациентов III класса по классификации Кеннеди.

Для изучения межокклюзионных взаимоотношений зубных рядов, определения взаимной параллельности осей опорных зубов и объема препарирования твердых тканей изготавливали и исследовали гипсовые диагностические модели челюстей.

Рентгенологические исследования проводили для определения топографии пульповой полости и толщины твердых тканей, окружающих её.

К препарированию приступали после обследования, подготовки зубных и околозубных тканей и составления плана ортопедического лечения. Все зубы с витальной пульпой обрабатывали под местной анестезией, используя Ультракаин, Убистезин-forte - 4% и другие препараты.

Перед препарированием снимали слепок эластической массой, по которому после препарирования с помощью пластмассы “Temptron” изготавливали провизорные коронки, которые фиксировали с помощью временного цемента “Provicol”.

Препарирование проводили с принудительным водно-воздушным охлаждением на турбинной бормашине со скоростью вращения режущего инструмента – 300 тыс. об/мин.

Опорные зубы препарировали прерывисто, применяя твердосплавные и алмазные боры диаметром от 0,8 мм до 1,5 мм. У всех пациентов в пришеечной зоне формировали круговой уступ величиной 0,8 мм под углом 133°, который располагался под десной. Вначале препарирования опорных фронтальных зубов под металлокерамическую конструкцию, проводили нанесение ориентационных бороздок на вестибулярные поверхности и режущие края при помощи твердосплавного бора диаметром 1,5 – 2мм. В данном случае твердосплавные боры использовали для удаления большого объема тканей. Принимая во внимание определенное расположение эмалевых призм, при котором препарирование в пределах эмали по типу послойного срезания можно считать малоэффективным. Поэтому удаление эмали

производили не путем сошлифовывания с поверхности, а подрезая эмаль по эмалево-дентинной границе (рис.1).

Турбинный твердосплавный бор на весь диаметр (1,5 мм) погружали в твердые ткани зуба. Глубина препарирования может быть измерена при использовании тканей зуба, которые находятся между ориентационными бороздками в качестве контрольных пунктов. Ориентационные бороздки наносились на вестибулярной поверхности в двух плоскостях: одна плоскость была параллельна плоскости той половины вестибулярной поверхности, которая находилась ближе к десневому краю (рис. 2), другая параллельна плоскости той половины вестибулярной поверхности, которая находилась ближе к режущему краю (рис. 3).

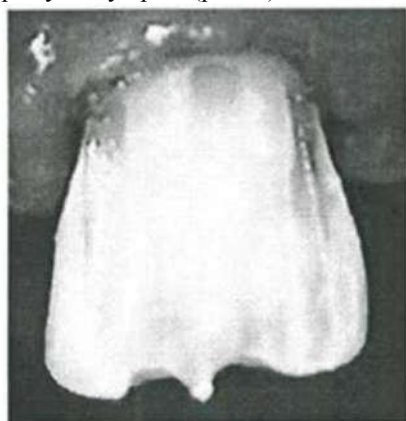


Рис. 1

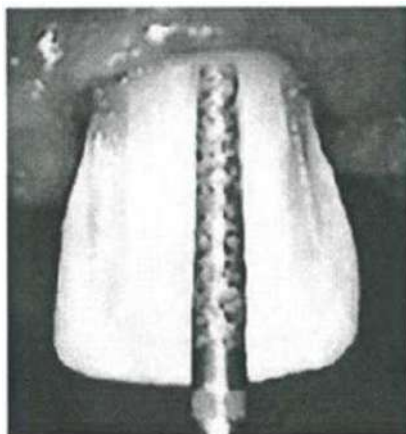


Рис. 2

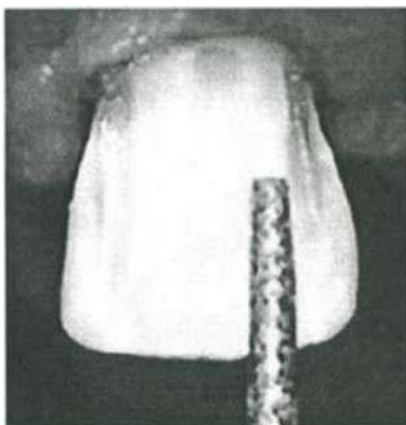


Рис. 3

Таким образом, при нанесении первой серии бороздок плоскость, в которой располагается бор, должна быть параллельна плоскости той части вестибулярной поверхности, которая находится ближе к десневому краю. А при нанесении второй серии ориентационных бороздок плоскость, в которой располагается бор, должна быть параллельна той части вестибулярной поверхности, которая находится ближе к режущему краю.

Ориентационные бороздки на вестибулярной поверхности имели глубину 1,5 мм. В области режущего края ориентационные бороздки были глубиной 2 мм (рис. 4). Таким образом, режущий край укорачивался на 2 мм. Укорачивание режущего края проводилось при помощи конусовидного алмазного бора с плоским концом и средними кристаллами. Этим же бором иссекали твердые ткани зуба, находящиеся между ориентационными бороздками. Затем, используя среднекристаллический алмазный бор диаметром кончика 1,2 мм, создавали предварительный уступ.

Препарирование язычной поверхности проводилось при помощи колесовидного алмазного бора. При этом необходимо получить минимум 1,5 мм расстояния между зубом, который препарировается, и зубом-антагонистом при смыкании верхней и нижней челюстей в центральной окклюзии, и при движении из центральной в боковую окклюзию (правую и левую). Контактные поверхности препарировались тонким среднезернистым алмазным бором с тупым концом и диаметром 0,8мм – 1мм.

Затем, используя среднекристаллический торпедовидный алмазный бор, создавали предварительный уступ.

Финишное препарирование проводили мелкокристаллическим алмазным бором. При создании окончательного уступа диаметр мелкокристаллического алмазного бора составлял 0,8 мм. Окончательный уступ создавали при малых скоростях бормашины (рис. 5).

Препарирование боковых зубов (премоляры – моляры) производили в той же последовательности, что и препарирование передних зубов. Удаление эмали производили не путем сошлифовывания с поверхности, а подрезая эмаль по эмалево-дентинной границе. Для чего сначала производили тоннельное препарирование в области щечных бугров по месту соединения щечной и жевательной поверхностей (рис. 6). Для этих целей использовали твердосплавный бор диаметром 1,5 мм. Далее, продвигая бор в переднее – заднем направлении по эмалево-дентинной границе, производили срезание щечных бугров зуба для создания частичного окклюзионного разобщения. Затем, также по эмалево-дентинной границе срезали язычные бугры, чем достигалось полное окклюзионное разобщение. На следующем этапе твердосплавный бор также по эмалево-дентинной границе погружался соответственно оси культи зуба вертикально на необходимую глубину. Далее, используя среднекристаллический алмазный бор (диаметром 1,5 мм), производилось удаление

твердых тканей зуба и формирование культи зуба с одновременным оформлением предварительного кругового уступа. Учитывая мнения многих авторов, пришеечная часть после препарирования должна иметь ровную, гладкую поверхность.



Рис. 4

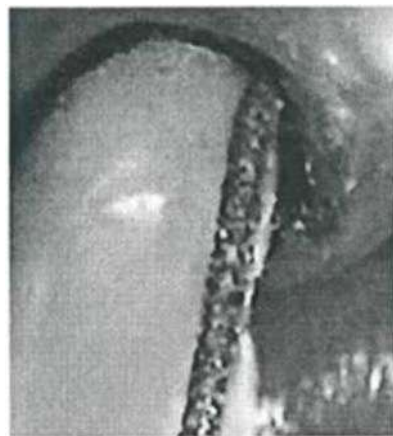


Рис. 5



Рис. 6

Окончательная обработка придесневой области осуществляется соответственно требованиям будущей ортопедической конструкции протеза и может заключаться в формировании поддесневого окончательного уступа. С этой целью мы использовали мелкокристаллические алмазные боры диаметром рабочей поверхности бора 0,6 – 0,8мм.

Выводы:

1. Принимая во внимание закономерное расположение эмалевых призм, при котором препарирование в пределах эмали по типу

послойного срезания или подрезания можно считать эффективным. Для этих целей применяются твердосплавные боры соответствующих размеров.

2. Препарирование менее прочных дентинных слоев инструментом, работающим по принципу сошлифовывания, используя среднекристаллические алмазные боры.

3. Пришеечная область препарировается с применением мелкокристаллических алмазных боров и созданием ровной, гладкой поверхности, даже на этапе формирования предварительного уступа.

Литература

1. Большаков Г. В. Одонтотрепарирование – Саратов, 1983. – 6с.
2. Темонов В. В. Препарирование зубов как фактор структурно-функциональных изменений в тканях зубов / Материалы научно-практической конференции “Одонтотрепарирование”. – М., 2003. – С.72-74.
3. Ирошникова Е. С., Тимофеева-Кольцова Т.П., и др. Безопасные режимы препарирования зубов / Материалы научно-практической конференции “Одонтотрепарирование”. – М; 2003. – С.33-35.
4. Малый А. Ю. Влияние металлокерамических протезов на кровообращение в краевом пародонте. Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Москва, 1989. – 138с.
5. Спицына Н.П. Сравнительная характеристика поверхности зуба при одонтотрепарировании / Материалы научно-практической конференции “Одонтотрепарирование”. – М., 2003. – С.82-84.
6. Спицына Н. П. Сравнительная оценка методов в одонтотрепарировании при ортопедическом лечении. Диссертация на соискание ученой степени канд. мед. наук. – М., 1996. –110с.

THE SEQUENCE OF USING DIFFERENT KINDS OF DRILLS AT PREPARING TEETH UNDER CERAMIC-METAL CONSTRUCTIONS

Isakov E. O.

Orthopedic stomatology department
of Kyrgyz State Medical Academy
named after I. K. Akhunbaev,
Bishkek c., the Kyrgyz Republic.

There are surveyed the questions, which bound by features of preparing different layers of firm tissues tooth.

Key words. Fine-crystalline and mid-crystalline diamond drills, hard-alloy dental drills, site sulcuses.



УДК 616.314-089.23:615.477.6

**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ
МАТЕРИАЛОВЕДЕНИЯ В
ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

*Калбаев А.А., Баянбаев М.А.,
Алтынбеков К.Д., Курача К.М.,
Бондаренко О.А., Дильбарханов Б.П.*

**Кыргызская государственная медицинская
академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.
Казахский Национальный медицинский
университет им. С. Д. Асфендиярова,
г. Алматы, Республика Казахстан.**

В современной ортопедической стоматологии разрабатываются более совершенные материалы и применяются инновационные технологии с целью улучшения качества ортопедического лечения пациентов с различными дефектами зубных рядов. Применение отечественных стоматологических сплавов для ортопедического лечения, позволит значительно снизить стоимость стоматологических услуг. Междисциплинарные исследования ценнейший источник знаний и оказания медицинской помощи, способствующий улучшению стоматологического статуса, дающий возможность получить новые данные о закономерностях развития болезней жевательной системы.

Ключевые слова: исследования, стоматология, сплавы.

**ОРТОПЕДИЯЛЫК СТОМАТОЛОГИЯДАГЫ
МАТЕРИАЛ ТААНУНУН
ЗАМАНБАП АБАЛЫ**

**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик
мединалык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.
С.Д. Асфендияров атындагы Казак улуттук
мединалык университети,
Алматы, Казахстан Республикасы.**

Заманбап ортопедиялык стоматологияда өркүндөтүлгөн материалдар иштелип чыгып, тиш катарында ар кыл дефекттери бар бейтаптарды ортопедиялык дарылоонун сапатын жакшыртуу максатында инновациялык технологиялар колдонулуда. Ортопедиялык дарылоодо Ата Мекендик стоматологиялык эритмелерди колдонуу стоматологиялык тейлөөнүн наркын байкаларлык деңгээлде төмөндөтүүгө жардам берет. Дисциплина аралык изилдөөлөр стоматологиялык статусту жакшыртуучу, чайноо системасындагы оорулардын мыйзам ченемдүү өнүгүшү тууралуу жаңы маалыматтарды берүүчү билимдердин жана медициналык жардам көрсөтүүлөрдүн баалуу булагы.

Негизги сөздөр: изилдөөлөр, стоматология, куймалар.

Среди конструкционных материалов наибольшие применения нашли неблагородные сплавы на основе кобальта и хрома без никеля, обладающих более высокой удельной прочностью, отличной химической стойкостью в агрессивных средах и пониженным коэффициентом усадки при литье. Известно, что составляющие компоненты обуславливают эксплуатационные и технологические характеристики сплава.

Самым распространённым конструкционным материалом в ортопедической стоматологии в течение долгого времени была нержавеющая сталь, но многолетний опыт использования зубных протезов из нержавеющей стали выявил ряд существенных недостатков изделий из этого сплава, одним из которых является значительная усадка при литье. К сожалению, в РК достаточно широко используются сплавы металлов на основе никеля и хрома в области ортопедической стоматологии. Однако не все сплавы на основе никель-хрома по своим физико-механическим и эксплуатационным свойствам соответствуют требованиям международного стандарта ISO 1562-84, предъявляемым к сплавам для литья каркасов несъёмных зубных протезов.

Известно, что к составу стоматологических сплавов предъявляются жесткие требования в отношении содержания легирующих элементов, а именно ни один из сплавов не должен содержать кадмия и никеля более 1%, из-за отрицательного воздействия на организм [1, 2, 3]. В связи с этим при разработке новых сплавов должно уделяться большое внимание контролю биосовместимости на основе экспериментально-клинических, технологических и лабораторных исследований.

По результатам многих исследователей [4, 5, 6, 7], металлические зубные протезы воздействуя на ткани протезного ложа вызывают различные нарушения как местного, так и общего характера, наблюдается симптомокомплекс непереносимости и явления гальванизма. Основным механизмом развития таких осложнений являются коррозия, высвобождение ионов металлов в ротовой жидкости. [8, 9]. Для выявления признаков протекания комплексных патогенетических процессов, вызывающих отрицательную реакцию организма, применяется изучение электрохимических свойств стоматологических материалов, исследуются равновесные стационарные потенциалы стоматологических материалов в слюне. Воздействие их на организм может проводиться посредством биохимических исследований ротовой жидкости.

В последние годы в ортопедической стоматологии наиболее эффективным считаются цельнолитые сплавы на основе кобальта и хрома без никеля и бериллия. Преимуществами цельнолитых конструкций зубных протезов являются: высокая прочность, эстетичность, отсутствие разнородных сплавов в полости рта. Среди конструкционных материалов особое внимание заслуживают сплавы из титана и циркония, обладающие биологической

инертностью высокой коррозионной стойкостью и технологичностью.

Однако возможность применения конструкций зубных протезов, из сплава титана, методом литья ограничено. Это связано с рядом нерешенных проблем, таких как сложность работы плавильных установок для литья тонкостенных, сложно профильных конструкции. Из-за дороговизны технологий и стоимости CAD-CAM системы, мало внедряются циркониевые сплавы в практику отечественной стоматологии.

Анализ современного состояния реализации продукции зубопротезных материалов на стоматологическом рынке показывает, что основная часть стран постсоветского пространства на своих территориях не имеют производства по выпуску стоматологических сплавов. Разработка и внедрение стоматологических материалов отечественного производства в РК является одним из приоритетных направлений в области медицинской промышленности с применением инновационных технологии. Был проведен опрос на потребность среди торговых фирм и магазинов торгующих стоматологическими материалами. В таблице 1 приведены объемы потребления конструкционных материалов для ортопедической стоматологии.

Таблица 1 - Объем потребления конструкционными материалами в ортопедической стоматологии (данные г. Алматы)

Вид материала	Объем потребления в кг				
	2008г	2009г	2010г	2011г	2012г
Пластмасса базисная	4950	4850	4850	4930	5020
Пластмасса самотвердевающая	870	950	960	990	1020
Никель-хромовые сплавы	1260	1350	1640	1750	1820
Кобальт-хромовые сплавы	430	460	490	510	560
Нержавеющая сталь	320	295	240	220	190
Общий объем	7770	7905	8190	8390	8610

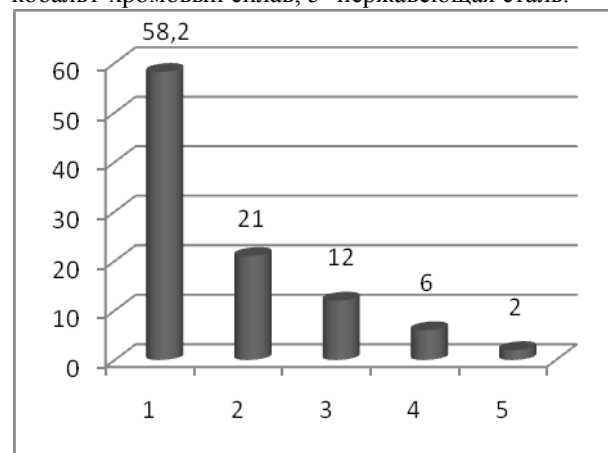
На диаграмме 1 показано, что 70% используемых материалов в ортопедической стоматологии пластмасса. Наименьшим объемом потребления 2% является нержавеющая сталь.

Данный факт обусловлен тем, что в стоматологической практике нашей республики стали применяться современные усовершенствованные материалы и инновационные технологии, которые пользуются спросом у населения, поэтому в ближайшие 5-10 лет

нержавеющая сталь выйдет из употребления. Дешевизна и простота изготовления коронок из нержавеющей стали все равно не выдерживает

Диаграмма 1 – Соотношение потребности конструкционных материалов в ортопедической стоматологии

где 1 – пластмасса базисная, 2 – никель-хромовые сплавы, 3 – пластмасса самотвердевающая, 4 – кобальт-хромовый сплав, 5- нержавеющая сталь.



конкуренции современной стоматологии. Еще одним фактором является, то что применение нержавеющей стали в стоматологии осталось лишь в странах СНГ и РФ. Из этого следует, что необходимо создать сплав для ортопедической стоматологии с высоким физико-химическими и эксплуатационными свойствами и с легирующими элементами, являющимися нейтральными к человеческому организму.

Для разработки новых сплавов проведен сравнительный анализ образцов стоматологических сплавов импортного производства двух видов:

1) IMG - химический состав: Co-62, 5%, Cr-29, 5%, Mo-5, 5%, Si-1, 4%, Mn-0, 6%, C-0, 3%, N -0, 2%, биосовместимый, не содержит бериллия и никеля. Химический состав стабильный, обладает высокой прочностью. Соответствует стандарту ISO 22674.

2) I-BONDNF - химический состав: Co-63%, Cr-24%, W-8%, Mo-3%, Nb-1%, Si-1%, биосовместимый, не содержит никеля и бериллия, соответствует стандарту ISO 22674.

Отличительная особенность данных сплавов в полном отсутствии никеля в их составе, поскольку в данной работе предполагалась разработка сплавов без применения никеля. Следующей задачей наших исследований являлась разработка отечественных сплавов для ортопедической стоматологии. С этой целью были проведены следующие виды работ: определение химических элементов для создания сплавов; расчет шихтовых материалов; расчет температурных режимов плавки и литья; отработка технологического режима плавки и литья образцов.

После проведения вышеперечисленных работ были получены новые сплавы «Stomet-1kz» инновационный патент № 26668 и «Stomet-2kz» инновационный патент №26669, которые подверглись следующим видам анализа:

химический, рентгеноструктурный, металлографический, микротвердости, определение твердости и коррозионная стойкость, которые рекомендуются при проведении фундаментальных и прикладных исследований согласно типовым методикам описания в работах [10, 11, 12].

Решение проблем ортопедического лечения дефектов зубных рядов путем разработки конструкционных материалов отечественного производства и исследования их технологических и эксплуатационных свойств является наиболее важным и актуальным в плане оказания эффективной стоматологической помощи населению, отвечающей современным требованиям.

Литература

1. Сорокина Д.А. Влияние металлических сплавов для зубного протезирования на образование иммуноглобулинов и освобождение гистамина базофилами крови (экспериментально-лабораторное исследование). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 2006. - 17с.
2. Никонов А. Ю. Метаболические показатели митохондрий гепатоцитов белых крыс под воздействием кобальто-хромовых сплавов металлов. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Харьков, 2007.
3. Гожая Л. Д. Заболевания слизистой оболочки полости рта, обусловленные материалами зубных протезов. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - М., 2001. - С. 42.
4. Козин В.Н. и др. Скрытые источники непереносимости стоматологических сплавов // Тезисы и доклады XI международной конференции. - М.: ИМЕДИС, 2005.
5. Марков Б.П. и др. Комплексный подход к проблеме индивидуальной непереносимости стоматологических конструкций из различных материалов // Стоматология, 2003. - № 3. - С. 47-51.
6. Седунов А. А., Подафа Ю. И. Диагностика явлений гальванизма в полости рта // Современные проблемы движущих факторов здоровья населения. - Алма-Ата, 1991. - С. 138-143.
7. Дойников А.И., Беяева Л.Г., Косгншин Л. Д. Клинико-иммунологические параллели непереносимости разнородных сплавов металлов зубных протезов // Стоматология. -1990. - С. 5.
8. Гожая Л. Д. Заболевания слизистой оболочки полости рта, обусловленные материалами зубных протезов. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - М., 2001. - С. 42.
9. Сухоробский Ю. И. Клинико-экспериментальное обоснование применения методов литья сплавов металлов для зубных протезов. Автореф. дисс... канд. мед. наук. - Ивано-Франковск, 2009. - С. 32
10. Пресняков А.А., Дегтярева А. С., Аубакирова Р. К. и др. Металлические расплавы, их затвердевание и кристаллизация. - Алматы, Галым. - 207с.
11. Федорова Н.С. Экспериментальное обоснование применения биоуглеродного карбиносодержащего покрытия на стоматологических сплавах. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Казань, 2006.
12. Рузуддинов С.Р., Исендосова Г. Ш., Жаубасова А. Ж. Материаловедение в ортопедической стоматологии. - Алматы, 2010. - 193с.

CURRENT STATE OF MATERIALS SCIENCE IN ORTHOPEDIC STOMATOLOGY

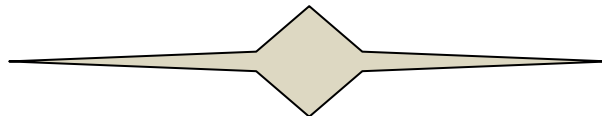
**A.A. Kalbaev, M.A. Bayanbayev, K.D. Altynbekov,
K.M. Kuracha, O.A. Bondarenko, B.P. Dilbarkhanov**

**Kyrgyz state medical academy named after I.K.
Akhunbaev, Bishkek c., Kyrgyz Republic.**

**Kazakh national medical university named after
S.D. Asfendiyarov, Almaty c., Republic Kazakhstan.**

For orthopedic treatment, the cost of stomatologic services in comparison with import dentoprosthetic materials will allow to reduce reasonable applications of domestic stomatologic alloys considerably. Interdisciplinary researches become the most valuable source of knowledge and rendering medical care, will promote improvement of the stomatologic status, health and a way of life, and also will give the chance to obtain new data on regularities of development and conditionality of diseases of chewing system, a practical exit for prevention and treatment of stomatologic diseases.

Key words: research, dentistry, alloys



УДК 616.314-089.23-76-007.21:314 (575.2)

**НУЖДАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА
БИШКЕК В ЗУБНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ
ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ**

Калбаев А.А., Кулукеева А.Т., Чойбекова К.М.

**Кафедра ортопедической стоматологии
КГМА им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

В статье даны показатели нуждаемости населения г. Бишкек в зубном протезировании. Изучены группы больных в зависимости от дефекта зубного ряда и конструкции изготовленных протезов.

***Ключевые слова:** нуждаемость в протезировании, распространенность, вторичная адентия, ортопедическая помощь.*

**БИШКЕК ШААРЫНЫН ТУРГУНДАРЫНЫН
ТИШ КАТАРЫНЫН ЖАРЫМ ЖАРТЫЛАЙ
АДЕНТИЯСЫН ЖАСАЛМА ТИШТЕР МЕНЕН
ДАРЫЛООГО БОЛГОН МУКТАЖДЫГЫ**

**И.К. Ахунбаев атындагы КММА
ортопедиялык стоматология кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Бул макалада Бишкек шаарынын тургундарынын тиши салууга болгон муктаждыгы боюнча көрсөтмө берилген. Бейтап адамдардын топтору тиштердин катарларынын кемтиктерине жана жасалма тиштердин түрлөрүнө жараша изилдөөгө алынган.

***Негизги сөздөр:** жасалма тиш салууга болгон муктаждык, таркалышы, экинчи адентия, ортопедиялык жардам.*

Как известно, практически все население старше 60 лет нуждается в ортопедической стоматологической

помощи. Ортопедическая стоматология занимается диагностикой, профилактикой и замещением дефектов зубов и зубных рядов, возникших в результате какой либо патологии [1,4,8]. Под термином «дефект» понимается убыль какого-либо органа, в данном случае зубного ряда. В специальной литературе отдельные авторы (В.Н. Копейкин) предпочитают термин «частичная вторичная адентия» вместо «дефекта». Следует отметить, что «адентия» означает отсутствие одного или нескольких зубов в зубном ряду, что может быть в результате нарушения развития зубных зачатков (истинная адентия) или задержки их прорезывания (ретенция) [1,3,9]. Различают приобретенную (в результате заболевания или травмы) и врожденную или наследственную адентию. Термин «адентия» дополнен словом «вторичная», которая указывает, что зуб (зубы) потерян после его прорезывания в результате заболевания или травмы [1,2,6]. Причинами первичной адентии являются нарушения эмбриогенеза зубных тканей, в результате чего отсутствуют зубные зачатки постоянных зубов. Наиболее распространенными причинами частичной вторичной адентии является кариес и его осложнения – пульпит, периодонтит, заболевания пародонта, травмы, операции по поводу воспалительных процессов и новообразований [3,5]. За последнее десятилетие существенно увеличилось количество продолжительности жизни населения Кыргызской Республики. В связи с постарением населения увеличивается число лиц, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи. Оказание специализированной стоматологической помощи таким больным становится одной из первоочередных задач здравоохранения. С этой целью мы решили исследовать и вычислить процентное соотношение зубных протезов, изготовленных больным различного возраста в трех поликлиниках г. Бишкек [5,8,9].

Материалы и методы исследования. Объектом исследования являлись стоматологические карты пациентов, обратившихся за ортопедической помощью в ГСП № 2, 3, 5 г. Бишкек.

**Таблица 1. - Виды изготовленных протезов по
поликлиникам.**

Виды протезов <u>Поли- клиника</u>	Мостовидный протез		Частичный съемный протез		Бюгельный протез		Всего
	<u>в.ч/0%</u>	<u>н.ч/0%</u>	<u>в.ч/0%</u>	<u>н.ч/0%</u>	<u>в.ч/0%</u>	<u>н.ч</u>	
ГСП №2	198 26,5%	166 22,2 %	156 20,8 %	194 25,9%	19 2,5%	14 1,8%	747 100%
ГСП №3	298 35,3%	224 26,5 %	164 19,4 %	121 14,3%	20 2,3%	16 1,8%	843 100%
ГСП №5	215 32,2%	173 25,9 %	125 18,7 %	142 21,2%	4 0,5%	8 1,1%	667 100%
Итого	1274-56,4%	902-39,9%	902-39,9%	81-3,5%	81-3,5%	2257-100%	

Таблица 2. - Виды изготовленных протезов по возрасту.

Виды протезов	Мостовидный протез		Частичный съемный протез		Бюгельный протез		Всего
	В.Ч / %	Н.Ч / %	В.Ч / %	Н.Ч / %	В.Ч / %	Н.Ч / %	
15-34	112 55,7%	71 35,3%	7 3,4%	7 3,4%	2 0,9%	2 0,9%	201 8,9%
35-43	90 41,6%	64 29,6%	25 11,5%	21 9,7%	7 3,2%	9 4,1%	216 9,5%
44-65	248 31%	194 24,2%	144 18%	170 21,2%	26 3,2%	17 2,1%	799 35,4%
66-74	177 27%	161 24,6%	167 25,5%	132 20,1%	7 1%	10 1,5%	654 28,9%
75 и старше	84 21,7%	73 18,8%	102 26,3%	127 32,8%	1 0,2%	Нет	387 17,1%
Итого	1274-56,4%		902-39,9%		81-3,5%		2257-100%

Они были подразделены на следующие возрастные группы: 15-34; 35-43; 44-65; 66-74; 75 и старше. Все обследованные больные были распределены на несколько групп в зависимости от вида изготовленных зубных протезов.

Результаты проведенного исследования. В табл.1 даны показатели о количестве изготовленных протезов по видам в определенной поликлинике. Всего были изготовлены 2257 зубных протезов. Здесь можно увидеть, что наиболее распространенным видом зубных протезов являлся мостовидный протез, в количестве 1274, что составило 56,4% от общего числа обследованных. Далее идет частичный съемный протез 902 (39,9%), и бюгельный протез 81(3,5%).

В табл.2 даны показатели распространенности зубного протезирования по возрасту. В группе обследованных больных в возрасте 15-34 и 35-44 лет нуждаемость в ортопедической помощи была низкой по сравнению с другими группами обследованных. Потому что, для больных в возрасте 15-34 всего были изготовлены 201 зубных протезов, что составляет 8,9% от общего количества изготовленных протезов. В группе больных в возрасте 35-43, количество изготовленных протезов составляет 216- это 9,5%. Пожилые и престарелые люди всегда находятся в центре внимания у стоматолога-ортопеда. Данные исследования свидетельствуют о высоком объеме нуждаемости в ортопедической стоматологической помощи, особенно в возрасте 44-65 лет и 66-74. В этих возрастных группах количество изготовленных протезов составляет: для больных 44-65 лет - 799 (35,4%); для больных 66-74 – составляет 654 (28,9%) от общего числа изготовленных зубных протезов. Данная категория населения особенно нуждается в ортопедической стоматологической помощи.

Результаты показывают, что в этой категории были изготовлены все виды зубных протезов. В группе 74 и старше всего были изготовлены 387 зубных протезов, что составляет 17,1%. В этой группе больше всего пациенты были обеспечены съемными протезами.

Выводы:

1. Нуждаемость населения г. Бишкек в зубном протезировании остается высокой.

2. С возрастом увеличивается количество пациентов нуждающихся в ортопедической помощи.

3. У пациентов молодого возраста в основном были изготовлены несъемные конструкции протезов

4. У пациентов пожилого и престарелого возраста преобладали частичные съемные протезы.

Литература

1. Аболмасов Н.Т., Аболмасов В.А., Бычков Н.А., А. Аль-Хаким. Ортопедическая стоматология. Москва Мед.пресс-информ. 2005.
2. Алимский А.В. Принципы организации и оказания стоматологической помощи населению пожилого и старческого возраста врачом-стоматологом общей практики. 2006.
3. Амираев У.А., Рузудинов С.Р., Клиника и протезирование дефектов зубных рядов. Бишкек. 2006.
4. Апресьян Г.Н. Нуждаемость в ортопедической стоматологической помощи населения пожилого и старческого возраста и особенности ее оказания в условиях бесплатного (льготного) зубного протезирования. Москва. 2005.
5. Варес Э.Я. Нуждаемость населения в зубных протезах. Стоматология. 1983,
6. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С., Ортопедическая стоматология «Медицина» М. 1984.
7. Нурбаев А.Ж., Ортопедическая стоматологическая лечебно-профилактическая помощь лицам пожилого и старческого возраста в Кыргызской Республике. Бишкек- 2012.
8. Щербаков А.С., с соавт. Ортопедическая стоматология.- Санкт-Петербург. И.К.Ф. «Фолиант». 1997.

NEEDINESS OF BISKEK CITY'S POPULATION WITH PARTIAL SECONDARY ADENTIA IN PROSTHETIC DENTISTRY

Kalbaev A.A., Kulukeeva A.T., Choibekova K.M.

Department of orthopedic stomatology Kyrgyz State Medical Academy names I.K. Akhunbaev, Bishkek c., Kyrgyz Republic.

In this article there are given the neediness indexes of Bishkek city's population in prosthetic dentistry. Groups of patients examined depending on dentition defects and depending upon which type of prosthesis was fabricated.

Keywords: dental prosthesis neediness index, prevalence, secondary adentiya, orthopedical help.

УДК 616.314-089.23:616-053.89-84

**ПРОБЛЕМЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ
ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ЛИЦ
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Нурбаев А.Ж., Амираев У.А., Эркинбеков И.Б.

**Кыргызская государственная медицинская
академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

В статье излагаются проблемы и предложения оказания ортопедической стоматологической помощи геронтологической группе населения.

Ключевые слова: пожилой возраст, протезы, предложения.

**УЛГАЙГАН АДАМДАРГА
ОРТОПЕДИЯЛЫК СТОМАТОЛОГИЯЛЫК
ЖАРДАМ КӨРСӨТҮҮДӨГҮ КӨЙГӨЙЛӨР
ЖАНА СУНУШТАР**

**И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз
мамлекеттик медициналык академиясынын
ортопедиялык стоматология кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы.**

Бул макалада улгайган адамдарга ортопедиялык жардам көрсөтүүнүн негизги көйгөйлөрү жана сунуштары каралган. Авторлор өздөрүнүн тажрыйбалары менен ой бөлүшөт.

Негизги сөздөр: улгайган адамдар, тиш протездери, көйгөйлөр, сунуштар.

Геронтологиялык стоматологиянын маселеринин актуалдуулугу көпчүлүк өнүккөн өлкөлөрдүн элинин курамынын 20-30% чейини улгайган адамдардын санынын көбөйүшүнө байланыштуу [1,3,5]. Кыргызстанда - бүткүл дүйнөдөгүдөй эле, улгайган адамдардын саны көбөйүүдө. Учурда Кыргызстанда калкынын 1/5 бөлүгүнөн ашууну 60 жашты басып өткөндөр түзөт. Улгайган жана карыган адамдарга – ортопедиялык стоматологиялык жардам көрсөтүү чоң кыйындыктарды пайда кылат. Жашы улуу топтогу адамдарга кыял-мүнөзүнө жараша мамиле түзүү, сөзсүз, аларга ыңгайлуу шарты түзүүнү жеңилдетет [5,6].

Ошонун негизинде, улгайган жана кары жаштагы пациенттерди ортопедиялык дарылоо тажрыйбабыз менен бөлүшсөк деген максатты койдук.

Улгайган жаштардагыларга ортопедиялык дарылоо белгилүү кыйынчылыктар менен байланыштуу. Аны аткарууда пациенттин психикалык жана соматикалык абалын, ошондой эле жашына жараша жаак-бет мүчөлөрүндөгү ткандарынын кайталангыс өзгөрүүлөрүнө көңүл бөлүү зарыл.

Тиш, жаак-бет мүчөлөрүндөгү өзгөрүүлөр, адам улгайган сайын муундарга, булчундарга, сөөктөргө, калган тиштерге, пародонто жана ооз көңдөйүнүн былжыр челине таасир этет. Кээде ооз көңдөйүнүн

ткандарында эрте пайда болгон өзгөрүүлөр адамдын өзгөрүүлөрүнөн гана болбостон, ар кандай айкалыштардагы бузулуулардан да турат, ошондуктан, ар бир пациентке көрсөткөн жеке жана конкреттүү дарылоонун планы аныкталат.

Жаш өткөн сайын ооз көңдөйүнүн былжыр челинин эпителиалдык катмарынын жоюлушу, былжыр кабыгынын астындагы катмардын жумшак булаларынын азайышы жумшак ткандардын жана жаак сөөгүнүн кан алмашуу процессинин начарлашы табигый көрүнүш. Ткандардын жалпы начарлашы байкалат.

Ооз көңдөйүнүн жукарган былжыр чели сезгич болуп, тез эле жаракаттанат, жаракаттардын айыгуусунун мөөнөтү узарат. Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин бир аз бузулушунда эле, мисалы азыктануунун бузулуусунан жана жалпы соматикалык өнөкөт ооруларынан начарлап калган адамдардын протезинен көп учурда ооруткан, узакка айыкпаган, жоорсыяктуу жаралар пайда болот. Аларда жаштарга караганда (ооз бурчтарындагы жара) жаракаттанып ооруганы, ооз таңдайынын былжыр челинин ар кандай оорулары, ксероздук кандидамикоздун көрүнүшү жана аллергиялык реакциялар көбүрөөк кездешкени байкалат. Кары жаштагылардын жаак – бет аймагындагы гиперпластикалык, диспластикалык жана шишиктердин пайда болуунун өнүгүүсүнө жакын экендиги белгиленет [4,6].

Организмдеги зат алмашуунун бузулушу, тактап айтканда, кальций теңдештиги, жана денеден кальцийдин көп чыгарылышы жаак сөөктөрүнүн катуу жана борпоң курамдарынын жумшаруусу алып келет. Ушул себептен улгайган пациенттерде протезден кадимки эле басымдардан сөөк тканында жоюлуу белгилери күчөп кайра калыптанбай структуралык жоготууларды пайда кылат. Алдыңкы жаактын дене бөлүгүнүн альвеола өзүктөрүнүн дарылангыз жоюлуусунда: кан тамыр жана нерв булалары протездин астында калып, былжыр челинин катмарчасынын сезгичтиги жогорулайт. Мында: тиешелүү нервтердин парестезиясынын же гиперестезиясынын көрүнүштөрү пайда болуп, протезге көнүүгө бир кыйла тоскоолдук жаралат.

Карыган кезде шилекей бездеринин иштешинин өзгөрүүлөрү: шилекейдин болушуна жана шилекейдеги муциндин көбөйүшүнө алып келет. Шилекей коюурак жана илээшкек болот.

Гормоналдык дисфункциялардын жүрүшүндө тиштин жоголуусу менен, тилдин көлөмү жана формасы да өзгөрөт. Организмде “В” (тобундагы) витаминдердин, белоктордун жетишсиздиги десквамативдик глосситтин пайда болушуна, депапилляцияга (тил үстүндөгү жип сымал бүдүрлөрдүн жылмаланышына) алып келиши мүмкүн. Эпителийдин десквамациясына байланыштуу тилдин чели жаралуу болуп, анда тез эле эрозияларга айланып, сезгенүү күчөйт. Мындай пациенттер тилдин күйүп тургандай болуп ооруганына арызданат. Улгайган адамдардын (өзгөчө тамеки чеккен жана ачуу тамак жегендерде) тилдеринин былжыр челинин гипо- жана гиперпластикалык көрүнүштөрүнүн өрчүшү менен

бирге терең бүкмөлөрдүн пайда болушу мүмкүн, анын натыйжасында кадимки даам сезгичтиги бузулат, анын себебин ооз көңдөйүндөгү протездеп эсептеп, жаңылыш чечмелешет [4].

Пациенттердин борбордук нерв системасынын бузулушунда өтө эле жагымсыз сезимдер пайда болот. Аларда: кээде аналгезия же толук анестезия мүнөздүү болору белгиленген. Кийме протезди колдонгон пациенттер ооз көңдөйүндөгү былжыр кабыкчанын катууланган көрүнүштөрүндө да ооруганын сезишпейт, ошондуктан пациентти мезгил – мезгили менен врачка көрүнүп туруу жөнүндө алдын ала эскертүү керек.

Жаш өткөн сайын булчуңдарда да өзгөрүүлөр пайда болот. Алардын тонуусу акырындап төмөндөйт, чайноо басымынын күчү азаят жана алардын жалпы чайноо натыйжалуулугу төмөндөйт. Бара – бара пациенттер көп чайнабай турган тамакты: негизинен углеводдук – нанды, бөлкөлөрдү жегенди каалашат. Мындай тамактануунун натыйжасы – белоктордун жана витаминдердин жетишсиздигине алып келет. Тамактын төмөн калориялыгы жана организмдеги жалпы көлөмүнүн суунун азаюусу - көпчүлүк пациенттердин көңдөйүнүн ткандарынын өзгөрүүлөрүнүн себептеринин бири, аны коштогон жагымсыз сезимдерди улгайган адамдар, протез колдонуулары менен байланыштырат [4,5,6].

Буга байланыштуу улгайган адамдар аз тамактануу режимин жөнгө салып: рафинирленген жана консервацияланган тамактарды пайдаланууну азайтуу, тамагынын калориясын, андагы темир, кальций, натрий, тиамин, фолий кислотасынын көлөмүн көбөйтүүсү зарыл. Врач-улгайган, ошондой эле кары адамдарды ортопедиялык стоматологиялык дарылоодо алардын калган соо тиштерине карата кылдаттык мамиле жасап, протезге көнүү мезгилинде, өзгөчө астыңкы жаакта, бириндеген, бойлоп кыймылдап турган тиштерди жана тиш тамырларын сактоо керек. Ошондой эле протездердин жабышкактыгын бекемдөөчү жумшак тектүү материалды кененирээк пайдалануу сунушталат [5,6].

Кээ бир учурда карыларга - эгерде алардын эски, туруктуу, ыңгайлуу протездери болсо, жаңы протездерди жасоонун кажети жок. Улгайгандардын тиш протезине көнүү мүмкүнчүлүктөрү төмөн болгондуктан, эски протездерди (беттин ылдыйкы үчүнчү бөлүгүнүн бийиктигин бир аз калыбына келтирип жана лабораториялык жол менен протездин ордунун ткандарына протезди кыналышын жакшыртып) оңдоо менен эле чектелүү керек. Жаңы протездерди жасоодо эски протездердин тиштеринин жайгашуусун, тиш доголорунун узундугун жана туурасын, тил мейкиндигинин көлөмүн жана ушул оорулуунун протезинин оптималдык чектерин көчүрүп жасоо зарыл. Мындай “көчүрүү” протезди этап менен жасаса натыйжалуу болот (мисалы, үстүнкү протезди астыңкы эски протезден, андан кийин астыңкы протезди үстүнкү жаңы протездин, көчүрмөсүнөн). Ошондой эле улгайган жана кары жаштагылар үчүн протез жасоонун өзгөчөлүктөрүндө декомпрессиялык көчүрмөлөрүнүн колдонулушу

ыңгайлуураак. Демек, ооз көңдөйүнүн жумшак ткандары менен оптималдык, туруктуу байланышты жана алар үчүн бирдей тирөөч түзүүнү түшүндүрөт.

Улгайгандардын былжыр челин өтө эле жарааттуу болушунун эске алып, тил жана ооз көңдөйүнүн башка жумшак ткандарына кыналган базистин бардык жерлерин өтө кылдаттык менен жылмалоо зарыл. Тилдин гипертрофиясында ага керектүү мейкиндикти сактап, ал үчүн астыңкы жаактын протезинин базисинин ички жагынын бетин кабырчык жасоо керек. Каптал жактагы тиштердин тил жагын өгөөлөп, энсиз жасоо жакшы натыйжа берет.

Эң алдыда: карыгандардын бет сөөгүнүн бир калыпта жоюлуу өзгөрүүлөрүнө байланыштуу чайноолорунун натыйжалуулугун, сүйлөгөндө тыбыштарды так айтууларын, кээде протездердин көркөмдүгүн чектеп жасоо аркылуу өз калыптарына келтирүүгө аракеттенүү керек.

Пациенттердин коркунуч жана чоочулоо сезимдерин жоюу максатта дарылоонун алдын алуусун жүргүзүшөт. Врач –терапевт сунуштаган жана оорулуу өзү пайдаланып көргөн дозалардагы седативдик каражаттарды жана транквилизатор-лорду колдонуу зарыл. Мындай пациенттердин тиштерин салуунун өзгөчөлүктөрү бар. Мисалы алсак, оозун ачып отурганда астыңкы жаагынын калтырашы, чайноо убагынын көбөйүшүнө алып келет, ал болсо ылайыксыз нерсе, ошону үчүн оорулуу отурган креслого пациенттин ыңгайлуу отуруусу зарыл.

Дарылоодо врач өтө сылык жана адептүү мамиле менен жүргүзүшү керек, оорулуунун башын өтө артка чалкалатып же төмөн эңкейтип отургузууга болбойт, себеби дарылоо узак жүргүзүлгөндө оорулуулар өздөрүн ыңгайсыз сезишет. Иштетүү режимине да өзгөчө көңүл бурууга талап кылынат, биринчи ирэтте кесүүчү аспаптарды жеткиликтүү суутуу, себеби алардын өтө ысышынан жаштарга караганда улгайган жана кары жаштагыларда ысыктын таасиринен пульпит (тиштин өзөгүнүн сезгениши) пайда болот.

Дарылоонун алдын алуусунун ыкмаларынын бири пациенттерге боло турган жумуштарга байланыштуу жагымдуу мамиле сезимин туудуруу.

Врачка көрсөткөн ишенимин ойготуу максатта ар бир оорулуу менен психотерапиялык аңгемелешүү өткөрүү, тынчсыздануу жана коркунуч сезимдерин жоюу, дары – дармек каражаттары жана өзүн-өзү ишендирүү аркылуу оорутпоочу дарылоонун мүмкүнчүлүктөрү жөнүндө түшүндүрмөлөрдү берүү зарыл. Эгерде врачка жазылышы телефон аркылуу болсо, анда үнүңүз тынч, жайбаракат болушу керек, себеби бийик үндү улгайган адамдар жактыра бербейт.

Кабыл алуу убактысы аяктап калса “Сиз мени түшүндүрүңүзбү?” – деп айтпай, “Мен баланча күндүн баланча убагында бизге келесиз деп сизди туура түшүндүрүңүзбү?” дешиңиз керек.

Дарылоонун ар кандай жолдорун түшүндүрүүдө оорулууну алып жүргөн адам менен эмес, пациенттин өзү менен аңгемелешүү керек. Мында аны коштоп жүргөн адамдын бөлмөдө болушу зарыл. Бирок врач пациентке түздөн – түз

кайрылганга милдеттүү. Дарылоонун тандалган жолу боюнча коштоочу адамдын пикирин кабыл алууга бөтөнчө учурларда гана уруксат этилет.

Улгайган пациенттер менен сүйлөшүүдө кабыл алуу убакытты буйрук сыяктуу айтууга болбойт. Тескерисинче, пациенттен клиникага келген кайсы убактысы ыңгайлуу деп тактоо зарыл. Бул адегенде, улгайган жана кары адамдардын жашоосу көпчүлүк учурда тышкы жана ички факторлорго байланышкандыктан өзгөчө режимге багындырылган. Алардын кээ бирөөлөрүн атап чыгалы:

- Карылар үйүндө жашаган пациенттер көнгөн күн тартибин, эң мурда тамактануу режимин карашат.

- Пациент клиникадан алыс жашаса, унаанын өз убагында жүрүшү алар үчүн өтө эле маанилүү болуп калат.

- Кант диабети менен ооруган пациенттердин мүмкүнчүлүктөрү тамак жана дары дармектерди ичүүнүн мөөнөтүн катуу кармануусу олуттуу чектелген.

- Кабыл алуунун такталган убактысына болгон улгайган пациент каалоолоруна көңүл коюу өтө зарыл.

Адабият

1. Алимский А.В. Обеспечение ортопедической стоматологической помощи лиц преклонного возраста с полным отсутствием зубов // Стоматология для всех, 2001. - 31-33 с.
2. Амираев У.А. Стоматологиялык терминдердин орусча-кыргызча түшүндүрмө сөздүгү. – Бишкек, 2009. - 275 с.
3. Амираев У.А., Амираев Р.У. Протезирование беззубых челюстей.- Бишкек, 2012. - 239 с.
4. Калинина Н.В., Загорский В.А. Протезирование при полной потере зубов // М. Медицина, 1990. - 216 с.
5. Нурбаев А.Ж. Оптимизация ортопедической стоматологической помощи пожилым и лицам старческого возраста // метод. пособие.- “Бийиктик плюс”, Бишкек. – 2012.- 39с.
6. Нурбаев А.Ж., Жолуева П.Т., Амираев У.А. Нуждаемость и особенности оказания ортопедической стоматологической помощи съёмными протезами инвалидам и лицам старческого возраста // Медицинские кадры XXI века.- Бишкек. – 2006. - № 2. - 87-89 с.

STOMATOLOGY STATUS OF ELDERY PEOPLY

Nurbaev A.J., Amiraev U.A., Erkinbekov I.B.

Kyrgyz state medical academy
named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek c., the Kyrgyz Republic.

Problems and suggestions of orthopedic stomatology treatment of elderly peoply. Tendencies in the demographic processes in the world, increase in the member of such patients and experience gained by the authors in many years permitted him to define doctor for saliving the problems of such patients.

Key words: elderly peoply, stomatology treatment, suggestions.



УДК 616.314-77:616-089.23-085

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОКСИКО-АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ПРОТЕЗЫ ИЗ РАЗНОРОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ

*Рузуддинов С.Р., Каркабаева К.О.,
Теляева Н.Н., Амираев У.А.*

Кыргызская государственная медицинская
академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.
Казахский национальный медицинский
университет им. С.Д. Асфендиярова,
г. Алматы, Республика Казахстан.

Описан клинический случай токсико-аллергической реакции на зубные протезы из разнородных металлов у пациентки в возрасте 48 лет. Простудное заболевание провоцировало необычную клинику токсико-аллергической реакции в виде ощущения наличие «инородного тела» в области глотки. Ощущение было постоянным, со временем усилилось, и у больной появился страх смерти от удушья во время сна. Только правильное ортопедическое стоматологическое лечение избавило пациентку от существующего недуга.

Ключевые слова: зубные протезы, непереносимость к сплавам металлов, токсико-аллергическая реакция, ортопедическое лечение.

АР КАНДАЙ МАТЕРИАЛДАРДАН ЖАСАЛГАН ПРОТЕЗДЕРДЕН ПАЙДА БОЛГОН ТОКСИКО-АЛЛЕРГИЯЛЫК РЕАКЦИЯНЫ ОРТОПЕДИЯЛЫК ДАРЫЛОО

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз
Мамлекеттик Медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз республикасы.
С.Д. Асфендиярова атындагы
Казак Улуттук Медициналык университети,
Алматы ш., Казахстан Республикасы

48 жаштагы пациенттин ар кандай материалдан жасалган бекилме тиш протезинен пайда болгон токсико-аллергиялык реакциясынын клиникасы келтирилди. Сезгенип калуунун натыйжасында клиникада өзгөчө токсико-аллергиялык реакциянын билиниши болуп «тамакта башка бир нерсе» пайда болгондой сезим пайда болду. Сезүү дайыма болуп турду, убактысы менен күчөгөн, уктап жатканда аба жетпей муунуп, өлүп каламынбы деген пациентте коркунуч сезими тынчын алды. Ортопедиялык стоматологиялык дарылоону туура жүргүзүүнүн натыйжасында оорудан айыгууга мүмкүнчүлүк болду.

Негизги сөздөр: тиш протездери, металл куймаларына болгон жакпагандык, токсико-аллергиялык реакция, ортопедиялык дарылоо.

Проблема влияния зубных протезов на ткани полости рта и организм в целом многие годы

рассматривалась с точки зрения «гальванизма», а некоторые ученые до сих пор продолжают развивать эту проблему [3,4,5,6].

В современной стоматологии влияние зубопротезных материалов на ткани полости рта многогранно, но в основном это химико-токсическое, аллергическое действие составных элементов материалов для зубного протезирования, не исключая гальванизма в полости рта [1,3,4,5].

В связи с этим задачей нашего исследования явилось описание уникального случая из клинической практики больной с токсико-аллергической реакцией к металлическим зубным протезам из золота и нержавеющей стали.

В клинику ортопедической стоматологии обратилась *пациентка Б., 48 лет* с жалобами на ухудшение общего состояния организма: нарушение сна, головные боли, ощущение стянутости, сухости в полости рта и наличия инородного тела в области глотки слева. Пациентка также отмечала чувство шероховатости на зубных протезах верхней и нижней челюсти, ощущение чувства распираания отмечалось в области внутреннего уха. Особое беспокойство пациентке причиняло ощущение «кома» в горле.

Анамнез заболевания: Первые признаки заболевания появились 1,5 года назад. После переохлаждения организма перенесла фаринго-ларингит, получала соответствующее лечение у ЛОР-врача, после которого появилось "чувство кома" в горле, слабость, не стабильное АД. Пациентку беспокоило появление чувства инородного тела в области глотки слева. В этот же период появилась боль в области зубов и костей верхней и нижней челюстей слева. Появились боли в области левого уха. Обращалась к различным специалистам, в том числе, к стоматологу, ЛОР, невропатологу. Больная лечилась амбулаторно и в стационаре, лечили невралгию глоточного нерва слева, остеохондроз шейного отдела позвоночника с хроническим нейромышечным синдромом. За этот период прошла обследование у других специалистов. Исследования гастроэнтеролога на основе (ФГДС) показали, наличие на слизистой оболочке пищевода в его нижних отделах гиперемии. Был поставлен диагноз-ГЭРБ, хронический эзофагит 2 стадии в стадии ремиссии. Рентгенография шейного отдела позвоночника выявила признаки остеохондроза шейного отдела. Пациентка прошла полный курс лечения у невропатолога. Интенсивность боли в области зубов, челюсти со временем уменьшилась. После проведения иглотерапии боль практически исчезла, но ощущение инородного тела в горле осталось. Инородное тело ощущалось в виде продолговатого образования, иногда появлялось чувство сжатия и давления в области глотки. Все эти ощущения сопровождались сухостью слизистой оболочки полости рта.

За последний год трижды находилась на стационарном лечении. Получала неоднократное лечение у лор-врача, но чувство инородного тела не проходило. Пациентка прошла обследование у всех специалистов (ЛОР, невропатолог, гастроэнтеролог,

гинеколог, психотерапевт, нефролог, эндокринолог, онколог). Учитывая минимальные клинические данные в пользу ССД, отсутствие синдрома Рейно, полиартрита, отсутствие кожных изменений, кроме очагового воспаления кожи в области шеи, длительный анамнез заболевания без прогрессирования патологического процесса, в отсутствии базисной терапии в течение 5 лет данный диагноз «системная склеродермия» вызвал сомнение, в связи с чем был собран консилиум, который определил наличие склеродермо подобного синдрома и назначил соответствующее лечение.

В течение последнего месяца поступила на стационарное лечение в терапевтическое отделение Республиканской клинической больницы (г.Астана) с жалобами на чувство тревоги, наличие "кома" в горле при глотании, периодические боли тянущего характера в левой половине лица, чувство внутренней дрожи, общую слабость, потливость, нарушение сна.

На момент выписки отмечается некоторое улучшение общего состояния, но другие жалобы практически все сохранились. Через день она поступила с теми же жалобами в неврологическое отделение с диагнозом астено-неврологический синдром, где врач-психотерапевт оценил состояние пациентки как тревожно-депрессивный синдром. Больная направлена в психиатрическую клинику.

В анамнезе жизни имелись следующие сопутствующие заболевания: системная склеродермия, хронический фарингит, тонзиллит, лимфоаденит, эзофагит, гастрит в стадии ремиссии, остеохондроз шейного отдела позвоночника, хронический пиелонефрит, цистит, симптоматическая гипертензия, климактерический период.

После ознакомления с историей болезни нами проведен стоматологический осмотр. При этом выявлено: лицо симметричное, лимфатические узлы шеи не увеличены, кожные покровы чистые, красная кайма губ розовая, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета без видимых патологических изменений. Слизистая вокруг опорных коронок гиперемирована, отечна, легко кровоточит при дотрагивании.

Зубная формула:

л к к-золотой сплав	к л д к -золотой сплав
187161514131211/	2122232425262728
4847464544434241/	3132333435363738

к л к-нержавеющая сталь к л к - нержавеющая сталь

Протезы из золота изготовлены 6-7 лет назад, а протезы из нержавеющей стали изготовлены 3 года назад. Нами проведены:

1. Накожные пробы с сплавами золота и нержавеющей стали, при этом реакция на нержавеющую сталь была положительной.
2. Определение величины электротоков. При этом оказалось, что сила тока между протезами была в пределах 40-60 мкА.
3. В смешанной слюне было определены содержания макро и микроэлементов. При этом оказалось повышенное содержание Cu, Fe, Ni в смешанной слюне.

После проведения санации полости рта и курса местной и общей терапии, были изготовлены протезы из золота и зафиксированы на временный цемент. Наблюдение за состоянием данной пациентки показало, что она отмечает значительное улучшение общего состояния, восстановился аппетит, сон стал спокойным и глубоким, исчезли головные боли сухость в полости рта боли и неприятные ощущения в области зубов и горла слева перестали беспокоить. И самое главное: пациентка перестала ощущать ком в горле. Появилось хорошее настроение, прошли признаки депрессии. После сдачи протезов прошло полгода, пациентка жалоб не предъявляла, общее состояние удовлетворительное, но страх, что чувство инородного тела в горле вот-вот может появиться вновь, остался.

Таким образом, описанный нами случай из клинической практики позволяет считать, что у пациентки была токсико-аллергическая реакция на зубные протезы из разнородных металлов. Выделяемые из сплавов ионы металлов долгое время не проявляли себя, пока работали компенсаторно - приспособительные механизмы челюстно-лицевой области. Наступил момент простуды, и гомеостаз в полости рта был нарушен, что явилось толчком к развитию заболевания.

В результате неправильно поставленного диагноза больная 1,5 года находилась на лечении у различных специалистов, вплоть до невропатолога, который определил состояние как "тревожно-депрессивный синдром". Только обращение к врачу-стоматологу-ортопеду позволило поставить правильный диагноз и провести соответствующее лечение.

Литература

1. Амираев У. А. Этиопатогенетические аспекты и методы коррекции непереносимости металлических зубных протезов в полости рта. Дисс. докт. мед. наук.- Бишкек, 2008.
2. Гожая Л.Д. Функциональные нарушения слюны при токсико-химическом стоматите, обусловленном металлическими протезами // Л.Д.Гожая, Т.Ю. Талай, Т.И. Арунов / Стоматология для всех, 2010. - № 3. - С. 17-19.

3. Кириллова Л.А. Диагностика, профилактика и лечение гальваноза у пациентов с несъемными металлическими протезами. Автореф. дис. ...канд. мед. наук // Смоленск, 2004. - 29с.
4. Кожевников С.В., Вальков В.А. Синдром жжения полости рта: причины, дифференциальная диагностика // Научно-практический журнал, Институт Стоматологии, раздел "Клиническая стоматология", 2012. - № 1. - (54).- С. 96-97.
5. Марков Б.П., Козин В.Н., Джириков Ю.А., Бердникова Н.П., Малик М.В., Маркова Г.Б. Комплексный подход к проблеме индивидуальной непереносимости стоматологических конструкций из различных материалов / Стоматология, 2003. - Т. 82. - № 3. - С. 47-51.
6. Лебедев К.А., Митронин А.В., Понякина И.Д. Непереносимость зубопротезных материалов. Изд-во Либроком, 2010. – С. 208.

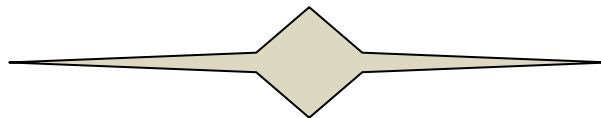
ORTHOPAEDIC TREATMENT OF TOXIC AND ALLERGIC REACTIONS TO THE PROSTHESIS FROM DIVERSE MATERIALS

Ruzuddinov S.R., Karkabaeva K.O.,
Telyaeva N.N., Amiraev U.A.

Kyrgyz state medical academy
named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek c., the Kyrgyz Republic.
Kazakh National Medical University
named after S.D. Asfendiyarov,
Almaty c., Kazakhstan Republic.

A clinical case of toxic-allergic reaction to dentures made of dissimilar metals in a patient aged 48 years. Catarrhal diseases provoked unusual clinic toxic-allergic reactions in the form of feeling the presence of "foreign body" in the throat. The feeling was constant with time and increased patient developed a fear of suffocation during sleep. Only the correct orthopedic dental treatment relieved the patient from an existing illness.

Key words: dentures, intolerance to metal alloys, toxic-allergic reaction, orthopedic treatment.



УДК 616.314-007.232-616.724-008-07

**ДЕКОМПЕНСИРОВАННАЯ
ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ПОВЫШЕННАЯ
СТИРАЕМОСТЬ ЗУБОВ -
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР
ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-
НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

Садыков С.Б., Исаков Э.О., Чойбекова К.М.

**Кафедра ортопедической стоматологии
КГМА им И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

В статье описан клинический опыт диагностики и лечения больных с генерализованной декомпенсированной патологической стираемостью зубов осложненной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

Ключевые слова: патологическая стираемость зубов, дисфункция ВНЧС, ортопедические методы лечения.

**ЧЫКЫЙ-ЖААК МУУНУНУН
ДИСФУНКЦИЯСЫНЫН СЕБЕБИ –
ТИШТЕРДИН ЖАЛПЫ ПАТОЛОГИЯЛЫК
ДЕКОМПЕНСАЦИЯЛЫК ЖЕШИЛИШИ**

**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз
мамлекеттик медициналык академиясынын
ортопедиялык стоматология кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Бул макалада чыкый жаак муунунун дисфункциясына алып келүүчү тиштердин жалпы патологиялык жешилиши жөнүндө жана бул орунун клиникасы, дарылоо ыкмалары каралган.

Негизги сөздөр: Тиштердин патологиялык жешилиши, чыкый жаак муунунун дисфункциясы, ортопедиялык дарылоо ыкмалары.

Патологическая стираемость твердых тканей зубов соответствует международной классификации болезней МКБ-10(с) рубрике. К 3.03.0 и называется «Повышенное стирание зубов». К данной проблеме посвящены научные исследования многих авторов [2,3,4,5,6,7,8,12,13,14]. Распространенность данной нозологической формы среди взрослого населения колеблется в больших пределах - 4 - 7% в возрасте 20-30 лет, 30-40 лет - 12 - 23%, 40 - 50 лет до 35%, старше 50 лет – еще больше. По данным С.Б. Садыкова частота патологической стираемости зубов среди взрослого населения Кыргызстана в среднем составляет 12,7% и коррелируется с возрастом и полом [8].

Патологическая стираемость зубов - это сравнительно быстро прогрессирующий процесс, сопровождающийся рядом морфологических, эстетических, функциональных нарушений в зубочелюстно-лицевой системе. Характеризуется

чрезмерной убылью эмали или эмали и дентина всех или только отдельных зубов [1,2,3,4,5,10]. Наиболее серьезным осложнением патологической стираемости зубов является дисфункция ВНЧС, которая кроме болей и других нарушений функции сустава, нередко проявляется в виде тяжелых, изнуряющих болей в области лица, головы, шеи, затылка, плеч, шума в ушах, понижении слуха, секреторных расстройств [3,5.6.7,8].

Больные с подобной патологией обращаются не только к стоматологам, но и к отоларингологам, терапевтам, невропатологам, психиатрам, поэтому проблема патологической стираемости твердых тканей зубов, и особенно ее осложнений представляет интерес не только для стоматологов, но и специалистов других медицинских профессий.

В последние годы достигнуты определенные успехи в лечении патологической стираемости твердых тканей зубов, однако многие вопросы этиологии, патогенеза и лечения остаются недостаточно изученными и спорными. Научные исследования в этом направлении продолжаются.

Цель нашего сообщения - поделиться клиническим опытом диагностики и лечения больных с генерализованной декомпенсированной патологической стираемостью зубов осложненной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

Клиническая картина патологической стираемости зубов зависит от возраста пациента, реактивности организма, вида прикуса, величины и топографии дефектов зубных рядов, степени выраженности патологического процесса и потому весьма многообразна. И все же можно выделить общие для данной патологии признаки.

К наиболее типичным признакам патологической стираемости зубов относятся нарушение их анатомической формы (из-за стираемости), гиперестезия дентина, уменьшение высоты прикуса, укорочение нижней трети лица, нарушение функции жевательных мышц, в тяжелых случаях - болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. Однако далеко не всегда эти признаки присутствуют одновременно и четко выражены. Изменения анатомической формы коронок зубов способствует изменения направления действия функциональной (жевательной) нагрузки на зуб и пародонт. При этом в последнем возникают зоны сдавления и растяжения, что обязательно приводит к характерным патологическим изменениям в пародонте. Нередко в ответ на чрезмерную функциональную нагрузку в пародонте стершихся зубов развивается хроническое воспаление с образованием гранулем и кистогранулем, что необходимо учитывать при обследовании таких больных и выборе плана лечения.

Таким образом, при патологической стираемости зубов, возникшей в результате функциональной перегрузки, наблюдается порочный круг: функциональная перегрузка-патологическая стираемость зубов-изменения (увеличения) функциональной нагрузки-деструкция твердых тканей коронок зубов и пародонта.

Поэтому ортопедическое лечение, направленное на восстановление нормальной формы и функции стертых зубов, следует считать патогенетическим.

При патологической стираемости зубов в первую очередь нарушаются эстетические нормы вследствие изменения анатомической формы зубов. В дальнейшем при прогрессировании патологического процесса и существенном укорочении зубов изменяются жевательная и фонетическая функции. Кроме того, у части больных даже в начальных стадиях патологической стираемости зубов отмечается гиперестезия пораженных зубов, что нарушает прием горячей, холодной, сладкой или кислой пищи.

Патологическим процессом могут быть поражены зубы одной или обеих челюстей, с одной или с обеих сторон. В практике встречаются случаи различной степени поражения зубов одной или обеих челюстей. Характер и плоскость поражения могут быть идентичным, но могут и различаться. Все это обуславливает многообразие клинической картины патологической стертости зубов, которая значительно усложняется при частичной адентии одной или обеих челюстей.

Нарушение функции жевательных мышц проявляется болями при их сокращении. Повышается их биоэлектрическая активность, причем она отмечается и в фазе физиологического покоя, появляются асинхронные сокращения, нарушается регионарное кровообращение в пародонте. Эти симптомы отмечаются преимущественно при резко выраженной патологической стираемости твердых тканей зубов и только при декомпенсированной форме, когда имеет место снижение нижней трети лица. У пациентов с компенсированной формой стираемости сопровождающейся гипертрофией альвеолярного отростка челюстей, таких нарушений нет.

Для правильной постановки диагноза и выбора оптимального плана лечения при такой многообразной клинической картине патологической стираемости зубов необходимо очень внимательно и всесторонне обследовать больных для выявления этиологических факторов патологической стираемости зубов и сопутствующей патологии.

Обследование необходимо проводить в полном объеме согласно традиционной схеме:

1. Опрос больного, изучение жалоб, истории жизни и истории заболевания;
2. Внешний осмотр;
3. Осмотр органов полости рта; пальпация жевательных мышц, височно-нижнечелюстного сустава и др.;
4. Аускультация височно-нижнечелюстного сустава;
5. Вспомогательные методы: изучение диагностических моделей, прицельная рентгенография зубов, панорамная рентгенография зубов и челюстей, ЭОД, томография, электромиография и электромионометрия жевательных мышц.

При внешнем осмотре лица больного обращают внимание на конфигурацию лица, пропорциональность и симметричность. Определяют высоту нижнего отдела лица в состоянии физиологического покоя и в центральной окклюзии. Внимательно изучают состояние твердых тканей зубов, устанавливая характер, протяженность, степень стертости. Обращают должное внимание на состояние слизистой оболочки рта и пародонта зубов для выявления сопутствующей патологии и осложнений. Пальпация жевательных мышц позволяет выявить болезненность, асимметрию ощущений, отечность мышц, их гипертонус и предположить наличие парафункций у больного. В дальнейшем для уточнения диагноза необходимо провести дополнительные исследования: электромиографию и электромионометрию жевательных мышц, провести консультацию с невропатологом по поводу возможного бруксизма, тщательно расспросить больного и его родственников о возможном скрежетании зубами во сне. Это необходимо для профилактики осложнений и выбора оптимального комплексного лечения такого контингента больных.

Пальпация области височно-нижнечелюстного сустава, также как и аускультация этой области, позволяет выявить патологию, которая нередко встречается при патологической стираемости зубов, особенно при генерализованной или локализованной форме, осложненной частичной адентией. В этих случаях необходимы тщательный анализ диагностических моделей и рентгенологическое исследование: фронтальная и боковые томограммы при сомкнутых челюстях и при физиологическом покое. Электроодонтодиагностика (ЭОД) является обязательным диагностическим тестом при патологической стираемости зубов, особенно II и III степени, а также при выборе конструкции несъемных протезов. Нередко патологическая стираемость зубов сопровождается бессимптомно протекающей гибелью пульпы. В результате отложения заместительного дентина, частичной или полной облитерации пульповой камеры электровозбудимость пульпы бывает сниженной. При патологической стираемости зубов I степени, сопровождаемой гиперестезией твердых тканей, ЭОД обычно не позволяет выявить отклонения от нормы.

Также как и ЭОД, рентгенография (прицельная и панорамная) является обязательным методом диагностики, позволяющим установить величину и топографию пульповой камеры, топографию, направление и степень облитерации корневых каналов, выраженность гиперцементоза, наличие нередко встречающихся при функциональной перегрузке зубов кист, гранулем у стертых зубов. Все это без сомнения имеет большое значение для выбора правильного плана лечения.

Правильной диагностике и планированию лечения больных с патологической стираемостью зубов, равно как контролю хода и результатов лечения, способствует тщательное изучение диагностических моделей. На диагностических

моделях уточняют вид, форму и степень патологической стираемости зубов, состояние зубных рядов, а при их анализе в артикуляторе - характер окклюзионных взаимоотношений зубов и зубных рядов в различные фазы всех видов окклюзии, что особенно важно при диагностике сопутствующей патологии височно-нижнечелюстного сустава и выборе плана лечения.

Ортопедическое лечение больных с генерализованной декомпенсированной патологической стираемостью зубов, осложненной снижением окклюзионной высоты и дисфункцией ВНЧС имеет некоторые тактические особенности.

При лечении возникает необходимость повышении окклюзионной высоты и перестройки миотатического рефлекса жевательных мышц методом постепенной дезокклюзии. По мнению многих ученых [3,6,7,9,17] это проводится в несколько этапов:

1 этап – восстановление окклюзионной высоты временными лечебно-диагностическими аппаратами;
2 этап-период адаптации и перестройки функции жевательных мышц и ВНЧС;

3 этап - постоянное протезирование.

На первом этапе проводят восстановление окклюзионной высоты с помощью пластмассовых назубных или зубонадесневых капп с перекрытием жевательной поверхности стертых зубов, обязательным условием при этом является создание множественного контакта на протяжении всего зубного ряда. Такое восстановление может быть одномоментным при снижении окклюзионной высоты до 7-8 мм от высоты физиологического покоя и поэтапным - по 2-5 мм каждые 1-2 месяца при снижении окклюзионной высоты более чем на 7-8 мм от физиологического покоя.

Для установления высоты будущего протеза изготавливаются восковые или пластмассовые базисы с прикусными валиками, определяют и фиксируются анатомо-физиологическим способом в клинике требуемое «новое» положение нижней челюсти, обязательно проводят рентгенологический контроль ВНЧС. На рентгенограммах височно-нижнечелюстных суставов при сомкнутых зубных рядах в положении, зафиксированном восковыми валиками, должно быть «правильное» положение суставной головки (на скате суставного бугорка) равномерное с обеих сторон. Только после этого такое положение фиксируют временными лечебно-диагностическими аппаратами-протезами.

Второй этап - период адаптации продолжительностью не менее 3-4 недели требуется для полного привыкания больного к «новой» окклюзионной высоте, которая возникает благодаря перестройке миотатического рефлекса в жевательных мышцах и височно-нижнечелюстном суставе. В этот период больной должен находиться под динамическим наблюдением лечащего врача стоматолога –ортопеда (не реже 1 раза в неделю, а при необходимости: субъективные неприятные ощущения, боль, дискомфорт, неудобства при пользовании лечебно-диагностическими аппаратами – и чаще).

Необходимо проводить с больными предварительные разъяснительные беседы с предупреждением о возможных осложнениях при непостоянном пользовании лечебным аппаратом и необходимости обязательного обращения к лечащему врачу стоматологу-ортопеду при возникновении неприятных ощущений в височно-нижнечелюстном суставе, жевательных мышцах, слизистой оболочке протезного ложа. В момент припасовки лечебно-диагностического аппарата и на контрольных осмотрах особо тщательно выверяют окклюзионные контакты во все фазы всех видов окклюзии, проверяют качество полировки протеза, отсутствие острых выступов и краев, которые могут травмировать мягкие ткани.

Если при одномоментном повышении окклюзионной высоты на 7-8 мм у больного возникает сильные боли в области височно-нижнечелюстного сустава и (или) жевательных мышц, необходимо снизить высоту на 2-3мм до исчезновения болей, а затем, через 2-3 нед, повторно повысить окклюзионную высоту до необходимой величины. Технически это легко выполнимо путем сошлифовывания слоя пластмассы на жевательной поверхности лечебно-диагностического аппарата или нанесения дополнительного слоя быстротвердеющей пластмассы.

Иногда из-за неприятных субъективных ощущений неоднократные попытки повысить окклюзионную высоту до желаемого оптимального уровня (на 2 мм ниже высоты физиологического покоя) так и остаются неудачными. Таким больным изготавливаются постоянные протезы при максимальной окклюзионной высоте, к которой он смог адаптироваться. Обычно это наблюдается у больных, снижение окклюзионной высоты у которых произошло более 10 лет назад и в височно-нижнечелюстном суставе успели произойти необратимые изменения. Такая же картина наблюдается у больных с патологической стираемостью зубов, осложненной нарушениями психоэмоциональной сферы, которые чрезмерно сосредотачиваются на характере, степени своих субъективных ощущений. У такой категории больных ортопедическое лечение патологической стертости зубов, осложненной снижением окклюзионной высоты, чрезвычайно сложно, прогноз сомнителен, а лечение необходимо проводить параллельно с лечением у психоневролога.

Третий этап лечения- постоянное протезирование- принципиально не отличается по виду конструкций зубных протезов, применяемых при лечении патологической стертости зубов. Важно отметить лишь необходимость использования конструктивных материалов, гарантирующих стабильность установленной окклюзионной высоты. Недопустимо применение пластмассы на жевательной поверхности мостовидных протезов. В съемных протезах предпочтительно использовать фарфоровые зубы, литые окклюзионные накладки. Для стабилизации окклюзионной высоты

применяют встречные вкладки, коронки, важное условие достижения хороших результатов постоянного протезирования – изготовление протезов под контролем временных лечебно-диагностических капп. При припасовке постоянных протезов временные каппы позволяют точно установить окклюзионную высоту и оптимальные окклюзионные контакты в различные фазы всех видов окклюзии, к которым адаптирован больной. На период изготовления протезов временно фиксируется лечебно-диагностические каппы.

Выводы. В связи с многообразием клинической картины, необходимо тщательное обследование больных с применением клинических и параклинических методов. Ортопедическое лечение при данной нозологической форме должно проводится поэтапно методом постепенной дезокклюзии. Восстановление окклюзионной высоты и нижнего отдела лица с помощью пластмассовых капп производится одномоментно, если она снижена до 7-8 мм, и поэтапно, при снижении окклюзионной высоты более чем 7-8 мм от физиологического покоя. Если при одномоментном повышении окклюзионной высоты у больного возникает сильные боли в области жевательных мышц и(или) ВНЧС, рекомендуется снизить высоту до исчезновения болей, а затем через 2-3 недели, повторно повысить окклюзионную высоту до нужных пределов. Для перестройки миотатических рефлексов жевательных мышц, элементов ВНЧС и адаптации больного к «новой» окклюзионной высоте требуется 3-4 и более недель. Ортопедическое лечение завершается изготовлением и наложением постоянных конструкций зубных протезов. Они изготавливаются под контролем временных капп, которые позволяют точно установить окклюзионную высоту и оптимальные окклюзионные контакты в различные фазы окклюзии и артикуляции нижней челюсти к которым адаптирован пациент. Больные должны находиться на диспансерном учете у лечащего врача ортопеда.

Литература

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А., Аль-Хаким А. ортопедическая стоматология. М., «Медпресс-информ», 2003.
2. Алексеев В.А., Брозголь А.М. Патологическая стираемость зубов. -М, Медицина, 1970.
3. Бушан М.Г. Патологическая стираемость зубов и ее осложнения. Кишинев, «Штиинца», 1979.
4. Иванова Г.Г. Клинико-функциональные аспекты в диагностике и лечении патологической стираемости твердых тканей зубов. // Современные проблемы стоматологии/ ММСИ, -М.1999.С.118-119

5. Иорданишвили А.К. Патологическая стираемость твердых тканей зубов // Клиническая ортопедическая стоматология. СПб., 2001.-с.119-127.
6. Каламкарров Х.А., Бушан М.Г., Садыков С.Б. и др. Непосредственные и отдаленные результаты ортопедического лечения патологической стираемости зубов. Ж. Стоматология, - М, Медицина №3, 1983.
7. Каламкарров Х.А. Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов. М., МИА 2004г.
8. Садыков С.Б. Применение фарфоровых коронок при патологической стираемости зубов Дисс. к.м.н., -М, 1984г. 120с.
9. Садыков С.Б., Калбаев А.А. Физиологическая и патологическая стираемость зубов. Методическое пособие. Бишкек, 2004, 46с.
10. Садыков С.Б. Клинический опыт восстановительного лечения больных с патологической стираемостью зубов. Актуальные проблемы ортопедической стоматологии и ортодонтии. Сб. Научных трудов. -М, 2002, с.218-222.
11. Садыков С.Б. Применение культовых штифтовых зубов при дефектах коронок зубов. Материалы V-съезда стоматологов Беларуси. Организация, профилактика и новые технологии в стоматологии. Брест, 2004, с350-352.
12. Садыков С.Б. Классификация патологической стираемости зубов. Научно-практический журнал медицинские кадры XXI века. №2, 2005. С.76-79.
13. Трезубов В.Н., Щербakov А.С. Клиническая картина и ортопедическое лечение при повышенной стираемости зубов. // Ортопедическая стоматология (факультетский курс): Учеб для мед вузов. СПб: Фолиант, 2002.-С.283-290.
14. Щербakov А.С., Гаврилов Е.И., Трезубов В.Н., Жулев Е.Н. Ортопедическая стоматология СПб 1997.
15. Эффективность ортопедического лечения патологической стираемости зубов, осложненных дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава./ Каламкарров Х.А., Куликов Р.И., Седрякин А.Н. // Стоматология.- 1991.№2.С. -57-60.

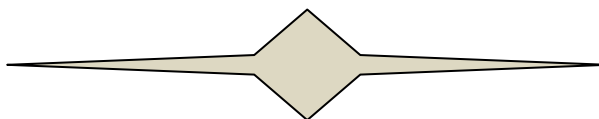
DECOMPENSATION GENERAL PATHOLOGICAL DENTAL ABRASION OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION

Sadykov S.B., Isakov E.O., Choybekova K.M.

The department of orthopedic stomatology
KSMA to him I.K. Ahunbaeva

In article is described clinical experience of the diagnostics and treatments of patients with general pathological dental abrasion of teeth complicated by temporomandibular joint dysfunction.

Keywords: pathological dental abrasion, temporomandibular joint dysfunction, orthopedic treatment methods



УДК 616.314-08923(075.8)

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИМЕРНОГО
ПОКРЫТИЯ ДЛЯ ИЗОЛЯЦИИ
МЕТАЛЛИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ
В ПОЛОСТИ РТА В ДИАГНОСТИКЕ
НЕПЕРЕНОСИМОСТИ К МЕТАЛЛИЧЕСКИМ
КОНСТРУКЦИЯМ**

*Тебенова Г.М., Астахова И.А.,
Сафаров Т.С., Баянбаев М.А.*

**Казахский Национальный медицинский
университет им. С.Д. Асфендиярова,
г. Алматы, Республика Казахстан.**

*Предлагаемый метод изоляции поверхности
зубного протеза позволяет в достаточной степени
достоверно диагностировать непереносимость к
металлическим конструкциям в полости рта,
дифференцировать жалобы и симптомы
заболевания пациентов без предварительного,
зачастую не обоснованного, удаления
металлических протезов из полости рта.*

***Ключевые слова:** ротовая жидкость,
металлический протез, непереносимость,
электрохимические реакции, коррозия, элементный
состав.*

**МЕТАЛЛ КОНСТРУКЦИЯЛАРЫНА
КӨНӨСТҮКТҮ АНЫКТООДО ООЗ
КӨНДӨЙҮНДӨГҮ МЕТАЛЛ ЖАСАЛМА
ТИШТЕРДИ ИЗОЛЯЦИЯЛООҮЧҮН
ПОЛИМЕРДИК ЖАБУУЛАРДЫ КОЛДОНУУ**

**С.Д. Асфендияров атындагы
Казак улуттук медициналык университети,
Алматы, Казахстан Республикасы.**

*Жасалма тиштин үстүңкү катмарын
изоляциялоо боюнча сунушталган ыкма ооз
көндөйүндөгү металл конструкцияларына
көнбөстүктү жеткиликтүү деңгээлде аныктоого,
алдын ала текшерилбестен, көбүнчө негизсиз
металлдан жасалган жасалма тиштерди
жулуудан пайда болгон бейтаптардагы оору
белгилерин жана даттанууларды
дифференциялоого жардам берет.*

***Негизги сөздөр:** ооз суюктугу, металлдан
жасалган жасалма тиш, көнбөстүк,
электрохимиялык реакциялар, коррозия, элементтик
курам.*

При наличии во рту металлических включений
возможны разные патологические воздействия на
организм человека: электрогальваническое (в
результате повреждающего действия
гальванического тока), токсико-химическое,
аллергическое и др. В результате коррозии
находящиеся во рту металлические зубные протезы
теряют свои основные свойства – уменьшается

прочность, пластичность и другие качества. В
полости рта появляются оксиды металлов, которые
неблагоприятно воздействуют на слизистую
оболочку и организм пациента. Все разнородные
металлы и сплавы вызывают появление
гальванических токов в полости рта, а это приводит
к развитию местных и общих осложнений.
Возникающие при этом в полости рта токи
приводят к развитию заболеваний, которые нередко
в стоматологической литературе обозначаются
одним универсальным термином «непереносимость
металлических включений в полости рта»
(гальваноз).

Динамика изменения микроэлементного состава
смешанной слюны находится в прямой зависимости от
степени электрохимических процессов в полости рта.
Высокие концентрации микроэлементов установлены в
слюне лиц с аллергическими и токсическими
стоматитами, вызванными протезами из нержавеющей
стали, по сравнению с нормой [1]. Наиболее
выраженные колебания обнаружены в содержании
железа, никеля, меди, серебра, хрома, титана.

Гожая Л.Д. [2] установила, что из нержавеющей
стали в смешанную слюну дополнительно
поступают микропримеси железа, меди, марганца,
хрома, никеля и др. Содержание титана, олова,
хрома, никеля в количестве меньше $1 \cdot 10^{-6}$ %
является субпороговым и не оказывает заметного
влияния на организм. Однако, длительное
пользование протезами может приводить к
токсическому раздражению рецепторного аппарата
слизистой оболочки полости рта субпороговыми
дозами микропримесей металлов.

Специальные исследования смешанной слюны
на микроэлементы [2] позволили установить
прямую зависимость между качественным
составом, количественным содержанием
микроэлементов смешанной слюны и клиникой
токсических реакций. Спектрограмма слюны лиц с
протезами из нержавеющей стали при выраженном
электрохимическом процессе характеризуется
увеличением количественного содержания железа,
меди, марганца, серебра, алюминия, титана и др.

На спектрограмме слюны у лиц с протезами из
хромокобальтового сплава при выраженном
электрохимическом процессе возрастает содержание
хрома, кобальта и др. Если в полости рта имеются
протезы из нержавеющей стали и золота и
происходит коррозия, то в смешанной слюне
увеличивается содержание золота, меди и серебра.

Таким образом, наиболее объективным методом
оценки степени электрохимической коррозии является
метод обнаружения ее продуктов. Другие тесты,
направленные на выявление величины электрического
тока в полости рта, ЭДС или электродного потенциала,
до настоящего времени прямой пропорциональной
зависимости от степени тяжести патологического
процесса в полости рта не давали.

Специальные исследования на токсичность [3],
на аллергическую природу [4,5,6] выделенных из
протезов ионов металлов являются специфическими,
требуют специальной аппаратуры, методически
сложны в проведении. Из-за этого они не получили

широкого применения.

Для практического врача, работающего у кресла с пациентом, необходимо иметь в своем арсенале простое доступное средство или методики, использование которых могло бы дать врачу ответы на интересующие его вопросы.

Таким методом могла бы служить методика, которая позволяет изолировать имеющиеся в полости рта протезы от окружающей среды, то есть от слюны. В этом случае как бы приостанавливается коррозионный процесс, прекращается поступление ионов металлов в полость рта.

Поэтому перед нами была поставлена задача разработать композицию для изоляции зубных протезов в полости рта у пациентов от воздействия слюны. Для этого наиболее оптимальной оказалась жидкотекучая масса, которая обеспечивает поступление в самые труднодоступные места. Во-вторых, эта масса должна быть легко наносимой, так как, в противном случае, полной изоляции не наступает. В-третьих, масса должна своевременно застыть и сохранять свои свойства в течение 2-3 дней. И самое главное, эти материалы должны быть абсолютно безвредны для организма.

Таким требованиям отвечают полимерные органические пленки, которые образуют жидкую фазу с этиловым спиртом.

Диагностика непереносимости зубных протезов из сплавов металлов затруднена из-за отсутствия патогномичных клинических признаков. В этих случаях исследователями предпринимались попытки использования методов лабораторной диагностики.

С целью выявления действительных причин непереносимости нами был предложен метод изоляции поверхности металлического протеза не растворяющейся в смешанной слюне и не вступающей с нею во взаимодействие полимерной пленкой.

Материалы, используемые в настоящее время в медицинской практике, с позиции химии можно разделить на две большие группы: материалы органического происхождения, полимеры и сополимеры, и материалы неорганического происхождения, металлы и керамика. С позиции взаимодействия с биологическими средами медицинские материалы подразделяются на биорассасывающиеся и биосовместимые (биоинертные). Биорассасывающиеся материалы способны некоторое время выполнять функции утраченных тканей и в процессе постепенного их замещения рассасываться и выводиться из организма, не оказывая при этом отрицательного действия на окружающие ткани и организм в целом.

Развитие методов синтеза и модификации медицинских полимеров и сополимеров, взаимопроникновение идей и методов химии, биологии и медицины позволяют решать важнейшие задачи теоретической и практической медицины [7].

При разработке состава полимерной пленки выбор полимерных материалов был обусловлен

несколькими причинами:

– поливиниловый спирт (ПВС) и его сополимеры в течение двух десятилетий используются в качестве плазмозаменителей крови и пролонгаторов лекарственных препаратов. Кроме того, гидрофильные свойства ПВС обеспечивают лучшую адгезию с поверхностями зубных протезов, зубов и десневых тканей;

– ввиду того, что ПВС растворяется в воде и жидкостях, в основном содержащих воду, таких, как смешанная слюна, в состав композиции полимерной пленки было необходимо вводить гидрофобные полимеры. Такими полимерами, используемыми в медицине, являются акриловые пластмассы, широко применяемые в стоматологическом протезировании, поливинилбутираль [8] и поливинилипиридины [9].

В результате проведенных исследований выяснилось, что полимерная композиция, полученная взаимодействием бутилметакрилата (БМА) с ПВС, обладает недостаточной адгезией к поверхности протезов в диапазоне соотношения БМА: ПВС от 1:1 до 1:5 и легко отслаивается.

Полимерная композиция на основе поливинилбутираля и ПВС обладала хорошей адгезией, однако, не имела достаточной прочности к истиранию. Уже через 1-2 часа после нанесения изолирующей пленки наблюдались нарушения целостности покрытия.

Поэтому дальнейшие исследования метода изоляции поверхности металлических протезов и его использования в диагностике непереносимости металлических включений в полости рта проводились с использованием полимерной композиции (геля), полученной взаимодействием поли-2-метил-5-винил-пиридина (ПМВП) с поливиниловым спиртом (ПВС). Полимерная пленка на основе ПМВП обладала хорошей адгезией и сохранялась на поверхности протезов в полости рта в течение 2-3 суток. Оптимальным соотношением ПМВП:ПВС оказалось значение 1:1, повышение содержания ПМВП снижало адгезию и приводило к отслоению покрытия, повышение содержания ПВС приводило к заметному набуханию полимерной пленки при контакте со слюной и резко снижало прочность покрытия.

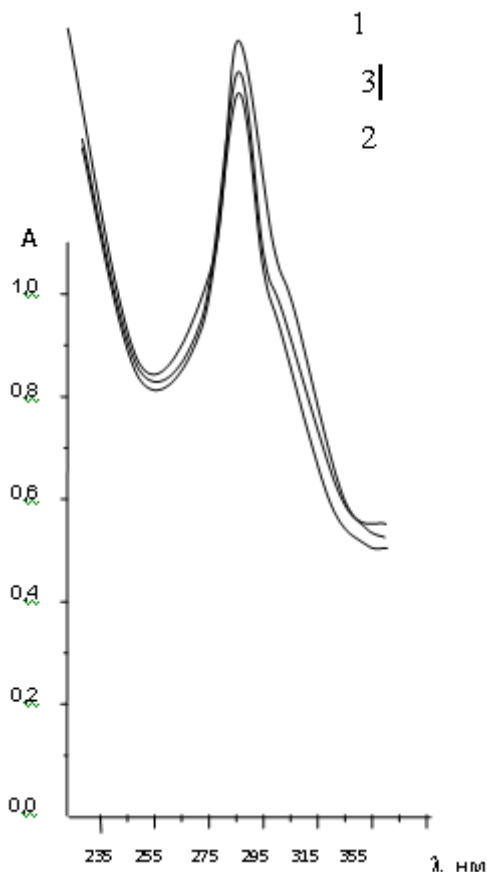
Возможность использования пленки ПМВП-ПВС для изоляции металлических зубных протезов была проверена *in vitro*.

Для изучения пленки ПМВП-ПВС на предмет изоляции были использованы три серии опытов: в первой серии использована чистая слюна; во второй серии – чистая слюна, в которой содержались 3 единицы протезов из нержавеющей стали, покрытых пленкой ПМВП-ПВС, в течение 4 суток; в третьей серии использовали чистую слюну, в которой содержались 3 единицы протезов из нержавеющей стали с нитрид-титановым покрытием, покрытых пленкой ПМВП-ПВС, в течение 4 суток. По окончании опыта все серии были подвергнуты УФ-спектроскопии. Кроме того, измеряли pH исследуемой слюны.

Результаты проведенных исследований

показали (рисунок 1), что УФ-спектры поглощения чистой слюны и слюны, находившейся в контакте с зубными протезами с плёночным покрытием, практически идентичны. Оптическая плотность во второй серии экспериментов при длине волны 285 нм снижена по сравнению с первой и третьей сериями экспериментов. Следует отметить, что pH среды также не претерпевает значительного изменения ($pH_1=7,37$; $pH_2=7,30$ и $pH_3=7,33$).

Спектры поглощения чистой слюны и слюны с протезами из нержавеющей стали и нержавеющей стали с нитрид-титановым покрытием, покрытыми полимерной пленкой ПМВП-ПВС



1 - чистая слюна (1:1)
2 – протез из нержавеющей стали с полимерным покрытием (1:1)
3 – протез из нержавеющей стали с НТП и с полимерным покрытием (1:1). Рисунок 1 УФ-спектры поглощения чистой слюны и слюны, находившейся в контакте с зубными протезами с плёночным покрытием.

Для объективной оценки степени выделения ионов металлов в окружающую среду при наличии или отсутствии на протезах полимерной пленки выше приведенные нами экспериментальные исследования проведены методом атомно-абсорбционной спектроскопии.

Результаты проведенных исследований показывают (таблица 1), что по данным атомно-абсорбционной спектроскопии содержание железа, меди, никеля и цинка в смешанной слюне, бывшей в течение 4 суток в контакте с протезами из нержавеющей стали с полимерным плёночным

покрытием ПМВП-ПВС, практически не отличается от их количества в слюне пациентов с интактным зубным рядом. Содержание железа в смешанной слюне с протезами из нержавеющей стали без полимерного покрытия увеличилось в 6 раз ($P<0,01$) по сравнению с его содержанием в смешанной слюне интактного зубного ряда. При этом сравнении содержание никеля повысилось в 14,6 раза ($P<0,01$), содержание цинка повысилось в 2,8 раза ($P<0,02$), меди – в 1,4 раза ($P>0,5$) соответственно.

Таблица 1 - Содержание микроэлементов в смешанной слюне у пациентов с зубными протезами с полимерными плёночными покрытиями из ПМВП-ПВС

Смешанная слюна	Содержание ионов металлов, мкг/мл, $M \pm m$			
	Fe	Cu	Ni	Zn
1. Интактный зубной ряд (P)	0,034 $\pm 0,009$	0,025 $\pm 0,007$	0,039 $\pm 0,005$	0,272 $\pm 0,090$
2. С протезами из нержавеющей стали (P ₁)	0,210 $\pm 0,029$	0,041 $\pm 0,017$	0,568 $\pm 0,057$	0,759 $\pm 0,051$
3. С протезами из нержавеющей стали с полимерным плёночным покрытием ПМВП-ПВС (P ₂)	0,052 $\pm 0,008$	0,030 $\pm 0,005$	0,029 $\pm 0,009$	0,251 $\pm 0,056$
P – P ₁	<0,001	>0,5	<0,001	<0,001
P – P ₂	>0,2	>0,5	>0,5	>0,5
P ₁ – P ₂	<0,001	>0,5	<0,001	<0,001

При сравнении показателей с протезами из нержавеющей стали без покрытия и с покрытием из полимерной пленки ПМВП-ПВС обнаружено, у первых увеличение содержание железа в 4,0 раза ($P<0,001$), никеля – в 19,6 раз ($P<0,001$), цинка – в 3 раза ($P<0,001$), меди – в 1,4 раза ($P>0,5$) по сравнению со вторыми.

При исследованиях *in vivo* пациентам с протезами из нержавеющей стали наносили полимерное покрытие на протезы в полости рта, забор образцов смешанной слюны производили до и через 2 и 4 суток. УФ-спектры смешанной слюны и ее микроэлементный состав по данным атомно-абсорбционной спектроскопии были идентичны данным, полученным *in vitro*.

Таким образом, результатами атомно-абсорбционной и УФ-спектроскопий была доказана возможность использования полимерного покрытия для изоляции металлических зубных протезов в полости рта.

Литература

1. Медведев А.Ю. Нарушение баланса микроэлементов ротовой жидкости больных, пользующихся металлическими зубными протезами: дисс. канд. мед.наук.-СПб, 1966. - 215с.
2. Макаров К.А. Химия и медицина. - М.: Просвещение, 1981.- 232с.

3. Гожая Л.Д. Аллергические заболевания в ортопедической стоматологии. -М., Медицина, 1988. - 157с.
4. Lussi A. Toxikologie der Amalgame Schweiz. Monschr. Zahnmed.- 1987.-В. 97.-Н.10.-S.1271-1279.
5. Каламжаров Х.А., Погодин В.С., Пырков С.Т., Подкин Ю.С. Аллергия к золоту - причина непереносимости зубных протезов / Стоматология, 1989.- Т.68. - № 5. - С.70-72.
6. Moffa J.P., Ellisson J.E., Hamilton J.C. Allergic reactions of chrome alloys used in dental protheses / Dent. Res.-1983.- Vol.62.-P.199.
7. Galandi M.E. Allergische Virgge on metallischen Fremdstoffen in der Mundholle.//Dtsch. Zahnarztl. Z.-1984.- Bd.39.- Н.10.- S.825-827.
8. Ушаков С.Н. Поливиниловый спирт и его производные.-М.-Л., Изд. АН СССР.-1980.-142 С.
9. Евдаков В.П., Гвоздецкий А.Н., Горохов А.А., Кабанов В.А., Петров Р.В. Влияние гепарина, поли-4- винилпиридина и полиакриловой кислоты на миграцию кроветворных стволовых клеток / Доклады АН СССР.-1974.-Т. 214. - № 4. - С.970-972.
10. Маликов Х.К., Адылов З.К. Опрос пациентов, как метод выявления факторов риска возникновения гальваноза на ранних этапах протезирования / Стоматология, 1998.- № 2.- С. 37-39.

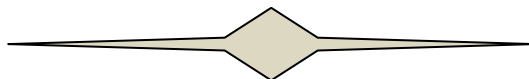
THE POSSIBILITY OF THE USE OF A POLYMER COATING FOR FURTHER INSULATION OF METAL DENTURES IN THE MOUTH CAVITY IN DIAGNOSING INTOLERANCE TO METAL CONSTRUCTIONS

Tebenova G. M., Astahova I.A., Safarov T. S., Bayanbayev M. A.

Kazakh national medical university of S.D. Asfendiyarov, Almaty c., Republic Kazakhstan.

As a result of clinic investigations it was shown that the suggested method insulation of metallic prosthetic appliance surface allows to diagnose intolerance to metallic constructions in the mouth cavity reliably to a sufficient extent, to differentiate complaints and symptoms of the disease of patients without preliminary, often groundless, removal of metallic prosthetic appliances out of the mouth cavity.

Key words: mouth cavity saliva, metallic prosthetic appliance, intolerance, electro – chemical reactions, corrosion and elementary content.



УДК 616.314-007.2-089.23-77:616-053.8

МНОЖЕСТВЕННЫЕ АДЕНТИИ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Эркинбеков И.Б.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика.

В обзорной статье представлены распространенность множественной адентии у лиц старших возрастных групп, являющимися одним из интегральных показателей, характеризующих состояние ортопедической стоматологической помощи.

Ключевые слова: множественная адентия, протезы, фиксация.

ТИШТИН ОРТОПЕДИЯСЫ КЛИНИКАСЫНДАГЫ КӨП ТИШТЕН АЙРЫЛУУ ЖАГДАЙЫ (АДАБИЯТ МААЛЫМАТТАРЫ)

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек, Кыргыз Республикасы.

Бул көлөмдүү макалада көп тиштен айрылуу улуу муундагы адамдардын арасында таралгандыгы баяндалып, ортопедиялык тиш дарылоо абалынын интегралдык көрсөткүчү катары чагылдырган.

Негизги сөздөр: тиштен айрылуу, каптама тиш, бекемдөө.

По данным многочисленных исследований, изучающих стоматологический статус взрослого населения, отмечен рост распространенности основных стоматологических заболеваний и высокой нуждемости в ортопедическом стоматологическом лечении. Распространенность множественной адентии у лиц старших возрастных групп является одним из интегральных показателей, характеризующих состояние стоматологической ортопедической помощи [1,9,10].

В связи с возросшими атрофическими процессами костной ткани челюстей и мягких тканей зубо-челюстной системы возникают серьезные затруднения при проведении ортопедического стоматологического лечения, изменяющая характер специальной подготовки полости рта к протезированию, проведение ортопедических манипуляций и прогнозирование его эффективности [12,13].

Одной из актуальных проблем при множественной адентии является протезирование дефектов зубных рядов съёмными протезами. Пациенты с частичной потерей зубов старше 50 лет составляют самую обширную группу лиц, нуждающихся в таком виде ортопедического лечения 40,2% [2].

В клинике ортопедической стоматологии до 30-40 % пациентов, имеют неблагоприятные условия для протезирования.

Клиника множественной адентии определяется множеством факторов, среди которых главными являются причина и время потери зубов, их количество и положение в зубном ряду, состояние твердых тканей и пародонта оставшихся зубов, вид

прикуса и др. Знание этиологии, клиники и патогенеза частичной потери зубов позволяет не только восстанавливать утраченные функции зубов, но и предупреждать дальнейшую потерю зубов, а освоение клинических и лабораторных приемов протезирования – повышать уровень клинического мышления врача и качество проводимого ортопедического лечения.

Восстановление функции разрушенного жевательного аппарата с помощью полноценных зубных протезов, имеют большое значение для жизнедеятельности человека. Современное протезирование зубов требует от врача не только специальных знаний, но и знание анатомо-физиологических особенностей полости рта, клиники и техники протезирования зубов, а также влияние протезов и материалов на ткани полости рта и организм в целом [3].

Ведущими симптомами при множественной адентии являются: нарушение непрерывности зубного ряда, распад зубного ряда на самостоятельно действующие группы зубов и появление двух основных групп зубов – функционирующие и нефункционирующие, что приводит к функциональной перегрузке пародонта оставшихся зубов, деформации зубных рядов, изменению элементов височного нижнечелюстного сустава, заболеваниям пародонта, осложненные частичной потерей зубов. Следует так же иметь в виду, что с удалением последнего зуба исчезает чувство жевания на естественных зубах, центростремительные импульсы, возникающие в периодонте, нарушают рефлексы, регулирующие мышечное сокращение. Для нормального акта жевания после потери последнего зуба необходима соответствующая перестройка условно - рефлексных связей. Именно поэтому оставшийся одиночно стоящий зуб, особенно у пациентов, никогда не пользовавшихся съемными протезами, позволяет при применении его в качестве опоры для частичного пластиночного протеза осуществить эту перестройку. После пользования таким протезом переход на полный съемный протез происходит почти незаметно [6].

Гаврилов Е.И., 1973 связывает большую потребность населения в съемных протезах с преждевременной их заменой из-за непригодности к использованию. После утраты зубов зубная дуга изменяется. Клиническая картина при этом разнообразна и зависит от количества утраченных зубов, их расположения в зубном ряду, роли, которую они играли в жевании, вида прикуса, состояния пародонта и твердых тканей сохранившихся зубов, и наконец, от общего состояния организма больного. Общепринятое традиционное ортопедическое лечение при неблагоприятных условиях протезного ложа недостаточно решает задачи для фиксации съемных протезов. Даже при качественно изготовленных протезах, фиксация и стабилизация протеза ввиду сложных анатома – физиологических условий протезного ложа снижается. В практике ортопедической стоматологии применяются

разнообразные системы для фиксации: кламмеры, замковые крепления, балки, телескопические коронки. В зависимости от назначения, фиксирующие элементы имеют различные свойства и выполняют различные задачи. Неблагоприятные условия при множественной адентии, требуют разработки четких показаний к использованию различных способов фиксации при протезировании частичными съемными протезами. С развитием уровня науки, техники и технологии, изготовленные зубные съемные протезы уже не удовлетворяют пациентов, заставляют их чувствовать свою неполноценность, оказывают отрицательное моральное воздействие, что снижает уровень качества жизни [11].

Несмотря на различные способы фиксации, часто используют частичные съемные пластинчатые протезы с кламмерной системой фиксации из-за их простой технологии изготовления и дешевизны [3,4]. Вместе с тем у него есть и недостатки, например крупный базис, несовершенство кламмерной фиксации приводит к оседанию протеза при действии вертикальных жевательных сил, сдавливание десневого края, образование патологических карманов. Однако при множественной адентии, когда дуговой протез противопоказан, пластинчатый протез является единственной приемлемой конструкцией.

В век высокого уровня развития науки, техники и технологий изготовление зубных протезов, традиционные съемные протезы уже не удовлетворяют пациентов, большая часть которых (67,6%) находятся в трудоспособном возрасте (25-40лет) [7,8].

Неудачные исходы протезирования съемными зубными протезами отказ от пользования конструкциями составляет от 20 до 56,1%.

Основной причиной, приводящая к необходимости преждевременной замены съемных конструкций, является низкое качество ортопедического лечения неполное обследование больных, низкое качество лечебно – диагностического процесса, несоответствие типа протеза состоянию тканей протезного ложа, неудовлетворительное гигиеническое состояние зубных протезов полости рта [10,11].

Неблагоприятные условия при малом количестве сохранившихся зубов для фиксации протезов требует дополнительных исследований и разработок, при протезировании частичными съемными протезами.

Анализ литературы, посвященной вопросам протезирования, при множественной адентии показал, что в последние годы повышение функциональной эффективности съемных протезов стало возможным благодаря исследованиям в области внутрикостной имплантации.

Возможности имплантации при правильном ее проведении и при наличии соответствующих клинических условий позволяют также изготавливать конструкции зубных протезов при неблагоприятных условиях протезного ложа для дополнительной фиксации съемного протеза.

Показания и противопоказания к имплантации устанавливаются на основании общемедицинского анамнеза и обследования, оценки психоэмоционального состояния и стоматологического статуса пациента.

Всестороннее изучение, научное обоснование и достоверное клиническое исследование позволили Л.В. Велдяновой (2011) предложить дентальную имплантацию как неотъемлемую часть врачебного арсенала ортопедической стоматологии. Протезирование с опорой на дентальные имплантаты стало считаться неотъемлемой частью ортопедического лечения с отсутствием зубов. Однако если удаленный зуб своевременно не возмещается путем ортопедического лечения, то это ведет к повторным нарушениям в зубочелюстной системе, которые затрудняют выполнение дентальной имплантации и ухудшают ее прогноз. Самым тяжелым осложнением после удаления зубов является атрофия альвеолярного отростка челюстей, которая является главной проблемой, ограничивающей применение внутрикостной дентальной имплантации. Основными вариантами имплантационного лечения у больных с выраженной атрофией считаются следующие методы лечения:

1. Операционное вмешательство, направленное на увеличение объема альвеолярных отростков челюстей;
2. Применение специальных видов имплантатов, таких как субпериостальные, трансмандибулярные и др., а также специальные установки имплантатов;
3. Протезирование с опорой, на обычные имплантаты, установленные в ментальной области;
4. Применение коротких осеосимметричных имплантатов, в частности винтовых. Анализ литературных данных показывает, что определить достоверно и бесспорно наилучший из перечисленных вариантов невозможно.

Однако следует отметить, что для большинства населения использование достижений в области имплантологии по ряду причин остается затруднительными. Это соматические, социальные, клинические аспекты этой проблемы. Особое место по уровню изученности занимают вопросы создания с помощью имплантатов дополнительных опор для фиксации частичных съемных протезов.

Рассматривая протез как лечебное средство следует иметь в виду не только его терапевтическое свойства, но и побочные действия. Важно знать, какими реакциями ответят ткани протезного ложа и пародонт опорных зубов на жевательную нагрузку, передаваемую через систему фиксации [4].

Для получения объективной информации о состоянии зубочелюстной системы предложены методы биомеханического анализа с применением математического моделирования. Большой опыт исследования математического моделирования при лечении стоматологических заболеваний принадлежит Российским исследователям.

Основой биомеханического анализа является создание необходимой биомеханической модели, расчетной схемы (по терминологии принятой в

сопротивлении материалов и строительной механике) – компьютерного формата.

Наличие в зубном ряду дефекта приводит к изменению распределения нагрузки на опорные ткани, вследствие ослабления пародонта. При выборе ортопедической конструкции, оптимально распределяющей нагрузки между имеющимися опорными элементами, большое значение имеет предварительное теоретическое обоснование выбора. Это позволит прогнозировать успешное функционирование всей системы и избежать осложнения. Изучение влияния ортопедических конструкций на опоры с применением математического моделирования позволяет определить величину предельно допустимых физиологических нагрузок на пародонт зубов.

Анализ зависимости, клинической эффективности имплантатов от биомеханических условий их функционирования отражен в немногочисленных публикациях, касающихся отдельных факторов влияния функциональной нагрузки на состояние костной ткани (количества, длина имплантатов, первичная стабильность имплантатов). Отсутствуют определенные сведения о влиянии на клинические результаты, локализации имплантатов в разных отделах челюсти, объем костной ткани в месте имплантации, конструкции протезов на имплантатах и их окклюзионных взаимоотношений, особенностей функциональной нагрузки.

Главным преимуществом дентальной имплантации является создание условий для несъемного протезирования, в том числе при полном отсутствии зубов и обширных дефектах зубных рядов, а также могут использоваться для повышения фиксации съемных протезов [4].

Биомеханические аспекты планирования имплантации и функционирования внутрикостных имплантатов изучены недостаточно, что отчасти объясняется невозможностью измерить *in vivo* напряжение в костной ткани при нагрузке как зубов, так и имплантатов. Гнадиодинамометрические, тензометрические, частотно-резонансные измерения (RFA) дают относительное и локальное представление о напряженно-деформированном состоянии (НДС) в костной ткани при нагрузке имплантатов.

Наиболее информативным и перспективным экспериментальным методом изучения биомеханики нижней челюсти является трехмерное математическое моделирование напряженно-деформированного состояния при разных клинических условиях.

Проведенные в этом направлении работы базируются на математических моделях и расчетах разного уровня сложности и соответствия клиническим условиям (большинство моделей, ограничены сегментом нижней челюсти), дают разноречивые результаты по величине и характеру напряжений в костной ткани; редко в условиях идентичной модели проводится сравнение биомеханических показателей при нагрузке интактного зубного ряда и при наличии имплантатов. Следовательно, совершенствование

методов протезирования пациентов с множественной адентией в этом числе биомеханические и клинические обоснование применения дентальных имплантатов для фиксации съемных протезов при множественной адентии с неблагоприятными условиями протезного ложа, является актуальной задачей ортопедической стоматологии.

Литература

1. Алимский А.В. «Возрастные изменения зубочелюстной системы» / Российский стоматологический журнал, 2004. - № 4. - С. 26-291.
2. Баландина А.С. Изменение тканей протезного ложа при ортопедическом лечении концевых дефектов зубных рядов нижней челюсти съемными конструкциями. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. - Новосибирск. - 2009. -18с.
3. Гаврилов Е.И., «Ортопедическая стоматология» М. Медицина, 1984. – 576с.
4. Гожая Л.Д. «Аллергические заболевания в ортопедической стоматологии» М. Медицина, 1988. –102 с.
5. Гинали Н.В. «Патогенетические механизмы нарушений амортизирующей функции периодонта в биомеханических системах зуб – челюсть и их практическое значение». Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 2000. - 49с.
6. Жулев Е.Н., «Частичные съемные протезы (Теория, клиника и лабораторная техника)» «Н. Новгород, 2000. – 428с. Частичные съемные протезы МИА 2011. - С. 30 -33.
7. Косоруков Н.В. «Оценка качества, конструктивных особенностей гигиенического состояния и пути оптимизации съемных зубных протезов». Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. - Омск, 2007. – 31с.
8. Король М.Д. «Обоснование частичного съемного протеза в зависимости от условий фиксации». Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. - Полтава, 1991-31с.
9. Кицул И.С., Бахарева А.Е. Характеристика спроса на стоматологические услуги (по данным социологических исследований) / Проблемы городского здравоохранения // Сб. научных трудов. - Спб., 2001. - Вып.6. - С.80-82.

10. Малый А.Ю. Клинико-Эпидемиологический анализ результатов лечения несъемными конструкциями, пациентов с частичным отсутствием зубов // Стоматология, 1989 - № 5. – С. 56-59.
11. Семенов В.М., Вагнер В.Д. «Стоматология ортопедическая в вопросах и ответах».- Медицинская книга, 2000. – 180с.
12. Сирак С.В. «Стоматологическая заболеваемость взрослого населения основных климато – географических зон Ставропольского края (клинико – эпидемиологическое исследование)». Диссертация кандидата медицинских наук. - 2003. - 144 с.
13. Трезубов В.Н. «Ортопедическая стоматология. Технология лечебных и профилактических аппаратов», 2003. – 270с.

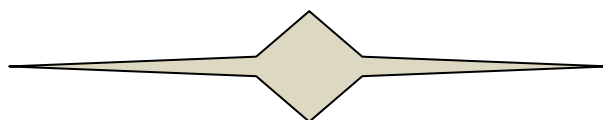
ADVERSE CONDITIONS IN MULTIPLE ADENTIA IN ORTHOPEDIC STOMATOLOGY CLINIC

Erkinbekov I.B.

Kyrgyz state medical academy
named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek c., the Kyrgyz Republic.

In a review article presents the prevalence of multiple edentulous patients of older age groups is one of the integral parameters characterizing the state of prosthetic dental care.

Key words: multiple edentulous, plate prostheses, fixation.



ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

УДК 616.31:616.724-008-07-08

ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО КОМПЛЕКСА*Бакиев Б.А., Шукпаров А.Б., Бакиев А.Б., Умаров А.М., Базарбаев Н.Р., Жартыбаев Р.Н.***Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии КГМА им.И.К. Ахунбаева, стоматологическая служба МВД КР Медицинский Центр "Нурали", г. Бишкек, Кыргызская Республика. Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан.**

Представлены результаты диагностики и комплексного лечения 34 больных с синдромом болевой дисфункции ВНЧК. В большинстве случаев определяющее значение в лечении имеет реабилитация дефектов зубных рядов с восстановлением окклюзионных взаимоотношений.

Ключевые слова: диагностика, реабилитация, дисфункция, височно-нижнечелюстной комплекс.

ЧЫКЫЙ - АСТЫҢКЫ ЖААК - МУН КОМПЛЕКСИНИН ДИСФУНКЦИЯ ООРУСУНА ЧАЛДЫККАН ООРУЛАРЫНЫН ДАРТЫН ТАБУУ ЖАНА ЖАНДАНДЫРУУ**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, хирургиялык стоматология кафедрa жана жаак бет хирургия бөлүмү, КР ИИМ стоматологиялык кызматы "Нурали" медициналык борбору, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы. С. Д. Асфендияров атындагы Казак улуттук медициналык университети, Алматы ш., Казахстан Республикасы.**

Чыкый – астыңкы жаак-муун комплексин дисфункция оорусуна чалдыккан 34 оорулунун дарт аныктоо жана комплекстик дарылоосунун жыйынтыктары көрсөтүлгөн. Көп учурда, тиш катарынын бүтүндүгүнүн бузулуусун дарылоодо окклюзиялык калыбына келтирүү жандандырууну аныктоочу мааниге ээ.

Негизги сөздөр: диагностика, реабилитация, дисфункция, чыкый-астыңкы, жаак-муун комплекси.

Актуальность. Заболевания височно-нижнечелюстного комплекса (ВНЧК) на сегодняшний день представляют собой один из сложных разделов стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики и лечения, указанная патология не имеет тенденции к уменьшению [6,8,13]. Ряд

авторов указывают, что от 27% до 76% больных обратившиеся к стоматологам, имели жалобы на разнообразные нарушения со стороны ВНЧК, среди них почти у 90% определялись различные функциональные нарушения сустава [2,9,10,12]. Имеющиеся клинические симптомы отличаются многообразием, вследствие чего, нередко, больные обращаются к специалистам другого профиля: невропатологам, ЛОР, окулистам, психоневрологам.

На сегодня, определены три теории возникновения патологии ВНЧК: психофизиологическая, окклюзионная и комбинированная [3,5]. Странники первой рассматривают патологию ВНЧК как психофизиологическое заболевание, когда нарушение функции ВНЧК обусловлено изменениями сложного нервно-мышечного механизма, контролирующего и регулирующего все движения в суставе. Авторы окклюзионной теории утверждают, что спазм жевательных мышц, который может привести к патологии ВНЧК, возникает в результате окклюзионных нарушений, а при комбинированной теории происходит сочетание центральных и местных факторов, вызывающих нарушения функций ВНЧК.

В научно-практической стоматологии, пожалуй, нет другого раздела, в котором было бы столько дискуссионных и нерешенных вопросов в лечении синдрома болевой дисфункции ВНЧК, арсенал медикаментозных средств постоянно пополняется, при этом одни отвергаются и предлагаются другие [7]. В связи с этим является актуальной задача разработки методов ранней диагностики и квалифицированного лечения в зависимости от этиопатогенетических факторов.

Цель работы изучение диагностики и совершенствование комплексного лечения заболеваний ВНЧК.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением за период с ноября 2012 по февраль 2014г.г. находились на амбулаторном лечении 34 больных в возрасте от 17 до 76 лет (24 женщин и 10 мужчин) с различными заболеваниями ВНЧК. Всем больным проводили комплексное обследование с применением клинических методов: сбор жалоб и анамнеза, оценка потери зубов и её сроки, наличие зубных протезов и их количество, сроки протезирования, осмотр, пальпация, изучение окклюзии в полости рта и на моделях челюстей, установленных в артикулятор. Пальпацию сустава, а также мышц (сухожилий) задней и передней групп осуществляли внутри- и внеротовым методом. Выполняли дифференциальную диагностику с заболеваниями, имеющими сходные симптомы (неврит и невралгия тройничного нерва, отит, затрудненное прорезывание зуба мудрости, остеохондроз шейного отдела позвоночника).

Результаты и их обсуждение. У подавляющего большинства больных - 31, причиной возникновения патологии ВНЧК были различные нарушения в зубочелюстном аппарате, возникшие вследствие

нарушения прикуса после удаления зубов и длительное времени непротезирования, неадекватного протезирования и пломбирования, продолжительных внутриротовых операций, а также врожденные аномалии развития челюстей. Выявлено, что наибольший удельный вес приходится на сроки потери зубов от 1 года до 4-5 лет и от 6 до 10 лет. Удлинение сроков дентоальвеолярной реабилитации приводило в последующем к нарушению окклюзионных взаимоотношений.

Нарушения прикуса приводили к дискоординации, асинхронности сокращений мышц (жевательных) в основном задней группы, в результате чего развивался типичный симптомокомплекс, характерный для этого заболевания. Боли в околоушной области встречались у 69,8% больных и часто иррадировали на область лица, в ухо, висок, заушную область, боковой отдел шеи, нередко сопровождаясь хрустом и шелканьем. Данные анамнеза установили, что 63% больных обратились впервые в стоматологическую клинику с заболеваниями ВНЧС. В 15% случаев заболевания было запущенным, а у 85% больных лечение ранее не проводилось.

Артикуляция нижней челюсти была нарушена и проявлялась болезненной контрактурой 1-2 степени, тугоподвижностью, вторичной вынужденной неправильной окклюзией, односторонним типом жевания.

Наряду с нарушениями окклюзии и прикуса, нами выявлены сопутствующие патологические состояния зубочелюстной системы, среди них наибольший удельный вес составили дефекты зубных рядов (84,5%), затем дефекты твердых тканей зубов (35,7%), аномалии прикуса (16,4%), нерациональные конструкции зубных протезов (18,6%), а также их сочетания. Остается высокой частота нуждемости больных в ортопедическом лечении - 76,3% случаев, в основном лиц среднего и пожилого возраста. У 3 больных диагностирована хроническая рецидивирующая невралгия II - III ветвей тройничного нерва с продолжительностью заболевания более 15-20 лет, основное лечение они получали у невропатолога. Невозможность выполнения из-за интенсивных жгучих болей гигиенических и санационных терапевтических процедур у врача стоматолога приводила в последующем к полному разрушению зубов и их удалению. К сожалению, часть интактных зубов были удалены стоматологами в связи с локализацией болевого синдрома в вышеуказанных зубах, что является врачебной ошибкой. Наибольший удельный вес приходился на III класс дефектов зубных рядов по Кеннеди (78,4%), связанный с наличием включенных дефектов, которые приводят к выраженным нарушениям окклюзионных взаимоотношений зубов. Важное значение в диагностике заболеваний ВНЧС имели определение сроков потери зубов и реабилитации зубочелюстного аппарата путем протезирования, которые составили в среднем от 10 до 15 лет. При опросе выявлено, что клинические проявления и особенно болевой синдром возникали значительно позже стоматологического вмешательства, как следствие истощения адаптационно-компенсаторных механизмов элементов ВНЧС.

В зависимости от клинической картины

заболевания использовали дополнительные методы исследований, в том числе для визуализации ВНЧС используются различные методы лучевой диагностики - рентгенография по методикам предложенным Шюллером, Пордесом, Парма, ортопантомография и панорамная зонография, томография. Для оценки рентгенологической картины проводили ортопантомографию на ортопантомографе "Sidexis" по методике Н.А. Рабухиной [1]. Нами установлено, что при частичной вторичной адентии с дистальным смещением нижней челюсти и уменьшением высоты нижней трети лица имеется достоверное уменьшение заднего отдела суставной щели. Наряду с этим определяется увеличение переднего отдела и незначительное уменьшение среднего отдела суставной щели. Следует отметить, что ортопантомография и другие традиционные методы лучевой диагностики ВНЧС обеспечивают лишь визуализацию костных структур и остаются малоинформативными при характеристике мягкотканых элементов сустава.

В настоящее время в различных отраслях медицины идет активное внедрение в практику метода магнитно-резонансной томографии (МРТ) и в настоящее время данный метод во всем мире считается методом выбора при исследовании ВНЧС. Главным преимуществом МР-томографии при исследовании ВНЧС перед другими методами лучевой диагностики является общепризнанная возможность неинвазивного изучения суставного диска и внутрисуставных связок в условиях естественной контрастности [4]. Исследованиями Дергилева А.П. (2002) выявлены 17 функциональных и структурных нарушений ВНЧС, в том числе смещение или деформация диска и деформация костных элементов, реже наблюдались аномалии и опухолевидные процессы в суставе [2]. Следовательно, для диагностики патологических состояний ВНЧС ценность магнитно-резонансной томографии является высокой. Однако, материальные затраты, отсутствие технологического обеспечения на районном и областном уровне ограничивают применение МР-томографии. К тому же подавляющее большинство врачей стоматологов и челюстно-лицевых хирургов не адаптированы к магнитно-резонансному изображению височно-нижнечелюстного сустава и ее оценке.

При выборе лечения мы основывались на алгоритм комплексной терапии СБД ВНЧС по Ибрагимовой Р.С. (2008):

1. Установление доверительного взаимоотношения в системе «врач - больной»;
2. Купирование болевого синдрома;
3. Снятие психо-эмоционального напряжения, а при наличии астено-депрессивных и депрессивно-ипохондрических расстройств, истерических состояний и их устранение;
4. Нормализация функциональных связей в жевательной мускулатуре и мышцах шеи;
5. Функциональная коррекция анатомических взаимоотношений элементов сустава;
6. Восстановление анатомической и функциональной адекватной окклюзии зубных рядов;

7. Оптимизация репаративных процессов в хрящевых и костных элементах сочленения при вторичном развитии в них нарушений.

Порядок использования различных лечебных мероприятий зависел от превалирования тех или иных симптомов у каждого индивидуума и начинался с первых дней после посещения врача-стоматолога.

С целью снятия воспалительных процессов в мягкотканых структурах и болевого синдрома нами предложена лекарственная композиция в соотношении 1:5,1:6 по отношению к димексиду (диметилсульфоксид) в следующем составе: димексид 99%, диклофенак, лидокаин 2%, фурацилин 0,02% в виде 2-3 разовых компрессов на пораженную сторону, после чего втирается гель вольтарен. После теплых антисептических орошений по 15-20 мин., болезненные триггерные зоны в полости рта апплицировали на 20 мин. облепиховым маслом. Перорально назначали нейромультивит, мажезик, диазолин, препараты валерианы и при выраженном болевом синдроме ксефокам. Для снятия болевого синдрома назначали ультрафонофорез (УФФ) с 5% анестезиновой мазью от 5 до 8 сеансов. После снятия болевой симптоматики в зависимости от патологического процесса назначали препараты с целью депонирования их в суставном комплексе. Для рассасывания воспалительных фиброзно-изменённых тканей и регуляции ионообменных процессов синовиальной жидкости применяли (УФФ) с 1% гидрокортизоновой мазью № 8-9. С целью улучшения функции микроциркуляторного русла в регионе назначали гепариновую мазь от 10 до 15 сеансов. Обязательным условием для рассасывающей терапии являлось последовательное чередование указанных препаратов. Полный курс лечения составлял от 23 до 32 процедур.

Ортопедические методы лечения, по показаниям, включали: избирательную шлифовку зубов в 1 случае, каппы для поднятия окклюзионной высоты 2 пациентам, у 18 больных на 1-этапе выполнялась дезокклюзия путем удаления мостовидных, консольных и съёмных конструкций на период от 2-3 недель до 1-1,5 месяца. Рациональное протезирование с полной реабилитацией окклюзионных взаимоотношений было выполнено 31 пациенту, в том числе: частично съёмные протезы - 12 пациентам, полные съёмные протезы - 3, мостовидные протезы 14 большим и одиночные коронки в 2 случаях.

Таким образом, комплексное обследование пациентов с патологией ВНЧК позволяет выявить основные закономерности проявления заболевания и назначить адекватное лечение.

Выводы:

- 1.Использованный нами патогенетически обоснованный метод комплексного лечения больных синдромом болевой дисфункции ВНЧК является эффективным и может быть рекомендован в клинической практике;
- 2.Окклюзионная терапия способствует нормализации жевательного давления на зубные ряды, устраняет травматическое действие жевания на мягкотканые структуры и элементы ВНЧК;

3.Исследования последних лет, доказывают высокую достоверность и информативность магнитно-резонансного томографического исследования при диагностике синдрома болевой дисфункции ВНЧК.

Литература

1. Атабаев С.А. Клинико-рентгенологический анализ патологий височно-нижнечелюстного сустава, обусловленных нарушениями в зубочелюстной системе // Проблемы стоматологии. - № 2 (36).- 2007. - С.29-30.
2. Атабаев С.А. Современные представления об этиологии и патогенезе заболеваний височно-нижнечелюстного сустава // Проблемы стоматологии, № 2 (40).- 2008. - С.44-46
3. Баданин В.В. Нарушение окклюзии - основной этиологический фактор в возникновения дисфункций височно-нижнечелюстного сустава // Стоматология. - 2000. -№1. -С.51 -54.
4. Ибрагимова Р.С., Чемерис А.В., Грушин Ю.В. и др. Информативность магнитно-резонансной томографии при диагностике синдрома болевой дисфункции височно-челюстных суставов // Проблемы стоматологии, №4 (26) 2004.- С. 51-53.
5. Ибрагимова Р.С. Алгоритм комплексного лечения синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Стоматология мэселер № 1 (39).- 2008. - С. 46-48.
6. Петросов Ю.А. и др. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Краснодар: Советская Кубань. - 1996. - 352с.
7. Пузин М.Н., Вязьмин А.Я. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. - М.: Медицина, 2002.- 157 с.
8. Сёмкин В.А. Патогенез, клиника, диагностика и лечение нарушений движения нижней челюсти: Автореф. дис.... д-ра мед. наук М., 1986. - 48с.
9. Садыков С.Б., Исаков Э.М. Клинический опыт изучения и лечения парафункций жевательных мышц // Здравоохранение Кыргызстана.- 2009.- №5.- С.56-59.
10. Хватова В.А. Функциональная окклюзия в норме и патологии. - М: Медицина, 1993. - 160 с.
11. Gelb H., Bernstein J. Clinical evaluation of two hundred patients with temporomandibular joint syndrome // J Prosthetic Dent-1983.-Vol. 49.- № 2. -P.234-235.
12. Travel J.G., Simons D.G. Myofascil Pain and dysfunction.: Миофасциальные боли.-М.: Медицина, 1989.- Т.1-225 с., Т.2-605с.
13. Штахнисс Ф. Диагностика и терапия окклюзионно-обусловленных нарушений функции височно-нижнечелюстного сустава. Возможности и границы (перевод с немецкого). - Мюнхен-Вена, 1984. - 164с.

DIAGNOSIS REHABILITATION OF PATIENTS WITH PAIN DYSFUNCTION SYNDROME TEMPOROMANDIBULAR COMPLEX

B.A. Bakiev, A.B. Shukparov, A.B. Bakiev, A.M. Umarov, N.R. Bazarbaev, R.N. Jartybaev

Department of Operative Dentistry and Maxillofacial Surgery KSMA named after I.K. Akhunbaev, dental service MI KR Medical Center «Nurali», Bishkek c., the Kyrgyz Republic. Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty c., Kazakhstan Republic.

Article presents results of diagnosis and comprehensive treatment of 34 patients with pain dysfunction syndrome TMC. In most cases of decisive importance in the treatment of a rehabilitation of dentition defects with the restoration of occlusal relationships.

Key words: diagnostics, rehabilitation, dysfunction, temporomandibular complex.

УДК 616.31-089.5:616-031:615.216.2

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕСТНО-АНЕСТЕЗИРУЮЩИХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

*Базарбаев Н.Р., Бакиев Б.А.,
Базарбаев К.Р., Шукпаров А.Б., Умаров А.М.,
Жартыбаев Р.Н., Бакиев А.Б.*

**Национальный хирургический центр МЗ КР
Кыргызская государственная медицинская
академия им. И.К. Ахунбаева,
Медицинский Центр "Нурали",
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

Представлена характеристика местно-анестезирующих средств, применяемых при различных стоматологических вмешательствах.

Ключевые слова: местно-анестезирующие средства, стоматология.

**СТОМАТОЛОГИЯЛЫК
КИЙЛИГИШУУЛӨРДҮ КОЛДОНУУДА
ЖЕРДИК - АНЕСТЕЗИЯЛЫК
КАРАЖАТТАРДЫН МҮНӨЗДӨМӨСҮ
(АДАБИЯТ МААЛЫМАТТАРЫ)**

**КР ССМ Улуттук хирургиялык борбору
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз
мамлекеттик медициналык академиясы,
"Нурали" медициналык борбору,
г. Бишкек, Кыргыз Республикасы.**

Ар түрдүү стоматологиялык кийлигишуулердө колдонулган жердик-анестезиялык каражаттардын мүнөздөмөсү көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: жердик-анестезиялык каражаттар, стоматология.

Две идеи с древнейших времен владеют умами человечества: устранение боли и возможность возврата к жизни внезапно умершего. Идея устранения боли привела к возникновению анестезиологии - самостоятельного раздела медицины, изучающего методы защиты организма от особого типа чрезвычайных воздействий - операционной травмы. Операционное вмешательство направлено на излечение больного, вместе с тем оно вызывает ряд нежелательных побочных эффектов, которые могут создать угрозу жизни больного. Говоря словами Рене Лериша, "медицина спасает больного путями, которыми может его убить".

Проблема обезболивания с давних времен волновала человечество. Чувство боли - неотделимое переживание при болезни и операциях, которое всегда актуально и многим врачам казалось, что оно никогда не будет преодолено. Знаменитый французский хирург А.

Вельпо по этому поводу заявил в 1843 году "Сделать операцию безболезненной - это мечта, которая никогда не осуществится". Однако для осуществления этой мечты потребовалось не так уж много времени. Возможно потому, что зубная боль является наиболее мучительной и тяжело переносится больными, именно, стоматологи настойчивее других вели поиски средств для борьбы с болью. И уже в декабре 1844 года молодой американский дантист Хорас Уэллс впервые использовал закись азота при удалении зубов. В 1879 году русский физиолог В.К. Анреп обнаружил анестезиологические свойства у пиперидинового производного - кокаина при аппликации и подкожной инъекции. После публикации его работы "О физиологическом действии кокаина" начался отсчет местной анестезии как науки.

Местно-анестезирующими средствами называются вещества природного или синтетического происхождения, которые при прямом контакте с окончаниями чувствительных нервов и нервными проводниками вызывают в них прекращение образования нервных импульсов и их проведение. Преимуществом местных анестетиков является то, что они обладают обратимым эффектом, то есть, после воздействия местных анестетиков на нервное волокно наблюдается полное восстановление временно утраченной нервной проводимости с полным отсутствием каких либо структурных повреждений нервных клеток.

В зависимости от продолжительности действия все местные анестетики делятся на следующие группы:

- вещества длительного и сверх длительного действия (более 90 минут) (этидокаин, бупивакаин);
- препараты со средней продолжительностью действия (60-90 минут) (лидокаин, тримекаин, мепивакаин, пиромекаин);
- короткодействующие (30-60 минут) и малотоксичные соединения (новокаин, анестезин, хлорпрокаин).

По химическому строению они делятся на 2 группы: сложные эфиры ароматических кислот (новокаин, дикаин, анестезин, хлорпрокаин) и замещенные амиды кислот (лидокаин, тримекаин, прилокаин, мепивакаин, бупивакаин, этидокаин, пиромекаин и др.).

Очень часто в медицинской литературе можно встретить понятие "идеальный" местный анестетик [51, 52, 53]. Многие авторы сходятся во мнении, что "идеальный" местный анестетик должен отвечать следующим требованиям:

- обладать высокой местно-анестезирующей активностью;
- обладать наименьшей токсичностью;
- начинать действовать как можно быстрее и в течении времени, необходимого для оперативного вмешательства;
- быть минимально зависимым или независимым от вазоконстриктора;
- быть удобным для работы.

Рассмотрим основные характеристики наиболее используемых местно-анестезирующих средств.

Местные анестетики типа эфиров подвергаются быстрому гидролитическому разрушению в тканях и через определенный промежуток времени теряют свою эффективность. Первым в мире анестезирующим средством, использованным в медицине, был **кокаин**, открытый А. Нимманом в 1859 году.

Он относится к группе анестетиков эфирного типа и обладает высокой местно-анестезирующей активностью. Это единственный на сегодняшний день местный анестетик, обладающий сосудосуживающим действием. За короткое время кокаин получил широкое распространение. Однако его центральный токсический эффект и способность вызывать лекарственную зависимость (наркоманию) явились причиной почти полного отказа от использования этого препарата в клинической практике [54].

В настоящее время кокаин лишь изредка применяется при поверхностной анестезии слизистых оболочек в отоларингологии в виде 2-5% и в офтальмологии в виде 1-3% растворов.

Недостатки кокаина заставили ученых продолжить поиск новых менее токсичных анестетиков.

Малоизвестен тот факт, что первым синтетическим анестетиком был анестетик амидного типа - **нирванин** [55]. Однако, он вызывал сильную боль во время введения. Поэтому, синтезированный на основе формулы кокаина А. Эйнгорном в 1905 году **новокаин** (диэтиламиноэфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид), сразу его вытеснивший, в какой-то мере задержал развитие стоматологического обезболивания на сорок лет до разработки лидокаина. Несмотря на это, именно с внедрением в медицину этого препарата местная анестезия повсеместно получила широкое распространение, что сыграло важную роль в развитии стоматологии как раздела науки.

На сегодняшний день новокаин (прокаин) - является одним из наименее токсичных и быстродействующих препаратов. Он не оказывает раздражающего действия на ткани. Помимо местно-анестезирующего эффекта новокаин оказывает антихолинергическое, антиаритмическое, спазмолитическое, анальгезирующее, противошоковое и противоудное действие, блокирует вегетативные ганглии [55].

Новокаин применяют, главным образом, для инфильтрационной и проводниковой анестезии. Препарат малопригоден для поверхностной анестезии из-за медленного проникновения через слизистые оболочки и кожные покровы.

Для инфильтрационной анестезии используются: 0,25-0,5% растворы, для проводниковой - 1-2% растворы, для спинномозговой 5% раствор в количестве 2-3 мл или 1% раствор от 5,0 до 10,0 мл [56]. Изредка его применяют в офтальмологии и оториноларингологии для обезбоживания слизистых оболочек в виде 3-10-20% растворов.

В крови и других биологических средах новокаин гидролизует псевдохолинэстеразой с образованием парааминобензойной кислоты и диэтиламиноэтанола.

По химической структуре парааминобензойная кислота сходна с частью молекул сульфаниламидов. В результате чего, вступая с ними в конкурентные отношения, парааминобензойная кислота ослабляет их антибактериальное действие [56]. Диэтиламиноэтанол обладает умеренным сосудорасширяющим свойством, поэтому для удлинения эффекта новокаина его рекомендуют применять вместе с адреномиметиками, что является относительным противопоказанием при применении его у детей до трех лет (57, 58). Общеизвестны такие недостатки новокаина, как его недостаточная глубина, кратковременность действия, высокая аллергенность, способность вызывать гипотензию и в больших дозах - судороги [59, 60, 61, 62, 63]. Новокаин широко применяется в качестве эталонного препарата в фармакологических исследованиях [64, 65, 66, 67, 68].

Хлорпрокаин (незакаин) - является галогенированным дериватом новокаина и почти полностью повторяет свойства последнего. Однако, его анестезирующая активность в два раза превосходит активность новокаина, а токсичность значительно ниже чем у новокаина из-за ускоренного разрушения в организме [56]. Тем не менее в литературе были отмечены случаи нейротоксичности препарата при проведении спинномозговой анестезии, что некоторые исследователи связывают с наличием бисульфата, как антиоксиданта в растворе для инъекций. Иногда при его применении наблюдается необратимая атрофия нервных стволов [68, 69, 70].

Хлорпрокаин изредка применяется для инфильтрационной анестезии, в основном при непереносимости новокаина [70]. Препарат выпускается в виде 1-2-3% растворов для инъекций.

Внося изменения в структуру различных частей молекулы новокаина, в научно-исследовательском химико-фармацевтическом институте получают препарат **дикаин** (тетракаин, понтокаин), являющийся сложным эфиром парабутил-аминобензойной кислоты, который в течение короткого времени находит широкое применение в медицине.

По своей активности дикаин значительно превосходит большинство известных местных анестетиков, однако обладает незначительной продолжительностью действия и высокой токсичностью. Его анестезирующий эффект выше чем у новокаина в 15 раз, а токсичность - в 10 раз. В связи с этим дикаин применяется только для местного аппликационного обезбоживания и не пригоден для инфильтрационной и проводниковой анестезии. Дикаин не суживает сосуды. Добавление к растворам адреномиметиков уменьшает опасность интоксикации и увеличивает продолжительность действия [52, 71, 72].

В стоматологической практике обычно используются слабые концентрации препарата (0,25-0,5-1,0% растворы). В отдельных случаях, в частности при анестезии небольших участков тканей, применяют 2-3% растворы дикаина. В работе [51] указывается на возможность применения дикаина при внутрипульпарной анестезии.

В связи с тем, что дикаин хорошо всасывается в слизистых оболочках, незначительное превышение дозы может стать причиной тяжелых токсических эффектов, а в некоторых случаях и смертельного исхода. Так, по данным [73], в 1976 году в оториноларингологических стационарах отмечено 5 случаев смерти от поверхностной анестезии 3% раствором дикаина. Эти авторы за последние 5 лет наблюдали 3 летальных исхода так же при поверхностной анестезии 3% раствором дикаина. Причиной смерти при поверхностной анестезии слизистых оболочек дикаином явились: рефлекторный шок, индивидуальная непереносимость препарата, аллергические реакции [74]. Дикаин обладает выраженным местно-раздражающим действием. Так, по данным Г.Н. Герасименко [75] установлено, что дикаин вызывает изменения в эпителии роговицы: преципитацию белков и образование вакуолей при применении 0,1% раствора и распад эпителия роговой оболочки при применении 2% раствора. В литературе отмечены такие побочные реакции дикаина, как усиление кровотечения, развитие дерматитов, а при использовании высоких концентраций (5-8% растворы) некроз слизистой оболочки полости рта [76, 77, 78].

Таким образом, применение дикаина в клинике ограничивается из-за его высокой токсичности при незначительной продолжительности действия, что не соответствует требованиям клиники.

Анестезин - этиловый эфир парааминобензойной кислоты, вызывает выраженную поверхностную анестезию. По основным параметрам сопоставим с новокаином [52,70]. Применяется исключительно для поверхностной анестезии. В стоматологической практике используют масляные 5-20% растворы для аппликационной анестезии при заболеваниях слизистой оболочки полости рта. Препарат оказывает длительный обезболивающий эффект, так как трудно растворим в воде. Малая токсичность препарата позволяет использовать его при обширных эрозивно-язвенных поражениях [80,81]. Несмотря на то, что в клинике не зарегистрировано на сегодняшний день аллергических реакций, на данный анестетик, в эксперименте доказано сенсibilизирующее действие препарата [53].

Соединения группы амидов не претерпевают гидролитического разрушения в тканях или разрушаются незначительно, медленнее метаболизируются в организме и поэтому действуют более продолжительно. Скорость наступления анестезии у современных амидных анестетиков значительно выше, чем у эфирных, и составляет 1,5-4 минуты [51]. В целом они менее токсичны, чем эфиры, что обусловлено более выраженной у них диффузией в ткани в месте инъекции, более обширным их распространением и более прочным взаимодействием с тканями, препятствующим поступлению местных анестетиков в ток крови.

К препаратам средней продолжительности действия относятся лидокаин, тримекаин, пиромекаин.

Лидокаин (ксилокаин, лигнакаин) синтезирован шведскими химиками (N. Lofgren и A. Lundgrist) в 1946 году и в настоящее время является наиболее широко используемым местным анестетиком. вызывающим все виды анестезии. В отличие от новокаина он по своей структуре является аминоэтиламидом, медленно метаболизируется в организме, оказывает более продолжительное действие и в равных дозах обезболивает более обширную область [56,82]. Препарат хорошо переносится, не оказывает местнораздражающего действия. Лидокаин является препаратом выбора для пациентов с повышенной чувствительностью к местным анестетикам, содержащим эфирную связь.

По активности лидокаин превосходит новокаин: при терминальной анестезии - в 5 раз, при инфильтрационной - в 4 раза, при проводниковой - в 3 раза, а по скорости наступления анестезии - в 1,9 раза [71]. Однако, при терминальной анестезии по своей активности он уступает дикаину и пиромекаину [83, 84]. Продолжительность действия лидокаина составляет от 2 до 6 часов, что при хронических болях требует дополнительного введения препарата [68, 84]. В 0,5% концентрации по токсичности он равен новокаину, но в более высоких дозах токсичней последнего в 1,5-2 раза [50, 52, 71, 85].

Активность и продолжительность действия лидокаина повышается в присутствии CO₂, в сочетании с адреномиметиками, после использования антигистаминных препаратов, искусственного удаления ионов натрия в процессе приготовления раствора [86, 87, 88]. Наряду с местно-анестезирующей активностью, лидокаин обладает выраженным антиаритмическим свойством. В терапевтических дозах лидокаин оказывает слабое вазоплегическое и гипотензивное действие, а так же незначительно уменьшает сократительную способность миокарда. Передозировка лидокаина вызывает смерть в результате фибрилляции желудочков или остановки сердца.

Из побочных эффектов лидокаина в литературе отмечены такие, как: сонливость, головокружение, парестезии, нарушение зрения, тошнота, тремор, судороги, нарушение ментального статуса, вплоть до припадков, в тяжелых случаях наступают сердечно-сосудистые расстройства и угнетение дыхания [56, 89]. Вопрос о развитии аллергических реакций на лидокаин по-прежнему остается дискутабельным [90].

Мепивакаин (карбокаин) - принадлежит к местным анестетикам амидного типа. По фармакологическим свойствам он близок к лидокаину [56, 68, 90, 91]. Анестезия развивается сильнее, чем у лидокаина и длится значительно дольше [70]. Мепивакаин оказывает менее выраженное нейротоксическое действие, чем дикаин и этидокаин и сопоставим по этому показателю с новокаином [69]. В целом же он токсичнее новокаина в 2,5 раза [71,92]. Используется препарат для всех видов инфильтрационной и проводниковой анестезии.

Тримекаин (мезокаин, мезодикаин) синтезирован в институте фармакологии и

химиотерапии АМН СССР С.В. Журавлевым, В.Д. Чураевым [71] и представляет собой 2, 4, 6-триметиланилид диэтиламиноуксусной кислоты гидрохлорид, который по химической структуре и фармакологическим свойствам близок к лидокаину. Вызывает быструю, глубокую и продолжительную инфильтрационную, проводниковую, в том числе перидуральную и спинномозговую анестезию [94]. Анестезирующая активность тримекаина в 3-4 раза выше новокаина [71, 95]. По продолжительности проводниковой анестезии он превосходит новокаин в 4 раза- лидокаин в 1,3 раза [92]. Эффективности тримекаина посвящено много работ [51, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101], все авторы отмечают его преимущество перед новокаином. Частота успеха при использовании препарата для лечения пульпитов по данным И.В. Мирошниченко составила 65,5% [103]. Препарат более эффективен в воспаленных тканях, в области келоидных рубцов и при наличии грануляционной ткани, что имеет важное практическое значение [80].

При добавлении тримекаина к различным волокнистым полимерам его продолжительность действия возрастает в 1,5-3 раза [104, 105, 106]. Однако, при хронических болях необходимы повторные инъекции в течении суток.

Тримекаин во всех лекарственных формах в 1,5 раза менее токсичен, чем лидокаин или сопоставим с ним по этому показателю [71, 107, 108].

В связи с наличием поверхностного анестезирующего свойства тримекаин может быть использован и для аппликационной анестезии в виде 2-5% растворов [80, 81, 109, 110]. Препарат входит в состав аэрозолей и обезболивающих жидкостей. Тримекаин назначают так же в качестве антиаритмического средства, в том числе у больных с острым инфарктом миокарда.

Недостатками тримекаина являются: низкая активность при терминальной анестезии, способность вызывать гемодинамические нарушения, относительно небольшая продолжительность действия при сравнительно высокой токсичности, которая в 2 раза превышает таковую новокаина [111]. [64] в специальном исследовании отметил более частое развитие местной реакции в виде тризма и болей в области инъекции после применения тримекаина по сравнению с лидокаином и новокаином.

Наблюдения П.М. Егорова [80] показали, что при повышенной чувствительности к тримекаину в отдельных случаях наблюдаются побледнение кожных покровов, общая слабость, головная боль, тошнота, рвота, коллапс, клонические судороги. Анафилактические реакции могут развиваться при сочетании введения тримекаина с высокоаллергенными антибиотиками (пенициллин, бициллин, стрептомицин). В тоже время сравнительная оценка кожно-аллергических проб на новокаин и тримекаин показала весьма низкое число положительных реакций на пробы с тримекаином, по сравнению с новокаином [53].

Пиромекаин является анестетиком амидной группы и по своему химическому строению имеет

сходство с тримекаином [79, 112, 113]. Препарат используется только для поверхностного обезболивания. Он быстро всасывается из места аппликации и не накапливается в организме. Время наступления анестезии в зависимости от концентрации пиромекаина составляет от 3 до 5 минут. В 1-2% растворах пиромекаин по активности не уступает дикаину, превосходит его по продолжительности действия и имеет в 5-6 раз меньшую токсичность [80, 113, 114, 115]. По параметрам местно-анестезирующего действия и токсичности пиромекаин сопоставим с лидокаином. В стоматологии пиромекаин используют главным образом для обезболивания слизистых оболочек полости рта в виде 1-2% растворов и 3-5% мази [80, 96, 53, 81, 116].

Из недостатков препарата в литературе отмечается способность пиромекаина оказывать раздражающее действие на ткани, поэтому в последнее время ограничено его применение в клинике [52, 74, 117].

Прилокаин (цитанест) также принадлежит к местным анестетикам амидного типа. По своим фармакологическим свойствам и химической структуре близок к лидокаину, однако по скорости развития и продолжительности эффекта во много раз превосходит последний [56]. Препарат в 1,5-2 раза токсичнее новокаина, но его анестезирующее действие в 2-4 раза сильнее его. Прилокаин в стоматологической практике применяется для поверхностной анестезии в виде 0,5-3% растворов, а для инфильтрационной и проводниковой анестезии - 0,5-1% растворов.

Препарат может вызвать сонливость у пациента. Необычный токсический эффект проявляется в развитии метгемоглобинемии, вызываемой метаболитами соединения, в то время как лидокаин обладает в большей степени церебральной и кардиоциркуляторной токсичностью [70, 71, 118, 119, 120].

Хостакаин является гидрохлоридом парабутиламиноуксусной кислоты. В связи с усиленной диффузной способностью препарата характерно быстрое наступление обезболивающего эффекта. С этим связано также более быстрое окончание действия, что является в ряде случаев нежелательным и при длительном оперативном вмешательстве требует повторное введение анестетика или применение сосудосуживающих препаратов.

Особое внимание клиницистов привлекают синтезированные в последнее время анестетики длительного и сверх длительного действия. Помимо высокого обезболивающего эффекта длительно действующие местные анестетики обладают таким достоинством, как способность подавлять послеоперационные боли [121, 122, 123].

Этидокаин (дуранест) является производным лидокаина длительного действия. Сроки наступления анестезии у данного препарата почти такие же, как у лидокаина, но анальгезирующее действие продолжительнее в 2-3 раза [56]. Так, субдуральная анестезия этидокаином в

эксперименте продолжалась в среднем 4,5 часа, при этом не отмечалось наличие каких-либо патологических изменений со стороны структур спинного мозга [124]. Препарат не используется для субарахноидальной анестезии, но отлично подходит для перидуральной, региональной и проводниковой анестезии [56]. Для достижения региональной анестезии средняя доза этидокаина составляет 50% дозы лидокаина. По выраженности повреждающего действия на периферические нервы этидокаин безопаснее дикаина, но токсичнее новокаина, лидокаина и мепивакаина. Он менее активен и более токсичен, чем бупивакаин.

Недостатками препарата являются медленное развитие анестезирующего эффекта, отсутствие терминальной анестезии, возможность гемодинамических нарушений в 4 раза меньших дозах, чем лидокаин [50, 125, 126]. В литературе описаны случаи тяжелого поражения центральной нервной системы и кардиоваскулярные реакции, вызванные этидокаином и приводящие к гемодинамическим нарушениям, коллапсу и смерти [127, 128].

Бупивакаин (маркаин) - был открыт А. Р. Ekenstam (США) в 1957 году и является одним из анестетиков, получивший широкое клиническое применение за рубежом (129). Этот препарат является одним из наиболее активных и длительно действующих пиперидиновых местных анестетиков амидного типа. Средняя продолжительность обезболивающего действия этого препарата гораздо больше, чем у дикаина, хотя токсичность у обоих соединений одинаковая [56]. При терминальной анестезии бупивакаин по продолжительности действия превосходит лидокаин более чем в 2 раза. При субарахноидальном введении он активнее лидокаина в 6 раз [130]. При эпидуральной анестезии у онкологических больных в послеоперационном периоде его анестезирующий эффект продолжался до 10 часов, в то время как у лидокаина и тримекаина 3 часа [101]. При проводниковой анестезии 0,5% раствор бупивакаина действует дольше 2% раствора лидокаина. Бупивакаин применяется для инфильтрационной, проводниковой, эпидуральной и субдуральной анестезий.

Из недостатков бупивакаина следует отметить его высокую токсичность, проявляющуюся судорогами при попадании препарата в сосудистое русло. По токсичности он превосходит этидокаин в 2 раза, лидокаин - в 4-5 раз [72, 131]. Как и другие сильные местные анестетики, препарат может вызвать ряд побочных изменений со стороны сердечнососудистой системы. В относительно малых дозах он замедляет проведение электрического импульса по сердечной мышце и тем самым вызывает ослабление сократимости [68,128]. Восстановление чувствительности происходит довольно медленно. Кроме того, для бупивакаина характерно медленное развитие обезболивающего эффекта, его дороговизна и недостаточная активность при терминальной анестезии [132]. При хроническом введении

препарата имеется риск поражения мышц и нервов в месте инъекции [129].

Фаликаин - один из первых анестетиков из группы β-аминокитонов -производных пиперидина, в десять раз эффективнее новокаина и кокаина. Применяется при инфильтрационной и проводниковой анестезии. Он отличается хорошей проникающей способностью в ткани, что позволяет использовать его не только при обезболивании слизистых оболочек, но и кожи. Кроме того, растворы фаликаина начиная с 0,5% концентрации, обладают бактерицидным действием в отношении стафилококков, стрептококков и кишечной палочки. Для стоматологической практики на основе фаликаина предложены мази, пасты, аэрозоли, предназначенные для обезбоживания пульпы зуба и слизистой оболочки полости рта.

Местный анестетик картикаин (**артикаин**) является производным тиофенового ряда. Этот препарат менее токсичен, чем лидокаин. Препарат рекомендован для проводниковой и инфильтрационной анестезии. Картикаин обладает сосудорасширяющим свойством и спазмолитическим действием, поэтому его также используют для внутривенной регионарной анестезии. Ряд авторов рекомендуют применять картикаин для эпидуральной анестезии в акушерско-гинекологической практике [56]. Данные о применении картикаина для терминальной анестезии в литературе отсутствуют [56].

Из местных анестетиков, полученных в последнее время, наиболее перспективными являются ропивакаин, азакаин, анилокаин.

Ропивакаин является препаратом амидной группы. По данным [125, 133] он в 3-4 раза более токсичен, чем лидокаин, но в 1,5 раза безопаснее бупивакаина и сопоставим с ним по продолжительности действия. Отмечается безопасность ропивакаина для беременных животных. По продолжительности действия он сопоставим с бупивакаином [125].

Для этого анестетика характерно медленное развитие анестезирующего эффекта. Он вызывает устойчивые нарушения гемодинамики и изменения на ЭКГ в меньшем диапазоне доз, чем бупивакаин. В то же время аритмогенные дозы ропивакаина в 3 раза меньше, чем у лидокаина [133]. Меньшая по сравнению с бупивакаином токсичность ропивакаина объясняется его способностью в терапевтических дозах в большей степени уменьшать капиллярный кровоток [134, 61].

Азакаин относится к амидным анестетикам. Препарат активен при всех видах анестезии, особенно при проводниковой и эпидуральной анестезии. Азакаин является препаратом сверхдлительного действия и этим самым определяется его большое значение для клиники. По продолжительности эффекта он сопоставим с бупивакаином, превосходит лидокаин и тримекаин в 1,7 и 3,2 раза соответственно. Экспериментальным путем установлено, что азакаин в 1,5-2 раза менее токсичнее, чем бупивакаин. Однако для азакаина, как и для ропивакаина, характерно медленное

развитие эффекта. В частности, анестезия наступает на 25 - 35 минуте после введения препарата [135].

Анилокаин - новый местный анестетик, вызывает глубокую, быстро наступающую и более длительную анестезию, чем тримекаин, лидокаин и новокаин. Однако, препарат характеризуется высокой токсичностью и медленным развитием анестезирующего эффекта. Он недостаточно активен при терминальной анестезии и в основном применяется в качестве средства для проводниковой анестезии [136].

Алмакаин является производным диагидрохинолина и в основном используется в офтальмологии при терминальной анестезии, в качестве заместителя дикаина. Однако, из-за высокой токсичности и раздражающих свойств препарат не нашел широкого применения в клинике [137].

Местный анестетик **дибукаин** относится к производным квинолина, выпускается в виде кремов и мазей только для наружного применения. По причине высокой токсичности в США диоукаин запрещен к парентеральному применению [56].

Прамоксин является местным анестетиком для наружного применения, не относится к эфирам бензойной кислоты. Это отличие химической структуры сводит к минимуму риск развития гиперчувствительности по перекрестному типу у пациентов, сенсibilизированных к другим местным анестетикам. Прамоксин вызывает умеренную поверхностную анестезию и хорошо переносится при применении [136].

Таким образом, несмотря на многочисленность местноанестезирующих средств нет такого препарата, который бы полностью отвечал всем требованиям клиники в полном объеме. Поэтому поиск новых - высокоэффективных, малотоксичных и длительно действующих местных анестетиков по-прежнему остается актуальной проблемой. Эти поиски ведутся среди различных классов химических соединений, из которых наибольший интерес представляют производные пиперидина. Вместе с тем снятие болевых ощущений не должно ограничиваться только химическими средствами, поскольку побочные действия химических средств, повышенная индивидуальная чувствительность больных к ним, аллергические и токсические эффекты создают проблему при решении стоматологических задач, даже, несмотря на то, что указанные явления могут встречаться довольно редко.

Литература

1. Анисимова Е.Н. Клиническое обоснование выбора средств для местного обезболивания при амбулаторных стоматологических вмешательствах: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. / ММСИ. - М., 1998. - 32 с.
2. Анисимова Е.Н., Зорян Е.В., Рабинович С.А. Мепивакаин в практике врача - стоматолога // Клиническая стоматология, 1999. - № 4. - С. 36-39.
3. Анисимова Е.Н., Зорян Е.В., Шугайлов И.А. Особенности действия карпулированных местных анестетиков и их сочетаний с вазоконстрикторами // Стоматология. - 1997. - Т. 76, №6. - С. 25-29.
4. Бажанов Н.Н. Боль и лечение зубов. - М.: Медицина, 1986. -134с.
5. Бизяев А.Ф. Рабинович С.А. Обезболивание в условиях стоматологической поликлиники. Москва, 2002. - 154 с.
6. Бизяев А.Ф. Обезболивание у больных с сопутствующей патологией при проведении операций в условиях

- стоматологической поликлиники: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. / ММСИ. - М., 1989. - 30 с.
7. Бизяев А.Ф., Пивоваров А.Н. Оценка местноанестезирующего действия димедрола при амбулаторных стоматологических операциях у больных с лекарственной аллергией // Стоматология. - 1988. - Т. 67, №2. - С. 41-43.
8. Богданов А.Б., Алехова Т.М., Хоровский О.Е. Общее обезболивание в амбулаторной стоматологической практике. - СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2001. - 48 с.
9. Бредбери М. Концепция гематоэнцефалического барьера/Пер. с англ. — М.: Медицина, 1983.-186с.
10. Бунятян А.А. и др. Интраоперационный компьютерный мониторинг / Всесоюзный съезд анестезиологов и реаниматологов, 4-й: Материалы, 1989. - С.13—15.
11. Вальдман А.В. Боль как эмоционально-стрессовая реакция и способы ее антиноцицептивной регуляции / Вестн. АМН СССР. —1980.- № 9.—С. 11—17.
12. Вогралик В.Г., Вогралик М.В. Пунктурная рефлексотерапия/Чжень-цзю. — Горький, 1988.-194с.
13. Фелогорский В.А. и др. Сравнительная оценка влияния вводимого наркотика кетамин, таламоналом и тиопенталом натрия на сердечно-сосудистую систему/Анестезиол. и реаниматол.- 1979, № 1. — С. 34—38.
14. Гологорский В.А. и др. Клинико-функциональные и рентгенологические параллели при респираторном дистресс-синдроме / Анестезиол. и реаниматол. - 1986, № 1. - С. 33-37.
15. Григорянц Л.А., Шафранский А.П. Применение местных анестетиков фирмы Septodont в амбулаторной стоматологической хирургической практике // Клиническая стоматология. - 1999. - №2. - С. 38-41.
16. Грицук С.Ф., Бруслова Л.Ф. Случай тяжелого осложнения при местной анестезии/Стоматология. -1972, № 1. - С. 79-80.
17. Грицук С.Ф. и др. Результаты клинического изучения препарата калипсол у стоматологических хирургических больных//Новые венгерские лекарственные препараты, применяемые в анестезиологической практике. — М., 1981. — С. 83—87.
18. Грицук С.Ф., Шакиров М.Н. Состояние системы дыхания и кровообращения у больных с переломами нижней челюсти/Стоматология. — 1989, № 3. — С. 35—37.
19. Грицук С.Ф., Эпштейн С.Л. Применение комбинированной электроанестезии в челюстно-лицевой хирургии/Анестезиол. и реаниматол. — 1989, № 3. — С. 59—61.
20. Дарбинян Т.М. и др. Исследование эффективности комбинированной премедикации феназепамом, таламоналом и седуксеном/Анестезиол. и реаниматол. — 1980, № 2. — С. 17—20.
21. Дарбинян Т.М. Критерии адекватности общей анестезии/Всесоюзный съезд анестезиологов и реаниматологов, 3-й: Тезисы докладов. — Рига, 1983. — С. 31—32.
22. Дуринян Р.А. и др. Разработка опросника для регистрации болевых ощущений и метода их количественной оценки./Анестезиол. и реаниматол. — 1983, № 5. — С. 3—5.
23. Егоров П.М. Местное обезболивание в стоматологии. — М.: Медицина, 1985.
24. Ермолаева Л.А. Психофизиологическая диагностика и коррекция клинических проявлений страха в стоматологии как основа нового подхода к профилактике осложнений в условиях медицинского страхования: Автореф. дис. ... докт. мед. наук / СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. - СПб., 1995. - 34 с.
25. Зильбер А.П. Клиническая физиология в анестезиологии и реаниматологии. — М.: Медицина, 1984.
26. Зильбер А.П. Дыхательная недостаточность/Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1989.
27. Зильбер А.П. Интенсивная терапия в хирургической клинике/Учеб. пособие. — Петрозаводск, 1981.
28. Зорян Е.В., Рабинович С.А., Анисимова Е.Н., Лукьянов М.В. Особенности оказания стоматологической помощи пациентам с факторами риска. - М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1997. - 28 с.
29. Ивасенко П.И., Вагнер В.Д., Скальский С.В., Митина Е.А., Вагнер Л.В. Неотложные состояния в амбулаторной стоматологической практике. - Н. Новгород: изд-во НГМА, 2000. - 96 с.
30. Игнатов Ю.Д. Эндogenous болеутоляющие системы мозга и их изменения под влиянием опиатов и опиоидов/Актуальные проблемы лекарственного обезболивания. — Л., 1989. — С. 7—34.
31. Кассиль Г.Н. Наука о боли. — М.: Наука, 1975.

32. Клеманский В.А., Рудаев Я.А. Трансфузионная терапия при хирургических заболеваниях. — М.: Медицина, 1984.
33. Конобец О.Ф. Общие сведения о местном обезболивании в стоматологии/Местное обезболивание в стоматологии. — М.: Медицина, 1985. — С. 6—26.
34. Конобец О.Ф. и др. Пиромекановые мази в стоматологии: Метод рекомендации МЗ СССР. — М., 1984.
35. Кононенко Ю.Г., Рожко Н.М., Рузин Г.П. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии. — М. «Книга плюс», 2002. — 320 с.
36. Крылов Ю.Ф., Зорян Е.В., Рабинович С.А., Анисимова Е.Н. Сравнительная характеристика вазоконстрикторов, используемых в растворах местных анестетиков // Клиническая стоматология. — 2000. - №1. - С. 30-33.
37. Кузин М.И., Ефимова Н.В., Осипова Н.А. Нейролептаналгезия в хирургии. — М.: Медицина, 1976.
38. Кучумова Е.Д. Коррекция психоэмоционального напряжения у больных в клинике терапевтической стоматологии с применением метода центральной электроаналгезии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / ИЛМИ им. акад. И.П. Павлова. — СПб., 1991. — 16 с.
39. Лабори Г. Метаболические и фармакологические основы нейрофизиологии. — М.: Медицина, 1974.
40. Латышева Т.В. и др. Острые токсико-аллергические реакции на медикаменты: Метод рекомендации. — М., 1988.
41. Лекарства и препараты фирмы Specialites Septodont. — М., 1995. — 176 с.
42. Лепехин В.К. и др. Клиническая фармакокинетика калипсола/Новые венгерские лекарственные препараты, применяемые в анестезиологической практике. — М., 1981. — С. 62—65.
43. Лиманский Ю.П. Физиология боли. - Киев.: Здоровье, 1986.
44. Лукомский Г.И., Алексеева М.Е. Волемические нарушения при хирургической патологии. — М.: Медицина, 1988.
45. Лыткин М.И. и др. Септический шок. — Л.: Медицина, 1980.
46. Лоуренс Д.Р., Бенитт П.Н. Клиническая фармакология: В 2 т. Т. 2: Пер. с англ. — М.: Медицина, 1991, 704 с.
47. Максимовская Л.Н., Рощина П.И. Лекарственные средства в стоматологии: Справочник. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2000. — 240 с.
48. Максимовский Ю.М., Зорян Е.В., Ларенцова Л. И., Александрова Г. М. Лекарственная аллергия в практике врача-стоматолога. - М.: ОАО «Стоматология», 1999. — 32 с.
49. Мальзак Р. Загадка боли. — М.: Медицина, 1981. Маневич А.З., Потапов А.А., Брагина И.Н. Патфизиологические основы интенсивной терапии тяжелой черепно-мозговой травмы/Вести. АМН СССР, 1986. — С. 60—64.
50. Матковский М.Д. Современные анальгетики и эндогенные механизмы боли и обезболивания/Вести. АМН СССР. — 1980, №9.—С. 52—57.
51. Мишук И.И., Трещинский А.И. Принципы коррекции реологических свойств крови/Анестезиол. и реаниматол. — 1981, №2.—С. 21—24.
52. Мороз Б.Т. и др. Нейрофизиологические механизмы зубной боли//Актуальные проблемы лекарственного обезболивания. — Л., 1989.—С. 148—155.
53. Назарова Е.Д., Назаров В.Ю., Иванов М.Д. Неотложная помощь в детской стоматологической поликлинике. - СПб.: Изд-во СПбГМУ, 1996. — 48 с.
54. Назарова М.А. Прогнозирование необходимости премедикации у пациентов с различным типом сосудистых реакций в условиях стоматологической поликлиники: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / ИЛМИ им. акад. И.П. Павлова. — Л., 1991. — 18 с.
55. Неговский В.А. Очерки по реаниматологии. — М.: Медицина, 1986.
56. Николаев А.И., Цепов Л.М. Современные методы обезболивания в стоматологии // Клиническая стоматология. — 2000. - №2. - С. 41-43.
57. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. - СПб.: Санкт-Петербургский институт стоматологии, 2001. — 390 с.
58. Осипова Н.А. Оценка эффекта наркотических, анальгетических и психотропных средств в клинической анестезиологии — Л.: Медицина, 1988. — С. 52—53.
59. Островский В.Ю. и др. Изменение центральной гемодинамики и некоторых показателей гомеостаза при операциях на лег-ких/Анестезиол. и реаниматол. — 1980, № 1. — С. 9—13.
60. Пашук А.Ю. Региональное обезболивние. — М.: Медицина, 1987.
61. Петрикас А.Ж. Обезболивние зубов. - Тверь, 1997. — 112 с.
62. Порхун Т.В. Коррекция психоэмоционального состояния при стоматологической санации в условиях медико-санитарной части: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. / ИЛМИ им. акад. И.П. Павлова. — Л., 1990. — 18 с.
63. Потребности в энергии и белке/Декл. Объед. Консультатив. совещ. экспертов. — ФАО, ВОЗ и ЮОН: Пер. с англ. — М.: Медицина, 1987.
64. Рабинович С.А., Московец О.Н., Федосеева Т.Д. Как выбрать местноанестезирующие препараты // Клиническая стоматология. — 1999. - № 1. - С. 58-62.
65. Рабинович С.А. Современные технологии местного обезболивания в стоматологии. - М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. — 144с.
66. Рабинович С.А., Лукьянов М.В., Московец О.Н., Зорян Е.В. Современные методы обезболивания на основе артикаинсодержащих препаратов: Практическое руководство. — М.: ВУНМЦ МЗ РФ., 2002. — 32 с.
67. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. Медицина, М, 2008 г.
68. Рябов Г.А., Семенов В.Н., Терентьева Л.М. Экстренная анестезиология. — М.: Медицина, 1983.
69. Рябов Г.А. Гипоксия критических состояний. - М.: Медицина, 1988.
70. Сачков В.И., Воробьев И.В., Недашковский Э.В. Выбор средств нейровегетативной стабилизации при электроанестезии у больных с артериальной гипертензией/Анестезиол. и реаниматол. — 1986, № 6. — С. 38—40.
71. Сачков В.И., Абрамов Ю.Б. Современное состояние проблемы комбинированной электроанестезии//Анестезиол. и реаниматол. — 1989, № 2. — С. 7-11.
72. Сафар П. Сердечно-легочная и церебральная реанимация: пер. с англ. — М.: Медицина, 1984.
73. Соловьев М.М., Игнатов Ю.Д., Конобец О.Ф., Хацкевич Г.А. Обезболивние при лечении и удалении зубов у детей. — Л.: Медицина, 1985. — 184 с.
74. Стенли Маламед Возможные осложнения при местном обезболивании//Клиническая стоматология. — 2000. - №1.- С. 23-26.
75. Столаренко П.Ю., Кравченко В.В. Местная и общая анестезия в геронтостоматологии. — Самара: СамГМУ, Самарский научный центр РАН, НИИ «Международный центр по проблемам пожилых», 2000. — 196 с.
76. Стош В.И. Обезболивние при стоматологических вмешательствах у больных аллергиями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. / ММСИ. — М., 1991. — 16 с.
77. Стош В.И., Зорян Е.В., Рабинович С.А., Шугайлов И.А., Лукьянов М.В. Диагностика, профилактика и лечение неотложных состояний в амбулаторной стоматологической практике. - М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1998. — 68 с.
78. Трезубов В.Н., Мишнев Л.М., Марусов И.В., Соловьева А.М. Справочник врача-стоматолога по лекарственным препаратам. — СПб.: ИКФ «Фолиант», 2000. — 352 с.
79. Усенко Л.В., Ермаков С.М. Анестезиологическое обеспечение больных пожилого и старческого возраста при выполнении ортопедотравматологических операций: Метод, рекомендации. — Днепрпетровск, 1987.
80. Хапанишвили М.М. Механизмы нормальной и патологической условно-рефлекторной деятельности. — Л.: Медицина, 1972.
81. Хацкевич Г.А. Комплексный подход в решении проблемы местного обезболивания и психофармакологической коррекции поведения ребенка при оказании стоматологической помощи: Автореф. дис. ... докт. мед. наук / ИЛМИ им. акад. И.П. Павлова. — СПб., 1990. — 36 с.
82. Хаютин В.М. Механизмы ноцицепции и антиноцицептивная система ромбовидного мозга/Вестник АМН СССР. — 1980, №9.—С. 26—33.
83. Цибуляк В.Н. Рефлексотерапия в клинической анестезиологии. — Ташкент.: Медицина, 1985.
84. Чернух А.М. Воспаление. — М.: Медицина, 1979.
85. Шайда Л.П., Лампусова В.Б., Бодякина Э.А., Стягайло С.В. Проведение местной анестезии у пациентов группы риска // Стоматология сегодня. — 2002. - № 6(9). - С. 10-11.
86. Шанин Ю.Н. и др. Послеоперационная интенсивная терапия. — М.: Медицина, 1978.
87. Шаргородский А.Г. и др. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. — М.: Медицина, 1988.
88. Щелкунов В.С. Перидуральная анестезия. — Л.: Медицина, 1976.

89. Шугайлов И.А., Крылов Ю.Ф. Препараты и инструменты для местной анестезии в стоматологии. — М., 1997.
90. Шугайлов И.А. и др. Обоснование и выбор метода обезболивания при стоматологических вмешательствах у беременных: Метод, рекомендации. МЗ РСФСР. — М., 1989. — С. 17—18.
91. Alman B., Carney R. Consequences of direct and indirect suggestions on success of posthypnotic behavior/Amer. J.Clin.Nutr. — Vol. — 1980. — 23. — p.112—112.
92. Babler K.H., Fekl W.L., Lang K. Grundbegriffe der Ernährungslehre. Berlin, Heidelberg. — Springer — Verlag, 1987.
93. Beumann W.R., Jung R.C., Koss M. et al. Incidence and mortality of adult respiratory distress syndrome A perspective analysis from a large metropolitan hospital/Critical. Care. Med. — 1986. — Vol. 61, № 1. — p. 300—303.
94. Braakman R., Schouten U.I., Minderhoud J.M. / International conference on recent advances in neurotraumatology. — Edinburgh, — 1982.—p. 35—35.
95. Bradley D.J., Martin N.D. Clinical evaluation of mepivacaine and lidocaine//Aust. Dent. — 1984. — Vol. 14. — p.377.
96. Baluga J. C., Casamayou R., Carozzi E., Lopez N., Anale R., Borges R., Alvarez E., Baez C., Cedres C., Guelfi C., Larrosa H., Sassi R., Polero Y. Allergy to local anaesthetics in dentistry. Myth or reality? // Allergol. Immunopathol. (Madrid). — 2002. — Vol.30, N 1. - P.14-9.
97. Bircher A.J., Messmer S.L., Surber C., Ruffli T. Delayed-type hypersensitivity to subcutaneous lidocaine with tolerance to articaine: confirmation by in vivo and in vitro tests // Contact Dermatitis. — 1996. — Vol.34, N 6. — P.387-9.
98. Bornkessel B. Убистезин и мепивастезин приводят к высокому уровню безопасности при местной анестезии // Институт стоматологии. — 2000. - №2. - С. 46-48.
99. Caillard B. Le reveil anesthesique obtenu en chirurgie ambulatoire maxillofaciale comparaison des resultats obtenus avec quatre techniques d'anesthésie differentes/Anesth. Analg. Reanim. — 1980. — Vol. 37, № 11. — p. 701—704.
100. Chernoff R. Enteral feeding/Amer.J. hosp. Pharm. — 1980. — Vol.37.—p. 65—74.
101. Cerra F.B., Schentag II. Mental status, the intensive care unit, and cimetidine/Ann. Surg. — 1982. — Vol. 196. — p. 565.
102. Cooper J.A.D., White D.A., Matthay R.A. Drug-induced pulmonary disease/Amer. Rev. resp. DIS. - 1986. - Vol. 133, № 2. - p. 321-340.
103. Covelli H.O., Nessau V.J., Tuttle W.K. Oxygen derived variables in acute respiratory failure/Critical. Care Med. - 1983. - Vol. 1, №8. -p.646.
104. Covino B.G. Physiology and pharmacology of local anesthetic agents/Anesth.Prog. — 1981. — Vol. 28, № 4. — p. 98—104.
105. Daublander M., Muller R., Lipp M.D. The incidence of complications associated with local anesthesia in dentistry // Anesth. Prog. — 1997. - Vol.44, N 4. —P.132-41.
106. Domino E.F., Domino S.E., Domino L.E., Zsigmond E.K. Effects of diazepam on the pharmacokinetics of ketamine in man./Anesthesiology. — 1982. — Vol. 57. № 3. — p.344—344.
107. Evers H., Haegestam G. Handbook of dental local anesthesia. — London" Schults Inform.? 1981.
108. Fehner R., Facenberg E., Castor G. Clinical investigations on the effect of morphine, pentazocine, pethidine, pintramide and tramadol on respiration/Anasth. und intensiv. mid. — 1985., 26. — Bd26. —p.126—132.
109. Gerok W. Hepatische Enzephalopathie — Therapie mit adaptierten Aminosäuren und Ketosaurengemischin/Therapiewoche. — 1984. — Bd.34. — s. 49—62.
110. Gerok W., Haussinger D. Ammoniumvergiftung und pH — Regulation durch die Leber/Med. Welt. (Stuttg.). — Bd.102. — s. 28—34.
111. Gortzak R.A., Oosting J., Abraham-Inpijn L. Blood pressure response to routine restorative dental treatment with and without local anesthesia. Continuous noninvasive blood pressure registration with a finger manometer // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. — 1992. — Vol.73, N 6. — P.677-81.
112. Green N.M. Anesthesia risk factors in patients with liver disease/Anesthesia and the patient with liver disease/Ed R. Burnell., J.R. Brown., Philadelphia, 1987.
113. Greenwalt t.I. Pathogenesis and management of hemolytic transfusion reactions/Seminars Hemat. — 1981. — Vol.18. — p. 84.
114. Haas D.A., Harper D.G., Saso M.A., Young E.R. Comparison of articaine and prilocaine anesthesia by infiltration in maxillary and mandibular arches // Anesth. Prog. — 1990. — Vol.37, N 5. — P.230-7.
115. Haas D.A., Harper D.G., Saso M.A., Young E.R. Lack of differential effect by Ultracaine (articaine) and Citanest (prilocaine) in infiltration anaesthesia // J. Can. Dent. Assoc. — 1991. — Vol.57, N 3. — P.217-23.
116. Hartig W. Moderne Infusionstherapie und parenterale Ernährung. — 5 Aufl. — Leipzig Ambrosius Barth., 1984., — 598 S.
117. Hilgard E., Hildard I. Hypnosis in the Relief of Pain. — Los Angeles Kaufman, 1975.
118. Karner J., Roth E., Karner-Hanusch J. et al. Organspezifische in vivo Dipeptid-Verwertung (Alanyl-Glutamin, Glyzyl-Glutamin) beim Katabolem Hund/Contr. Infusion Ther. clin. Nutr. — 1987. — Vol.17. — p.167—170.
119. Kaukinen L., Kaukinen S. Prognostic signs in abdominal surgery patients treated in the intensive care unit/Ann. Chir. Gynaec. Fenn. — 1982. — Vol.71. — p. 283—290.
120. Klimberger G., Deuthch E. New aspects of clinical nutrition. — Basel., 1983.
121. Knoll-Kohler E., Knoller M., Brandt K., Becker J. Cardiohemodynamic and serum catecholamine response to surgical removal of impacted mandibular third molars under local anesthesia: a randomized double-blind parallel group and crossover study // J. Oral Maxillofac. Surg. — 1991. — Vol.49, N 9. — P.957-62.
122. Langer S.Z., Duval N. Massingham R. Pharmacologic and Therapeutic significance of alpha adrenoceptor subtypes/J. Cardiovasc., 1985. — Vol.7. — Suppes. — p. 51—58.
123. Lipp M., Dick W., Daublander M., Fuder H., Stanton-Hicks M. Exogenous and endogenous plasma levels of epinephrine during dental treatment under local anesthesia // Reg. Anesth. — 1993. — Vol.18, N 1. — P.6-12.
124. Lohlein D. Anionenhaushalt in der postoperativen Phase/ Postaggressionsstoffwechsel 11. — Stuttgart New York, 1980.
125. Malamed S.F., Gagnon S., Leblanc D. Efficacy of articaine: a new amide local anesthetic // J. Am. Dent. Assoc. — 2000. — Vol.131, N 5. — P.635-42.
126. Malamed S.F., Gagnon S., Leblanc D. A comparison between articaine HCl and lidocaine HCl in pediatric dental patients // Pediatr. Dent. — 2000. — Vol.22, N 4. — P.307-11.
127. Malamed S.F., Gagnon S., Leblanc D. Articaine hydrochloride: a study of the safety of a new amide local anesthetic // J. Am. Dent. Assoc. — 2001. — Vol.132, N 2. — P.177-85.
128. Michand J., Ramabardan K., Ronselle I.C., Jacob I. Reactivite nociceptive, sensibilite a la naloxone, dependance aigve et recepteurs opioïdes chez des souris de differentes souches/J.Pharm. — 1981. — Vol.12, № 1. — p. 83—85
129. Moore D.C. The pH of local anesthetic Solutions/Anesth. Analg. — Vol.60. № 11. — 1981 — p. 833—834.
130. Moosy I., Reinmuth O.M. Cerebral vascular disease (12 th Research Conference). — New York. Raven Press, 1980.
131. Oertel R., Rahn R., Kirch W. Clinical pharmacokinetics of articaine // Clin. Pharmacokinet. — 1997. — Vol.33, N 6. — P.417-25.
132. Ogilvie C. Birch's emergencies in medical practice. — New York Churchill Livingstone, 1981.
133. Ollenschlager G. Systematik der Infusionslösungen / Handbuch der Infusionstherapie und klinischen Ernährung. — 1985. — Bd.II. — s. 114—118.

CHARACTERISTICS OF LOCAL ANESTHETICS USED IN DENTAL INTERVENTIONS (REVIEW OF THE LITRATURE)

**Bazarbaev N.R., Bakiev B.A.,
Bazarbaev K.R., Shukparov A.B., Umarov A.M.,
Jartybaev R.N., Bakiev A.B.**

**National Surgical Center MH KR,
Kyrgyz State Medical Academy
named after I.K. Akhunbaev,
Medical Center «Nurali»,
Bishkek c., the Kyrgyz Republic.**

**Article presents the characteristics of local anesthetics used in various dental interventions.
Key words: local anesthetics, stomatology.**

УДК 616.316-002-092:616-07

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ РАЗЛИЧНЫХ
ФОРМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И
ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Шяхметов Д.Б.

**Кафедра хирургической стоматологии
и челюстно - лицевой хирургии КГМА
им. И. К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

Представлен обзор литературы, в котором обобщаются основные представления об этиологии и патогенезе воспалительных и дистрофических заболеваний слюнных желез.

Ключевые слова: Слюнные железы, заболевания слюнных желез, этиология, патогенез.

**ШИЛЕКЕЙ БЕЗДЕРИНИН
АР ТҮРДҮҮ СЕЗГЕНҮҮ ЖАНА
ДИСТРОФИКАЛЫК ООРУЛАРЫНЫН
СЕБЕБИ ЖАНА ПАЙДА БОЛУШУ
(АДАБИЯТ МААЛЫМАТТАРЫ)**

**И.К. Ахунбаев атындагы КГМА хирургиялык
стоматология жана бет жаак
хирургия кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Бул илимий серепте шилекей бездеринин сезгенүү жана башка ооруларынын пайда болушунун негизги себептери талданган.

Негизги сөздөр: шилекей бездери, сезгенүү оорулары, себеби, пайда болушу.

В последние десятилетия во многих развитых странах мира большое внимание уделяется изучению заболеваний слюнных желез, так как установлена важная роль слюны и слюнных желез в гомеостазе не только полости рта, желудочно-кишечного тракта, но и всего организма [44, 35]. Удаление слюнных желез приводит к развитию различных заболеваний и к нарушению в работе желудочно-кишечного тракта [44]. При заболеваниях желудочно-кишечного тракта на фоне нарушений слюноотделения и экологического баланса дестабилизируется система регуляции кислотно-основного равновесия, что проявляется в увеличении влияния кислоты – и аммиак продуцирующей микрофлоры, а так же в топографическом перераспределении зон функционального ацидоза и алкалоза на поверхности языка [35].

Такие неоднозначные взаимоотношения слюнных желез с другими органами и системами не могут, не отразиться на этиологии и патогенезе различных форм воспалительных и дистрофических заболеваний слюнных желез. Чтобы уточнить нозологию и характер этих «различных форм»

необходимо, основываясь на клинико – морфологических проявлениях сиалоаденита, отметить, что И. Ф. Ромачева [32], выделила следующие формы хронического сиалоаденита: паренхиматозный, интерстициальный, протоковый (сиалодохит), лимфогенный, и сиалоаденит при синдроме Шегрена.

У.А. Саидкаримова [39] исследуя, сиалозы и хронические сиалоадениты, отметила нарушения мембранного обмена при этих заболеваниях: липидоз, холестериноз, калькулез; то есть калькулезный сиалоаденит так же является одной из форм хронического сиалоаденита.

Изучение наиболее важных аспектов этиологии и патогенеза различных форм заболеваний слюнных желез с целью последующего совершенствования их патогенетической терапии является одной из актуальных задач сиалологии.

В настоящее время, многие аспекты этиологии и патогенеза различных форм заболеваний слюнных желез продолжают оставаться не решенными, чем объясняется сохраняющийся интерес исследователей к этой проблеме [11, 28, 38, 24, 26].

Большое значение в развитии воспалительных и дистрофических заболеваний слюнных желез имеют различные сопутствующие заболевания [3, 4, 26, 27, 52]. Так В. В. Афанасьев [4] проведя сопоставительный анализ заболеваемости у больных с различными заболеваниями слюнных желез и в контрольной группе (пациентов с заболеваниями челюстно – лицевой области, но не имевших сиалоаденит) установил, что уязвимость организма, при котором возникает хронический сиалоаденит, подтверждается при определении индекса сопутствующей заболеваемости (число сопутствующих заболеваний на одного больного). Исходя из полученных данных В.В. Афанасьев [4] утверждает, что сопутствующие заболевания указывают на степень уязвимости организма, в котором общие заболевания и хронический сиалоаденит имеют один этиологический фактор – слабое звено в целостном организме, которое и определяет форму хронического сиалоаденита.

По поводу роли эпидемического паротита (свинки) в этиопатогенезе хронических сиалоаденитов имеются довольно противоречивые мнения. Одни исследователи утверждают, что эпидемический паротит это основная причина паренхиматозного паротита [40,51,57]. Другие утверждают, что хронический сиалоаденит развивается самостоятельно является первично – хроническим процессом [16,25,43,54,36]. Мнение первой группы исследователей подтверждают данные экспериментального исследования Д. Ш. Девдариани [14], который проведя патоморфологические исследования слюнных желез марышек, предварительно зараженных вирусом эпидемического паротита, обнаружил в них изменения похожие на сиалоэктозы при хроническом паротите.

В то же время [23,37] при клиническом обследовании детей, перенесших эпидемический паротит, изменений в их околоушных железах не обнаружили.

А.П. Казанцев [17] не исключает возможности развития хронического паротита после перенесенного эпидемического паротита [4, 5] проведя анкетирование и серологические исследования установили, что 43% опрошенных больных, в анамнезе отмечали раннее перенесенный эпидемический паротит. Авторы делают вывод, что часть больных могли быть инфицированы вирусом эпидемического паротита, у других же процесс изначально развивался как первично хронический.

Отмечая роль вирусной инфекции [9] отмечают, что поражения слюнных желез вирусами семейства *Herpesviridae* приводит к выраженному нарушению их функции по сравнению с пациентами, у которых заболевание не относится к вирусной этиологии. Учитывая, что встречаемость герпес - вирусной инфекции в России составляет более 30%, авторы делают вывод, что вирусная инфекция может служить фактором развития хронического сиалоаденита на основе снижения функции слюноотделения.

Большое значение микробной флоре протоков слюнных желез в этиопатогенезе хронических сиалоаденитов, придавали [29,30,31,22]. Однако [45, 7] не разделяют этого мнения считая, что роль микрофлоры не является ведущей из – за высоких антимикробных свойств слюны. Но определение микрофлоры слюнных желез имеет практическое значение при обосновании тактики антибактериального лечения [15].

В этиологии хронического интерстициального сиалоаденита [55,33,4] придают решающее значение реактивно-дистрофическим заболеваниям слюнных желез (сиалоаденозам), считая их первичными, и в последующем, при нарастании функциональных нарушений происходит инфицирование, вследствие чего развивается сиалоаденит. Роль инфекции в этих процессах вторична [7].

На роль наследственных нарушений указывает У.А. Саидкаримова [39], которая считает, что при наследственно обусловленных или приобретенных нарушениях структурно – функциональной организации мембран эпителиальных клеток развивается их недостаточность и мембранно – деструктивные процессы, ведущие к развитию хронического сиалоаденита.

В этиопатогенезе хронических сиалоаденитов некоторые авторы придают значение состоянию протоков. Так [46,12] считают, что в основе хронического паренхиматозного паротита лежит стеноз протоковой системы врожденного или приобретённого происхождения [2] исследуя трупы новорожденных, отметили, что в 8,8 % была обнаружена врожденная дисплазия околоушных желез в виде дилатации или стриктуры протоков различных порядков. Исходя из этого авторы делают вывод, что врожденные изменения могут явиться основным и необходимым условием развития хронического сиалоаденита. В частности [8], отмечают, что хронический калькулезный сиалоаденит (слюннокаменная болезнь) развивается на фоне врожденных эктазий протоков желез,

развитию калькулезного сиалоаденита, способствуют следующие изменения протоковой системы железы:

а) образование стриктур в области отдельных участков расширенного протока; - особая топография выводного протока с резкими изгибами, в которых может формироваться конкремент. В этих расширенных участках протоков при снижении функции желез (гипосалии) задерживается слюна с микрокальцием.

б) наличие длительно протекающего хронического сиалоаденита [6,4]. Дополнительными факторами способствующими образованию и росту конкремента является гипо - и авитаминоз А [47,48], нарушение минерального обмена в организме [1,18,19,20]; состава питьевой воды [34]; внедрение бактерий актиномицетов, инородных тел в протоки слюнных желез [21,22,41].

В.К. Леонтьевым (1983) доказано, что смещение рН слюны в щелочную сторону приводит к увеличению содержания ионов кальция, фосфора и гидроксиапатита в слюне.

В этиопатогенезе калькулезного сиалоаденита значительную роль играют такие факторы как скопление в протоках клеток слущенного эпителия, лейкоцитов, волокон фибрина, которое ведет к образованию слюнного тромба, вызывающего застойные явления [42].

А.В. Клементов [19] так же полагал, что вследствие застоя слюны при хроническом сиалоадените образуется гель – органическая основа слюнных камней.

Созданию условий для застойных явлений в протоках слюнных желез в значительной мере способствуют такие факторы как характер пищевого рациона. Так [13] исходя из того, что острая, кислая пища стимулирует слюноотделение и таким образом устраняют явления застоя – отметили, что жители Западной Грузии, чаще употреблявшие кислые соусы и острые приправы, чем жители Восточной Грузии, реже болели сиалоаденитами, в том числе калькулезными [47] проведя исследование влияния характера пищи на вязкость и рН слюны отметили, что прием острой пищи приводит к понижению вязкости слюны, т.е. к ее разжижению и уменьшению застойных явлений.

Резюмируя результаты предлагаемого краткого обзора литературы по этиопатогенезу воспалительных и дистрофических заболеваний слюнных желез, отметили, что в этом вопросе еще имеется ряд нерешенных вопросов. Не определены региональные особенности этиопатогенеза воспалительных и дистрофических заболеваний слюнных желез. В Кыргызстане до сих пор отсутствуют данные по выявлению скрыто протекающего [50] воспалительного процесса в слюнных железах, в результате чего большое количество больных вынуждены обращаться к специалистам различного профиля не получая своевременной помощи.

Литература

1. Андреева Е.П. Клинико – морфологическое обоснование хирургических методов лечения слюннокаменной болезни. Автореф. дисс....канд. мед. наук. – Калинин,1987.-18с.

2. Афанасьев В. В., Виноградов В. И. Врожденные расширения выводных протоков околушной слонной железы у новорожденных // *Стоматология*, 1985. - № 1. - С. 66 – 70.
3. Афанасьев В. В., Ромачева И. Ф. Роль сопутствующих заболеваний в этиологии хронического сиалоаденита // *Стоматология*, 1989. - № 1. - с. 46 – 48.
4. Афанасьев В. В. Сиалоаденит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Экспериментально – клиническое исследование): Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1993.
5. Афанасьев В. В., Михеева И. В. // *Стоматология*, 1993. - №1. – С. 26 – 28.
6. Афанасьев В. В., Юдин Л. А., Щипский А. В. и др. К вопросу об этиологии слюннокаменной болезни // *Стоматология*, 1994. - № 4. – с. 28 – 29.
7. Афанасьев В. В. Хронический сиалоаденит (этиология и патогенез) // *Проблемы нейростоматологии и стоматологии*. – 1997. - №1. – с. 16 – 20.
8. Афанасьев В. В., Никифоров В. С. Этиология слюннокаменной болезни // *Стоматология*, 1999. - № 5. – С. 39 – 41.
9. Афанасьев В. В., Царев В. Н., Николаева Е. Н., и др. Особенности клинического течения воспалительных заболеваний слюнных желез у больных с герпес – вирусной инфекцией // *Российский стоматологический журнал*, 2010. - № 5. – С. 12 – 13.
10. Афанасьев В. В., Полякова М. А., Степаненко Р. С. Значение поднижнечелюстных слюнных желез для организма // *Стоматология*, 2011. - № 3. – С. 70 – 71.
11. Афанасьев В. В., Винокурова Ю. И., Хубутия Б. Н., и др. Заболеваемость слюнных желез по данным центра по изучению заболеваний слюнных желез на базе челюстно-лицевого госпиталя ветеранов войн департамента здравоохранения Москвы // *Болезни и травмы слюнных желез. Новые методы диагностики и лечения* // Матер. научн. – практ. конф. с международным участием посвящ. 65 – летию проф. В. В. Афанасьева. – М., 2012. – С. 13 – 15.
12. Безруков С.Г. Лечение больных хроническим сиалоаденитом, возникающим в результате нарушения оттока слюны // *Стоматология*, 1991. - № 4. – С. 41 – 43.
13. Григалашвили М. Н., Брегадзе А. А., Зумбулидзе А. Н. и др. // *Разработка комплексного метода лечения заболеваний слюнных желез в разных возрастных группах* // Сборник научных трудов Тбилисского мед. института, 1979. – Т. 29. – Ч. 2. - С. 112 – 118.
14. Девдариани Д. Ш. Некоторые аспекты патогенеза хронического паротита и его лечения // автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Л., 1988.
15. Иванов С. Ю., Царев В. Н., Фасхутдинов Д. К. и др. Микрофлора слюнных желез при обострении хронического сиалоаденита и обоснование тактики антибактериального лечения // *Российский стоматологический журнал*, 2007. – № 5. – С. 11 – 13.
16. Исмаилова В. И. // *Вопросы реабилитации детей и подростков*. – Волгоград. 1988. – Вып. 2. – с. 46 – 48.
17. Казанцев А. П. Эпидемический паротит. – М., 1988. – с. 116.
18. Клементов А. В. Клиника, диагностика и лечение слюннокаменной болезни: Автореф. дисс... канд. мед. наук. – Л., 1957.
19. Клементов А. В. Слюннокаменная болезнь. – Л.: Медгиз, 1960. – 100с.
20. Колесов А. А. К вопросу об образовании зубных и слюнных камней // *Стоматология*. – 1957. – №3. – с. 40 – 43.
21. Лесовая Н. Д. Подчелюстные сиалоадениты и сиалодохиты при слюннокаменной болезни: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Харьков, 1955. – 11с.
22. Лесовая Н. Д., Нагоренко Е. Н., Поленичкин В. К. Роль микробного фактора в течении воспалительных заболеваний слюнных желез // *Эксперим. и клинич. стоматология*. – т.5. – ч. 2. – М., 1975. – с. 304 – 307.
23. Москаленко Г. Н. // *Основные стоматологические заболевания*. – М., 1981. – с. 153 – 156.
24. Москаленко Г. Н. Хронический паренхиматозный паротит у детей (этиология, диагностика, лечение) / *Заболевания и повреждения слюнных желез*. Матер. юб. научн. – практ. конф. с международным участием, посвящ. 60 – летию д. м. н., проф. В. В. Афанасьева. – М., 2006. – с. 52 – 54.
25. Оглазова Н. М. Хронический паротит (клиника, лечение, состояние факторов неспецифической защиты): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1982
26. Ордашев Х. А. Поражения слюнных желез при сахарном диабете. / *Заболевания и повреждения слюнных желез*. – Матер. юб. научн. – практ. конф. с международным участием, посвящ. 60 – летию д. м. н., проф. В. В. Афанасьева. – М., 2006. – с. 55 – 56.
27. Ордашев Х. А. Современное состояние вопроса диабетических сиалопатий // *Болезни и травмы слюнных желез. Новые методы диагностики и лечения*. – Матер. юб. научн. – практ. конф. с международным участием, посвящ. 65 – летию проф. В. В. Афанасьева. – М., 2012. – с. 77 – 79.
28. Павлова М. Л., Симонова М. В., Аманьева Л. П., и др. Поражения слюнных желез при смешанном заболевании соединительной ткани. // *Болезни и травмы слюнных желез. Новые методы диагностики и лечения*. – Матер. юб. научн. – практ. конф. с международным участием, посвящ. 65 – летию проф. В. В. Афанасьева. – М., 2012. – с. 81 – 90.
29. Поленичкин В. К. Диагностика хронических паротитов. // *Хирургическая стоматология*. – Киев. – «Здоров'я». – вып. 6. – 1973. – с. 42 – 43.
30. Поленичкин В. К., Рыбалов О. В. Особенности клинического течения неэпидемических паротитов. // *Врачебное дело*. – 1973. – №3. – с. 130 – 133.
31. Поленичкин В. К. Инфекционные факторы и клиническое течение воспалительных заболеваний слюнных желез. // *Стоматология*. – 1977. – №1. – с. 65 – 67.
32. Ромачева И. Ф. Воспалительные заболевания слюнных желез: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1973.
33. Ромачева И. Ф., Юдин Л. А., Афанасьев В. В., и др. Заболевания и повреждения слюнных желез. – М., 1987.
34. Рузин Г. П. Слюнно – каменная болезнь и медико – географические условия. // *Болезни и травмы слюнных желез. Новые методы диагностики и лечения*. – Матер. юб. научн. – практ. конф. с международным участием, посвящ. 65 – летию проф. В. В. Афанасьева. – М., 2012. – с. 103 – 105.
35. Румянцев В. А., Есаян Л. К., Толстова О. О., и др. Особенности состояния кислотно – основного равновесия в полости рта у больных с патологией пищеварительного тракта. // *Стоматология*. – 2009. – №5. – с. 27 – 30.
36. Рыбалов О. В. Состояние околушних слюнных желез у детей перенесших эпидемический паротит. // *Стоматология*. – 1982. – №6. – с. 34-35.
37. Рыбалов О. В., Ткаченко П. И. Характеристика микробной флоры при паротитах у детей. // *Стоматология*. – 1984. – №6. – с. 41 – 43.
38. Рыбалов О. В., Гаврильев В. Н., Морфофункциональное состояние околушних слюнных желез у лиц с лабильной нервной системой и принципы коррекции возникающих нарушений. // *Болезни и травмы слюнных желез. Новые методы диагностики и лечения*. – Матер. юб. научн. – практ. конф. с международным участием, посвящ. 65 – летию проф. В. В. Афанасьева. – М., 2012. – с. 105 – 111.
39. Саидкаримова У. А. Сиалозы (этиология, патогенез, диагностика, клиника, профилактика и лечение): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1991.
40. Сакович А. А. Материалы к лечению неэпидемических паротитов (эксперим. и клинич. исследование): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Л., 1975.
41. Сакович А. А., Хацкевич Г. А. Образование конкрементов вокруг инородных тел Вартонова протока. // *Стоматология*. – 1982. – №2. – с. 38 – 39.
42. Сазама Л. Болезни слюнных желез. – Прага. – Авиценум. – 1971. – 252 с.
43. Селимов М. А. Эпидемический паротит. – М., 1955.
44. Степаненко Р. С., Афанасьев В. В., Полякова М. А. Роль слюнных желез в гомеостазе организма // *Российский стоматологический журнал*. – 2010. – №5. – с. 26 – 27.
45. Флюснер И., Дворский К., Геллер Я. // *Чехосл. Мед. образ.*, – 1973. – т. 19. – №1. – с. 40 – 51.
46. Хилько Ю. К., Рыбалов О. В. Врожденные факторы в патогенезе хронического рецидивирующего паротита у детей. // *Стоматология*. – 1987. – №2. – с. 46 – 49.
47. Худояров И. О., Бобков А. Г. Изменения слюнных желез у крыс при А – авитаминозе. // *Стоматология*. – 1965. – №1. – с. 45 – 50.
48. Худояров И. О. Слюннокаменная болезнь (эксперим. и клинич. исследование): Автреф. дисс. ... канд. мед. наук. – Л., 1965. – 23 с.
49. Шаяхметов Д. Б., Филиппченко Е. Г., Хайбулина Д. Р., и др. Изменение свойств смешанной слюны человека в

- зависимости от характера пищи // Научно-практический журнал Здравоохранение Кыргызстана. – 2012. – №3. – с. 95 – 97.
50. Щипский А. В., Афанасьев В. В. Диагностические признаки клинически скрыто протекающего сиалоаденита. // Российский стоматологический журнал. – 2000. – №5. – с. 40 – 41.
 51. Эберс В. // Советская педиатрия. – 1937. – №6. – с. 47 – 51. (цит. По В. В. Афанасьеву (1993)).
 52. Янушевич О. О., Афанасьев В. В. Состояние слизистой оболочки полости рта, зубов и слюнных желез у больных с различными заболеваниями организма. – М., 2011. 80 с.
 53. Dechaume M., Bonneau M., Peyen G. La Lithiasose des maxillaires // Presse med. – 1952. – vol. 53. – №6. – p.461 – 464.
 54. Donath K., Gundlach K. Ein Beitrag zur Etiologie und Pathogenese der chronisch rezidivierenden Parotitis // Dtsch. Zahnarzt. Z. – 1978. – ed. 34. – №1. – s. 45 – 49.
 55. Rauch S. Die Speicheldrüsen des Menschen. – Stuttgart. – 1959. – s. 497.
 56. Seifert G., Donath K. Classification of the pathohistology of diseases of the salivary glands. – Review of 2600 Cases in the salivary gland register // Beitr. Pathol. 1976. – vol. 159. – № p1. – 32/
 57. Zou Z. J., Wang S. L., Zhu J. R. et al. // Chin. Med. J.(Engl.) – 1990. – vol. 103. – № 7. – p. 576 – 582.

ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF VARIOUS FORMS OF INFLAMMATORY AND DEGENERATIVE DISEASES OF SALIVARY GLANDS (The literature reviews)

Shayahmetov D. B.

Department of surgical stomatology and maxillo-facial surgery of the KSMA after named of I. K. Akhunbaev, Bishkek, the Kyrgyz Republic.

Provides an overview of the literature which summarizes main ideas of the etiology, pathogenesis of inflammatory and degenerative diseases of the salivary glands.

Key words: salivary glands, salivary glands diseases, etiology and pathogenesis.



УДК 616.316-002-073.43

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Шаяхметов Д.Б., Кадырова А.И., Касенова Н.С., Альжанова А.М.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии и кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии КГМА им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика.

В статье обобщен опыт применения ультразвукового исследования (УЗИ) при диагностике различных заболеваний слюнных желез. Отмечено, что УЗИ слюнных желез позволяет уточнить диагноз, локализацию патологического процесса, провести дифференциальную диагностику.

Ключевые слова: заболевания слюнных желез, ультразвуковая диагностика, сиалоаденит.

ШИЛЕКЕЙ БЕЗДЕРИНИН ДАРТТАРЫН АНЫКТООДОГУ УЛЬТРАДОБУШТУУ ИЗИЛДӨӨНҮН МААНИСИ

И.К.Ахунбаев атындагы КММА хирургиялык стоматология жана бет жаак хирургия кафедрасы жана нур менен дартты аныктоо жана нур менен даарылоо кафедрасы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Макалада шилекей безинин ар кандай ооруларын аныктоодо УД, колдонулган. Изилдөөдө жалпыланган тажрыйба келтирилген. Ультрандобиш изилдөөсү (УДИ) шилекей безиндеги патологиянын жайгашуусун аныктайт жана башка дарттар менен салыштырууга мүмкүнчүлүк берет.

Негизги сөздөр: шилекей бездеринин дарттары, ультрандобиштуу дарт аныктоо, сиалоаденит.

Введение. Патология слюнных желез является одной из актуальных проблем современной стоматологии [2,3,4,7]. В тоже время диагностика различных форм заболеваний слюнных желез является одной из сложных задач практической медицины. Несмотря на значительные успехи в разработке новых методов диагностики, многие аспекты этой проблемы продолжают дискутироваться. Отмечается большое количество диагностических ошибок [1,2,4,7].

Одним из современных методов диагностики, получивших широкое признание у практических врачей, является ультразвуковое исследование (УЗИ) и, в частности, УЗИ слюнных желез. Это объясняется простотой, доступностью, неинвазивностью, безопасностью данного вида диагностики. Большое значение имеет отсутствие ионизирующего излучения, легкость воспроизведения, при этом нет необходимости в предварительной подготовке больных [5].

Целью настоящего исследования явилось изучение результатов лечения и диагностики заболеваний слюнных желез с помощью ультразвукового исследования

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 47 больных с различными заболеваниями слюнных желез (из них мужчин 15, женщин 32) от 12 до 70 лет. Наблюдаемые нами больные распределялись в зависимости от диагноза следующим образом:

1. острый паротит
2. обострение хронического паротита
3. калькулезный сиалоаденит
4. сиалодохит
5. синдром Шегрена
6. болезнь Микулича
7. лимфогенный паротит
8. опухоли слюнных желез.

Исследование больных проводилось с помощью ультразвуковых сканеров Logiq 9 (GE), Logiq P5 (GE), Toshiba Alpio, MEDISON8. По мере необходимости применялась ультразвуковая доплерография с помощью аппарата «Logic Book».

Нами оценивались следующие параметры: размеры слюнных желез, контуры, состояние капсулы, акустическая плотность паренхимы, гомогенность, наличие или отсутствие микролитов, конкрементов, наличие или отсутствие лимфатических узлов (их количество, расположение, размеры); состояние протоков (расширение, сужение, деформация, дуктэктазии).

Результаты и обсуждение. Для острого воспаления слюнных желез было характерно увеличение размеров желез, снижение эхогенности паренхимы, которая структурно не изменена, неоднородна, при доплеровском картировании определялась гиперваскуляризация паренхимы. Эхогенность желез в этой стадии средняя, эхоструктура мелкозернистая, неоднородная за счет различной акустической плотности паренхимы и стромы, а также близрасположенных лимфатических узлов, сосудов и нервов. Степень понижения эхогенности зависит от выраженности воспалительного процесса.

В случаях выраженного воспаления с абсцедированием в толще железы могут определяться комплексные кистозные образования, размеры которых могут варьировать, в этих образованиях содержится гетерогенная слабоподвижная взвесь. Такая находка позволяет уточнить характер заболевания, локализацию абсцесса, его форму и размеры.

При исследовании больных с хроническим сиалоаденитом отмечалось выраженное увеличение размеров железы по сравнению с контрлатеральной, эхогенность паренхимы снижена, края нечеткие, в начальной стадии утолщения капсулы не отмечалось, поэтому она не визуализировалась, структура железы зернистая без очаговых изменений. Позже в ней могут проявляться анэхогенные включения размером до 5 мм, которые являются отображением расширения концевых отделов выводных протоков,

заполненных застойной слюной. В.В. Неустроев (1973) проводя сравнение сиалографической картины и данных патологогистологических исследований классифицировал такое состояние желез как дуктулярный сиалоаденит, хотя большинство сиалологов, по-прежнему называют его паренхиматозным [6].

В более поздних стадиях паренхиматозного сиалоаденита размеры железы, как правило, были увеличены, отмечалось снижение эхоплотности, утолщение капсулы с ее уплотнением. Отмечаемая при исследовании умеренная гетерогенность паренхимы, объясняется возникновением соединительно-тканых перегородок и рубцеванием тканей железы.

В случаях обширных разрастаний соединительнотканной основы слюнной железы (стромы) при УЗИ обнаруживалось равномерное повышение акустической плотности. Такая находка позволяла нам интерпретировать это состояние как интерстициальный сиалоаденит

Выводные протоки слюнных желез в норме обычно не визуализируются, поэтому, отмечаемые нами при УЗИ дуктэктазии в 5,7 мм в диаметре интерпретировались нами как сиалодохит. Допплерографическое исследование помогло дифференцировать расширенные протоки слюнных желез от кровеносных сосудов.

При исследовании больных с калькулезным сиалоаденитом отмечалось увеличение размеров слюнных желез, где степень гипертрофии зависела от локализации конкремента. В случае локализации его в терминальных отделах выводных протоков гипертрофия минимальна и, наоборот, если конкремент находился в просвете крупных протоков I, II порядков отмечалась значительная гипертрофия. Определялась диффузная дилатация слюновыводящих протоков, в которых обнаруживались конкременты различных размеров, обтурирующих русло протоков. При этом в ближайшей части желез обнаруживались увеличенные интрагландулярные лимфоузлы, зачастую с компрессированной структурой воротного синуса и гипозоногенной краевой зоной. При доплеровском цветном картировании определялась гиперваскуляризация паренхимы железы.

Нам также представлялась возможность проследить результаты консервативного лечения калькулезного сиалоаденита [8]. У больной К., 57 лет (протокол от 13.05.13), при первичном обращении методом сонографии выявлено: Околоушная слюнная железа справа увеличена до 68,1 x 16,1 мм, капсула прослеживается на всем протяжении, паренхима диффузно гетерогенна за счет наличия полиэхогенной ткани, лоцируются парагландулярные лимфатические узлы до 8,7 x 4,6 мм. Стенки слюновыводящих протоков уплотнены, в проксимальном сегменте лоцируется конкремент до 3,2 x 2,1 мм, выше его проекции кистозная дуктэктазия 11,3 x 4,7 мм с перифокальной инфильтрацией и гиперваскуляризацией. В дистальных сегментах протоки дилатированы неминерализованными конкрементами (густая слюна). После проведенного

курса в 10 инстилляций протоков железы 3% раствором лимонной кислоты получили положительную динамику лечения. Приводим протокол УЗИ от 09.07.13 г. «Околоушная слюнная железа справа увеличена, контуры четкие, ровные, паренхима замещена гетерогенной тканью. На уровне нижнего края мочки уха лоцируется конкремент размером 2,4 x 0,9 мм с дуктэктазией выводного протока до 6,9 x 3,5 мм, признаков гиперваскуляризации паренхимы не найдено». Следовательно, после проведенного первого этапа консервативной терапии, конкремент уменьшился с 3,2x 2,1 мм до 2,4 x 0,9 мм, соответственно, кистозная дуктэктазия сократилась с 11,3 x 4,7 мм до 6,9 x 3,5 мм, при УЗИ (протокол УЗИ от 06.11.13г.) минерализованных конкрементов выявлено не было, т.е. с помощью УЗИ нам удалось проследить результаты консервативного лечения калькулезного сиалоаденита.

При УЗИ больных с синдромом Шегрена мы обнаруживали, что паренхима полиэхогенная, определяются кистозные полости, развивающихся в следствии дуктэктазий, множественные гипозоногенные участки лимфоидной инфильтрации. Эхографически было отмечено двустороннее увеличение околоушных желез, уплотнение их капсул.

При болезни Микулича отмечаются множественные гипозоногенные участки лимфоидной инфильтрации, что объясняется замещением паренхимы железы на лимфоидную ткань

Неоценимое значение имеет УЗИ при дифференциальной диагностике заболеваний слюнных желез. Большое количество больных были направлены к нам с диагнозом «острый или хронический сиалоаденит». Клинический пример: больная К., 12 лет, была направлена с диагнозом: острый паротит справа. При УЗИ (протокол от 16.03.2011г) обнаружено, что околоушные слюнные железы структурно не изменены, не увеличены, интрагандулярные протоки не расширены. По медиальному краю железы, справа увеличенные интрагандулярные лимфатические узлы с сохраненной структурой гилюса, размерами 6,8 x 4,2 мм, 5,1 x 3,9 мм, 6,2 x 4,8 мм, у нижнего полюса определяется аналогичный лимфатический узел 8,2 x 6,2 мм. Заключение: гиперплазия интрагандулярных лимфоузлов правой околоушной слюнной железы. Лимфогенный паротит справа.

У больных, обратившихся к нам с опухолями слюнных желез, определялись гипозоногенные солидные образования различных размеров, иногда с участками кистозной дегенерации. При цветном картировании в образовании определяется кровоток. В случаях озлокачествления опухоли отмечалось отсутствие четких границ. Наличие увеличенных и структурно измененных шейных лимфоузлов свидетельствовало о возможных метастазах.

В некоторых случаях представляется возможность определить прорастание опухолевидного образования в железу. Приводим пример: больная У., 21 год (протокол УЗИ от 07.05.2012 г.): В мягких тканях подчелюстной области слева определяется макролобулированное

кистозное образование с равномерно утолщенными стенками размерам 40x18x22 мм, верхний полюс образования расположен краниальнее дуги нижней челюсти, подчелюстная железа расположена отдельно от образования. Данные за кисту мягких тканей подчелюстной области слева.

Таким образом, проведенные нами клиничко-диагностические исследования показывают, что УЗИ слюнных желез и прилежащих к ним тканей дает в руки врачей ценную информацию, позволяющую уточнить диагноз, локализацию патологического процесса, провести дифференциальную диагностику воспалительных и опухолевых заболеваний слюнных желез. Применение УЗИ возможно при острых и обструктивных сиалоаденитах, когда противопоказано применение контрастной, сиалографии.

Литература

1. Абдусаламов М.Г., Дмитриева О.А. Ошибки в диагностике и лечении больных слюннокаменной болезнью // Заболевания и повреждения слюнных желез. Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященных 60-летию д.м.н., профессора В.В. Афанасьева.- М., 2006.- с.16-17.
1. Афанасьев В.В. Сиалоаденит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение).- Дисс...докт.мед.наук. 1993.- 372с.
2. Афанасьев В.В., Хубутя Б.Н., Щинский А.В., Хрипунков В.А. Опыт работы центра заболеваний слюнных желез //Заболевания и повреждения слюнных желез. Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященных 60-летию д.м.н., профессора В.В. Афанасьева.- М., 2006.- с.61-62.
3. Афанасьев В.В. Слюнные железы. Болезни и травмы. М., 2012. – 295 с.
4. Вылюк М.В. Ультразвуковое исследование при заболеваниях челюстно-лицевой области у взрослых и детей: Автореферат дисс. докт.мед.наук.- М.,- 2012. 49 с.
5. Неустроев В.В. Острые и хронические неспецифические воспаления слюнных желез: Автореф. дисс...канд.мед.наук. – Воронеж. – 1971. – 24с. Пинелис И.С., Лавренова В.В.,
6. Пинелис Ю.И. Частота ошибок в диагностике опухолей слюнных желез //Заболевания и повреждения слюнных желез. Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященных 60-летию д.м.н., профессора В.В. Афанасьева.- М., 2006.- с.61-62.
7. Чечина И.Н. Оценка эффективности консервативного лечения сиалолитиаза: Автореферат дисс. канд.мед.наук.- М.,- 2010. 24 с.

THE VALUE OF ULTRASONOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE SALIVARY GLANDS

D.B. Shayahmetov, A.I. Kadirova,
N.S. Kasenova, A.M. Aljanova

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Department of Oral and Maxillofacial Surgery and
Department of Radiology and Radiotherapy,
Bishkek c., the Kyrgyz Republic.

This article summarizes the experience of applying ultrasound in the diagnosis of various diseases of the salivary glands. It was noted that the ultrasound of salivary glands can confirm the diagnosis, localization of the pathological process and make the differential diagnosis.

Key words: Diseases of salivary gland, diagnosis, sialadenitis

УДК 616.314-089.87:615.273.03:616.151.5:616.155.5-056.7

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ
КИСЛОТЫ В БОРЬБЕ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ
ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ПРИ
ГЕМОФИЛИИ И БОЛЕЗНИ КРИСТМАСА**

*Paul L., Forbes C.D., Barr R.D., Reid G.,
Thomson C., Prentice C.R.M.,
McNicol G.P., Douglas A.S.*

**Факультет медицины и стоматологии
Королевская больница Глазго,
Великобритания.**

В двойном слепом исследовании оценивались свойства транексамовой кислоты (АМСА, Циклокапрон), применение которой по 1 грамму три раза в день в течение пяти дней значительно сокращает кровопотерю и потребность в переливании крови после удаления зубов у пациентов с гемофилией и заболеванием Кристмаса. Никаких побочных эффектов не наблюдалось ни в одной из групп пациентов. Проверочные тесты не показали какого-либо токсического действия транексамовой кислоты на печень, почки или сердце.

Ключевые слова: транексамовая кислота, гемофилия, болезнь Кристмаса, экстракция зуба, кровотечение.

**ГЕМОФИЛИЯ ЖАНА КРИСТМАС
ООРУЛАРЫ БАР БОЛГОН ПАЦИЕНТТИН
ТИШИН СУУРУГАНДАН КИЙИН КАНДЫ
ТОКТОТУУГА ТРАНЕКСАМОВАЯ
КИСЛОТАНЫН ТААСИРИ ИЗИЛДЕНДИ**

**Медицина жана стоматология факультети
Глазго университеттик бейтапкана,
Великобритания.**

(АМСА, Циклокапрон) беш күнү удаа 1 грамдан үч жолу колдонулуп туюк, кош изилдөө жүргүзүлдү. Натыйжада, алардын кан жоготуусу азайып, кан кую керектелбей калды. Пациенттердин бир да тобунда оорунун кошумча кабылдоосу байкалган жок. Текшерүүчү тесттер транексамовая кислотанын бөйрөккө, боорго жана жүрөккө уландыруучу таасири болбогонун көрсөттү.

Негизги сөздөр: транексамовая кислотасы, гемофилия, Кристмас оорусу, тишти суруп алуу, кан агуу.

Актуальность. До появления плазмотерапии (PRP-терапия) плановое удаление зубов у пациентов с гемофилией или болезнью Кристмаса (гемофилия В или дефицит фактора IX) было категорически противопоказано и часто приводило к летальному исходу [11]. С наличием же новых концентратов фактора VIII и IX удаление зубов при гемофилии обычно не вызывает каких-либо

сложностей. Степень кровотечения после экстракции значительно варьирует и зависит от тяжести заболевания, типа зуба и количества удаленных зубов, а также степени усилий, которые были необходимы, чтобы удалить их. Лечение следует по возможности продолжить до полного заживления гнезда, и это подвергает пациента опасности сывороточного гепатита, передаваемого из концентратов плазмы. Поэтому необходимо было найти средства, чтобы уменьшить или устранить необходимость применения плазмы. Так как луночковое кровотечение после удаления зуба, по-видимому, частично обусловлено дисбалансом между отложением фибринового сгустка и лизисом этого сгустка ферментами фибринолитической системы, то были предприняты попытки улучшить гемостаз с помощью антифибринолитических препаратов аминокaproновой кислоты (ЕАСА, Epsikapron) [5,21,24].

Испытания аминокaproновой кислоты, однако, контролировались недостаточно, и поэтому были использованы самые разнообразные критерии эффективности: например, использовали в качестве критерия потребность в переливании и количество дней, проведенных в больнице [1,5,9,17,20,21] сравнивали видимую кровопотерю, а некоторые [21], использовали падение уровня гемоглобина [24], в их строго контролируемом двойном слепом исследовании, как показатель эффективности использовали количество концентратов плазмы. В данной статье мы описываем двойное слепое исследование влияния транексамовой кислоты (АМСА, Cyclokapron) при удалении зубов у пациентов с гемофилией и болезнью Кристмаса, в котором измерение потери крови проводили при помощи эритроцитов, меченых хромом-51. Также были проведены наблюдения возможных токсических эффектов транексамовой кислоты.

Материалы и методы исследования. Двадцать восемь пациентов в возрасте от 13 до 65 лет были обследованы во время 32 отдельных эпизодов удаления зубов. Двадцать пациентов имели классическую форму гемофилии и у восьми была болезнь Кристмаса.

Прежде чем они были включены в данное исследование, у всех пациентов или их родителей было получено информированное согласие. Наличие в анамнезе гематурии (наличие крови в моче) в течение предыдущих четырех недель или наличие эритроцитов в свежем образце мочи были абсолютными противопоказаниями к включению в данное исследование.

С помощью двойного слепого метода и случайного распределения в данном исследовании пациенты принимали либо транексамовую кислоту (1 г три раза в день) либо таблетки плацебо. Лечение было начато за два часа до экстракции и продолжалось в течение пяти дней.

Потеря крови измерялась при помощи эритроцитов, меченых хромом-51, как это описано у Watson и Dickson (1964). Также предусматривался отдельный сбор оральных выделений и фекалий в течение 24-часовых периодов в течение пяти дней. На четвертый день пациент получал слабительное.

Каждый пациент получал дозу фактора VIII или IX, эквивалентную 1000 мл плазмы человека, внутривенно за один час до экстракции зуба, а также тетрациклин (250 мг четыре раза в день). Все экстракции проводились под местной анестезией, в том числе, в случае необходимости, с применением нижнечелюстной зубной анестезией. В результате этой процедуры ни у одного пациента каких-либо побочных эффектов не наблюдалось. В случае избыточного кровотечения из гнезда в течение пяти дней было принято клиническое решение влить дополнительные компоненты крови. Для того, чтобы остановить кровотечение, использовалось только необходимое количество плазмы или концентрата плазмы. Врач не знал ни результатов лабораторных анализов, ни какие таблетки получал пациент.

Таблица 1 - Клинические данные о пациентах, получающих либо транексамовую кислоту, либо плацебо

	Плацебо	Транексамовая кислота
Кол-во случаев экстракции зубов	16	16
Кол-во пациентов	14	14
Кол-во пациентов с гемофилией	9	11
Кол-во пациентов с болезнью Кристмаса	5	3
Средний уровень (диапазон) плазменного фактора (%)	4-5	5
Тяжесть заболевания:	(0-22)	(0-23)
Тяжелая форма	7	8
Средняя форма	6	5
Легкая форма	1	1

Факторы VIII и IX были проанализированы с помощью метода Марголиса (Margolis, 1958) с учетом изменений, внесенных Breckenridge и Ratnoff в 1962 году. Испытания на фибринолиз проводили, как описано ранее у McNicol и Douglas (1964), и оценка критериев функционирования печени и почек была выполнена с помощью стандартных методик автоанализатора. Гематологические показатели измерялись на счетчике Coulter-S и скорость оседания эритроцитов (СОЭ) определялась методом Westergren (1920). Ингибиторы факторов VIII и IX искали с помощью метода Biggs и Bidwell (1959). Стандартные 12-канальные электрокардиограммы были сняты у всех пациентов до и в конце

исследования. Подробная информация об обеих группах пациентов приведена в таблице 1.

Результаты. Данные по потере крови приведены в таблице 2.

Извлеченные зубы. Поскольку объем потерянной крови является частично отражением масштабов раневой поверхности, то рассматривалось количество удаленных корней, а не удаленных зубов. Число корней, извлеченных в группе принимавшей транексамовую кислоту (в среднем 6,9), существенно не отличалось от числа в группе принимавшей плацебо (в среднем 5,5).

Потеря крови. Средний объем потерянной крови на одного пациента в группе плацебо был 84,1 мл, а в группе транексамовой кислоты - 61,2 мл.

Таблица 2 - Сравнение результатов у пациентов, получавших лечение и принимавших плацебо после удаление зуба

	Плацебо	Транексамовая кислота
Среднее кол-во (диапазон) извлеченных корней.	5,5 (2-12)	6,9 (2-22)
Средн. зн. (диапазон) кровопотери на пациента (мл).	84,1 (4-323)	61,2 (1-749)
Средн. зн. (диапазон) кровопотери на один извлеченный корень(мл).	15,3 (0,5-64)	8,9 (0,5-38,6)
Среднее количество (диапазон) единиц заместительной терапии на каждый извлеченный корень.	617 (0-15800)	30 и 65 у двух пациентов
Среднее падение уровня гемоглобина (г/100 мл).	1,4	0,3
Среднее падение уровня гематокрита (%).	5,0	0,9

Был также зафиксирован широкий диапазон в общем объеме кровопотери на одного пациента. Потеря крови на каждый извлеченный корень была 15,3 мл в группе плацебо и 8,9 мл в группе транексамовой кислоты. Это соответствовало среднему снижению на 1,4г/100 мл уровня гемоглобина и 5%-ному падению гематокрита в группе плацебо и снижению на 0,3 г на 100 мл уровня гемоглобина и 0,9%-му падению гематокрита в группе транексамовой кислоты. При использовании теста ранговых сумм (U-критерий Манна-Уитни) была выявлена статистически значимая разница в потере крови между группой плацебо и группой транексамовой кислоты (0,01<P<0,025).

Заместительная терапия (Рис.1). Только двум пациентам в группе, принимающей транексамовую кислоту, было клинически необходимо переливать плазму или концентрат

плазмы после начальной дозы. Одному из этих пациентов извлекли 22 корня, наибольшее количество в этой серии.

В группе плацебо 11-ти пациентам потребовалось несколько вливаний в течение пятидневного пробного периода, и 5-ти пациентам вовсе не потребовалась заместительная терапия; у них у всех была легкая или умеренная степень заболевания. Пациент, имевший наибольшую потребность в заместительной терапии, страдал только средней степенью гемофилии и у него было извлечено шесть корней. Он был в группе, принимавшей плацебо.

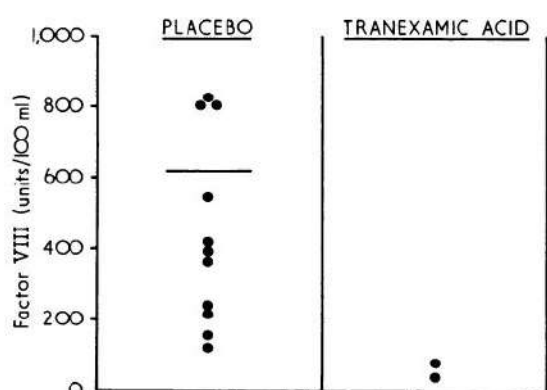


Рис.1. Число единиц антигемофилического глобулина, использованного после удаления зубов в группе, принимавшей транексамовую кислоту, и в группе плацебо. Результаты выражены в виде единиц антигемофилического глобулина на каждый извлеченный корень.

В группе плацебо 11-ти пациентам потребовалось несколько вливаний в течение пятидневного пробного периода, и 5-ти пациентам вовсе не потребовалась заместительная терапия; у них у всех была легкая или умеренная степень заболевания. Пациент, имевший наибольшую потребность в заместительной терапии, страдал

только средней степенью гемофилии и у него было извлечено шесть корней. Он был в группе, принимавшей плацебо.

Уровни фибриногена плазмы и СОЭ (ESR). (Рис.2). Значительный рост фибриногена был обнаружен в группе плацебо на 5-й день после экстракции. Это открытие было отражено и в показателе СОЭ, который также значительно увеличился ($p < 0,05$).

Чувствительность к урокиназе и время лизиса эуглобулиновых сгустков (Рис.3). Как можно было бы предсказать, значительное снижение лизиса было показано в тесте на чувствительность к урокиназе после лечения транексамовой кислотой ($p < 0,05$). Обе группы, как получавшая лечение, так и не получавшая, показали сокращение времени лизиса эуглобулиновых сгустков, что указывает на активизацию уровней циркулирующего активатора. Результаты внутри групп, однако, существенно не отличались ($p < 0,1$); транексамовая кислота удалялась в надосадочную жидкость в процессе образования эуглобулинового осадка.

Почечные и печеночные пробы. Анализы включали сыворотку мочевины, билирубин, щелочную фосфатазу, аспартаттрансаминазы, аланинтрансферазы и сывороточные альбумин и глобулин. Никаких существенных различий не было найдено между группами, принимающими транексамовую кислоту или плацебо. Обе группы показали значительный рост мочевины в крови после экстракции ($p < 0,05$).

Электрокардиограммы. После окончания лечения в обеих группах никаких изменений не было обнаружено.

Побочные эффекты. Никаких побочных эффектов не было отмечено ни в одной группе.

Обсуждение. Многими авторами было показано, что операции при гемофилии и болезни Кристмаса могут быть безопасными, если обеспечивается адекватная заместительная терапия с применением продуктов плазмы.

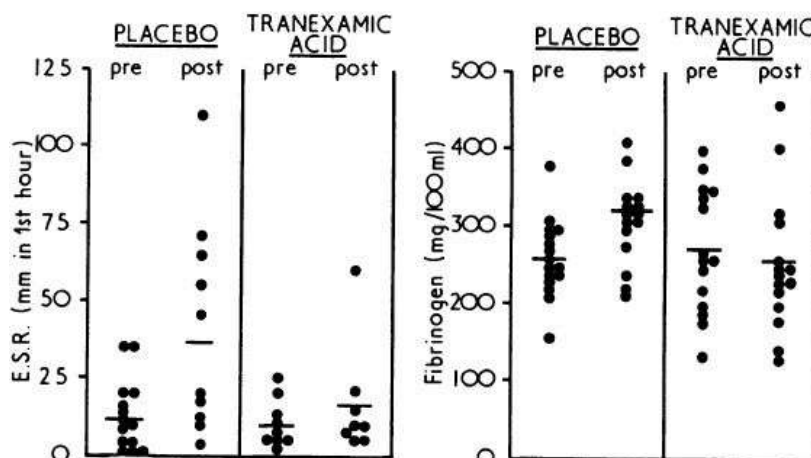


Рис. 2. Изменения показателя СОЭ в группах, получавших и не получавших лечение. Значительный рост уровней СОЭ и фибриногена в группе плацебо является отражением количества примененной плазмы или концентрата.

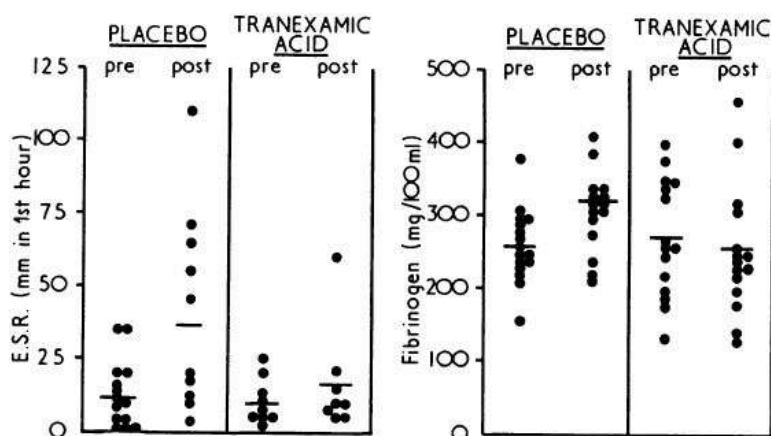


Рис.3. Снижение теста чувствительности к урокиназе после приема транексамовой кислоты указывает, что уровней плазмы были достаточно для ингибирования фибринолиза в этой группе.

Критерии успеха нового терапевтического средства при удалении зубов должны включать сокращение кровопотери с зоны экстракции, а также снижение общей потребности в плазмотерапии. Использование транексамовой кислоты в качестве дополнения к традиционной терапии в данном типе удаления зубов отвечают этим критериям, так как сократились как послеоперационное кровотечение, так и общий объем необходимых продуктов плазмы.

Транексамовая кислота является активным трансизомером (аминометил) циклогексанкарбоновой кислоты, и как было показано [18,19] обладает мощными антифибринолитическими свойствами. Молекула имеет конфигурацию, подобную аминокaproновой кислоте, и, как в случае аминокaproновой кислоты, является конкурентным ингибитором активации плазминогена при концентрации в плазме выше, чем 10^{-4} М и неконкурентным ингибитором плазмина в концентрации более чем 10^{-2} М. Эти концентрации могут быть легко достигнуты в естественных условиях (in vivo) [8].

Транексамовая кислота показала преимущество над аминокaproновой кислотой, будучи от 2 до 20 раз более эффективным средством [7,8,18] и имеющим минимальные побочные эффекты. Все ингибиторы фибринолиза при использовании у больных с геморрагическим заболеванием имеют потенциальную опасность осаждающей непроходимости почечных канальцев из-за нелизированных сгустков [10,14,23]. Однако, ни у одного из пациентов в этом исследовании, которые были все проверены до начала терапии на наличие гематурии, не были выявлены признаки этого осложнения.

Хотя причина кровотечения из гнезда зуба после извлечения у больных гемофилией неясна, это, по-видимому, означает дисбаланс между образованием дефектного фибрина из-за отклонений в собственной системе тромбопластина и нормального удаления осажденного фибрина под действием фибринолитических ферментов,

продуцируемых активаторов плазминогена локально и в слюне [2]. Было отмечено, что все пациенты этого ряда показали падение времени лизиса эуглобулинового сгустка, что указывает на повышение уровня циркулирующих активаторов плазминогена. Это было зарегистрировано несколькими авторами у людей в условиях стресса [3,4] и может быть важным фактором с учетом доклада [12], показавшим, что удаление зубов у больных гемофилией может быть проведено безопасно под гипнозом без плазмотерапии. В ближайший период после экстракции, однако, наиболее важным аспектом гемостаза, вероятно является формирование дефектного фибрина.

В недавнем исследовании [24] у больных гемофилией, которым при помощи единой гемостатической инфузии перед экстракцией повышали уровень фактора свертывания до 50% от нормального, редко возникало кровотечение на третий день после операции. Это говорит о том, что несмотря на переходный характер повышения уровня этих факторов в плазме, гемостатический эффект продлевается. Кровотечение после трехдневного срока (до шести дней) часто наблюдалось у пациентов контрольной группы и предположительно объяснялось биологической переработкой гемостатической фибриновой пробки фибринолитическими ферментами. Ингибирование этих литических ферментов транексамовой кислотой, как это проявилось в продлении тестов на урокиназную чувствительность, позволило фибрину оставаться на месте и, по-видимому, ускорило заживление гнезда. Это значительно уменьшило необходимость использовать продукты плазмы для этих больных.

Мы считаем, что измерение потери крови при помощи эритроцитов, меченых хромом-51, предлагает более точную оценку эффективности терапии, чем падение уровня гемоглобина или количество дней, проведенных в больнице. Всем пациентам, однако, при кровотечении были

немедленно введены плазма или продукты плазмы при наличии клинических показаний, и эффективность транексамовой кислоты нужно оценивать в сравнении с комбинацией общей кровопотери и количества примененных продуктов плазмы.

Не было обнаружено каких-либо доказательств токсического действия транексамовой кислоты у такого рода пациентов. Наблюдался, однако, значительный рост среднего уровня мочевины крови в обеих группах после удаления зуба. Это, вероятно, возникает в результате переваривания крови в кишечнике. Хорошо известны осложнения после многочисленных переливаний [6]. При гемофилии к ним могут относиться заболевания ингибиторной формой гемофилии и сывороточным гепатитом. Поэтому есть обоснованное предположение, что снижение потребности в плазме с использованием транексамовой кислоты позволит снизить частоту заболевания ингибиторной формой гемофилии и сывороточным гепатитом, а также приведет к снижению кровопотери.

Мы хотели бы поблагодарить Совет по медицинским исследованиям (Medical Research Council) и департамент Западного регионального госпиталя (Western Regional Hospital) за финансовую поддержку. А.В. Kabi из Стокгольма предоставил транексамовую кислоту и таблетки плацебо.

Литература

1. Alagille D., Lambert A., Lauden A., Bach P., Poulai M. / Revue de Stomatology, 1965.- 66.- P. 197.
2. Albrechtsen O.K., Storm O., Claassen M. / Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation, 1962. - # 10. - P. 310.
3. Biggs R., Bidwell E. / British Journal of Haematology, 1959. - P.379.
4. Macfarlane R.G., Pilling J. Lancet R. Breckenridge R.T., and Ramoff O.D. / Blood, 1962.- #20.- P.137.
5. Cooksey M., Perry W., Raper A.B. British Medical Journal, 1966. - #2.- P. 1633.
6. De Gruchy G.C. In Clinical Haematology in Medical Practice, 1962. - P.586.
7. Deutsch E., Fischer M. Acta Haematologica, 1968. - P.39.
8. Dubber A.H., Mc.Nicol C., Douglas G.P. British Journal of Haematology, 1965.- #11.- P.237.
9. Giordano N.D. Watkins R. Radivoyevitch S., Goodsitt E. / Oral Medicine and Oral Pathology, 1967.- #24.-P.171.
10. Gobbi F., Lancet, 1967. - #2.- P. 472.
11. Legg W. In A Treatise on Haemophilia. - London, 1872.
12. Lucas O.N., Carroll R.T., Finkelmann A. Tocantins L.M. / Thrombosis et Diaathesis Haemorrhagica, 1962.-#8.- P.209.
12. Macfarlane R. Lancet G., 1937. - #1.- P.10.

13. McNicol G.P., and Douglas A.S. In Recent Advances in Clinical Pathology.-series4, Ed.S.C.Dyke 1964.- P.187.London,Churchill.
14. McNicol G.P., Fletcher, A. P., Alkjaersig N., and Sherry S. / Journal of Urology, 1961.- #86.- P.829.
15. Margolis J. Journal of Clinical Pathology, 1958. - #11. - P.406.
16. Marini M.P., Arturi F., and Crolle G. Haematologica, 1966.-# 51.-P.553.
17. Melander B., Gliniecki G., Granstrand B. and Hanshoff G. X Congress.- International Society of Haematology.- Stockholm, 1964.
18. Okamoto S., Sato S., Takada Y., and Okamoto U. Keio Journal of Medicine, 1964.- #13.- P.17.
19. Paddon A.J. Journal of the Dental Association of South Africa, 1967. -#22. - P.64.
20. Reid W.O., Lucas O.N., Francisco J., and Geisler P.H. / American Journal of the Medical Sciences, 1964.- P.248.
21. Tavenner R.W. British Dental Journal, 1968. - #19. - P.124
22. VanItterbeek H., Vermynen J., and Verstraete M. Acta Haematologica, 1968. - # 39. - P.237.
23. Walsh P.N. et al. / British Journal of Haematology, 1971. a. # 20. - P.463.
24. Watson W.C., and Dickson C. Gut, 1964. - P.488.
25. Westergren A. Acta Medica Scandinavica, 1920. - # 54. - P. 247.

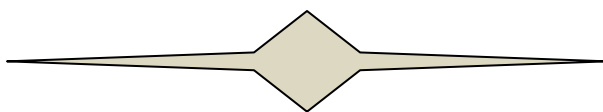
TRANEXAMIC ACID IN CONTROL OF HAEMORRHAGE AFTER DENTAL EXTRACTION IN HAEMOPHILIA AND CHRISTMAS DISEASE

Paul L., Forbes C.D., Barr R.D., Reid G., Thomson C., Prentice C.R.M., McNicol G.P., Douglas A.S.

**University Department of Medicine and Dental Unit
Glasgow Royal Infirmary, UK.**

In a double-blind trial the tranexamic acid (AMCA, Cyclo-kapron), 1 g three times a day for five days, significantly reduced blood loss and transfusion requirements after the dental extraction in patients with haemophilia and Christmas disease. No side effects were seen in either group of patients. Screening tests showed no toxic action of tranexamic acid on the liver, kidney, or heart.

Key words: tranexamic acid, haemophilia, Christmas disease, dental extraction, blood loss.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

**РЕТЕНИРОВАННЫЕ ЗУБЫ
(РЕТЕНИРОВАННЫЙ КЛЫК): ПРИЧИНЫ,
ДИАГНОСТИКА И ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ.
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД.**

Бараталиев Д. Т.

**Врач стоматолог – ортодонт высшей категории,
Городская стоматологическая поликлиника № 6,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

Статья посвящена вопросам рассмотрения причин и диагностики, лечения ретенированного зуба (клыка). Освещается современный подход к лечению и показаны клинические случаи в практике врача.

Ключевые слова: ретенированный клык, диагностика, лечение.

**КАЙСЫ БИР ТИШТЕРДИН ЖААК
СӨӨГҮНҮН ИЧИНДЕ КАЛЫП.
ЧЫКПАЙ КАЛЫШЫ
(КЫЛКЫЙМА ТИШ): СЕБЕБИ, ДАРТ
АНЫКТОО ЖАНА ДАРЫЛОО ТҮРҮ.
ЗАМАНБАП МАМИЛЕ ТҮЗҮҮ.
КЛИНИКАЛЫК ОКУЯ**

**Врач стоматолог- ортодонт жогорку даражалуу
№ 6 стоматология эмканасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Бул макалада жаак сөөгүнүн ичинде калган кылкыйма тиштин себеби, дарттын аныктоо жана аны дарылоого берилген суроолорго арналды. Врачтын тажрыйбасындагы клиникалык окуяны көрсөтүп, дарылоодо заманбап мамиле кылуу чагылдырылат.

Негизги сөздөр: кылкыйма тиш, дарт аныктоо, дарылоо.

Ретенция зуба – это довольно распространенная патология, для которой характерно наличие непрорезавшихся зубов при присутствии их зачатков в кости челюсти [1].

Ретенированный зуб, соответственно, это непрорезавшийся зуб, зачаток которого находится в кости челюсти. Он может быть либо вовсе не виден во рту, либо едва заметен сквозь ткани десны.

Так же ретенированный зуб определяется как – полностью сформированный зуб, находящийся в кости (задержка прорезывания). Термин «ретенция зуба» означает его затрудненное прорезывание. Такая патология нередко сопровождается неправильным расположением зуба в зубной дуге (дистопия).

Наиболее часто встречается ретенция следующих зубов:

- постоянные центральные резцы, клыки;
- вторые премоляры;
- третьи моляры;
- сверхкомплектные зубы.

Выделяются две разновидности ретенции зуба:

Частичная ретенция зуба – коронка зуба лишь отчасти скрыта слизистой оболочкой десны, какая-то часть ее видима извне при обследовании [2].

Полная ретенция зуба – коронка зуба полностью скрыта под слизистой оболочкой десны (а возможно и в костной ткани челюсти) и незаметна для внешнего взгляда

Ретенированный зуб может занимать следующие положения:

- Вертикальное
- Щечно-угловое
- Язычно-угловое
- Горизонтальное (саггитальное, поперечное или косое)

Очень редко встречается ретенция зуба, когда ретенированный зуб коронкой повернут в сторону тела челюсти, а корнями – к альвеолярному краю.

Причины появления ретенированных зубов:

- Удаление молочных зубов раньше срока.
- Нарушение закладки зачатка постоянного зуба.
- Сверхкомплектные зубы.
- Дефицит места (рядом стоящие зубы сильно сдвинуты друг к другу).
- Воспалительные заболевания молочных зубов.
- Неправильное расположение зачатка постоянного зуба.

Диагностика. Клинически определяется отсутствие зуба в зубной дуге или наличие молочного зуба. Нередко можно пропальпировать утолщение участка альвеолярного отростка, которое имеет форму непрорезавшегося зуба. Иногда в этой области отмечается воспаленная слизистая оболочка.

Ретенированные зубы могут приводить к изменению положения рядом стоящих зубов, что ведет к развитию неправильного прикуса и, как следствие, к эстетическим и функциональным дефектам. Также они могут вызывать чувство онемения из-за возможного давления на нервные волокна и окончания [3].

Диагностика проводится на основе характерной клинической картины и данных панорамной рентгенографии, на которой виден зуб, полностью располагающийся в кости и современной дентальной компьютерной томографии.

Лечение зависит:

- от возраста больного,
- расположения ретенированного зуба,
- наличия для него места в зубном ряду,
- формирования верхушки зуба.

При задержке молочного зуба и правильном положении постоянного показано удаление молочного зуба. Если ретенированный резец расположен на соответствующем месте, имеет

правильную форму, места для него в зубной дуге достаточно, то после устранения препятствия, т. е. удаления сверхкомплектного зуба, он может прорезаться самостоятельно.

Существует 3 способа выведения ретенированных зубов: ортодонтический, ортодонт-хирургический и хирургический.

Ортодонтическое выведения ретенированных зубов:

- Применение съемного протеза стимулирует прорезывание ретенированных зубов.
- Для стимулирования прорезывания ретенированных зубов предложены метод функционального раздражения при помощи съемной пластинки с накусочной площадкой по Катцу.
- Одновременно с удалением сверхкомплектных зубов нужно частично обнажать коронки ретенированных зубов, после чего на них укрепляют металлические колпачки с петлями или крючками. Затем ретенированные зубы устанавливают в правильное положение съемным ортодонтическим аппаратом с пружинами или резиновой тягой. При недостатке места расширяют зубной ряд, присоединяя к аппарату винты или пружины.

Ортодонт-хирургическое лечение.

1. Вытяжение клыка на хирургическом этапе. Для этого создается место и опора в зубной дуге. Создать место в дуге можно, удалив соседние малые коренные зубы или расширив участок зубной дуги. После этого обнажается коронка клыка. Сначала делается небольшой разрез для того, чтобы обнаружить зуб, после чего коронку зуба полностью обнажают, удаляя костную ткань, под которой располагается зуб.
2. Ортодонтический этап вытяжения клыка. Через 2-3 дня после операции по раскрытию коронки ретенированного зуба на этот зуб устанавливается специальный крючок, с помощью которого проводится вытягивание зуба. Тяга осуществляется с помощью эластичных материалов (меняются каждые две недели) или комбинированных дуг. После того, как вытяжение закончено, с помощью ортодонтических аппаратов создается правильное соотношение челюстей.

Если речь идет о стратегическом зубе для пациента, например, клыке здесь должно приниматься более взвешенное решение, и удаляются такие зубы, как правило, только тогда когда нет никаких шансов вытянуть их ортодонтическим путем. Если все таки решение принимается в пользу зуба, значит готовимся к хирургическому вмешательству. Делается небольшой разрез в проекции ретенированного зуба, при необходимости убирается часть кости, которая прикрывает зуб, а дальше на обнажившуюся часть корня цепляется ортодонтическая кнопка. Естественно все манипуляции проводятся под местной анестезией. Когда рана вокруг зуба заживает, дальнейшие

манипуляции по вытяжению зуба проводит ортодонт. Применение специальных эластиков, позволяет вытянуть зубчик, за короткий промежуток времени.

Хирургический метод

Непрорезавшиеся зубы удаляют, если:

- они периодически вызывают воспалительные явления
- при наличии фолликулярной и парадентальной кисте
- при постоянной травме этим зубом слизистой оболочки
- щечное или оральное расположение зуба (дистопия) [4]

Примеры клинических случаев

Пациент - подросток С. 14 лет

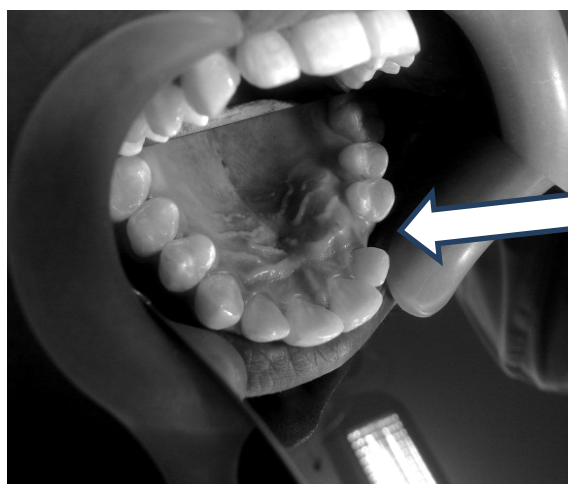
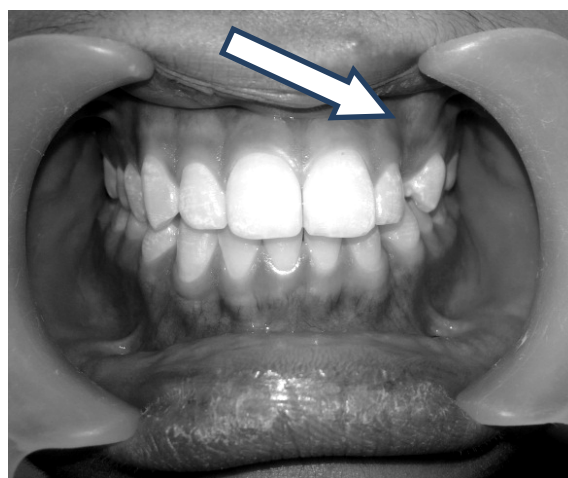


Рис. 1. - Снимки пациента до начала лечения. Стрелкой обозначено место, где должен находиться ретенированный клык



Рис.2. Рентгеновский снимок подтверждает наличие недостаток места ретенированного клыка.

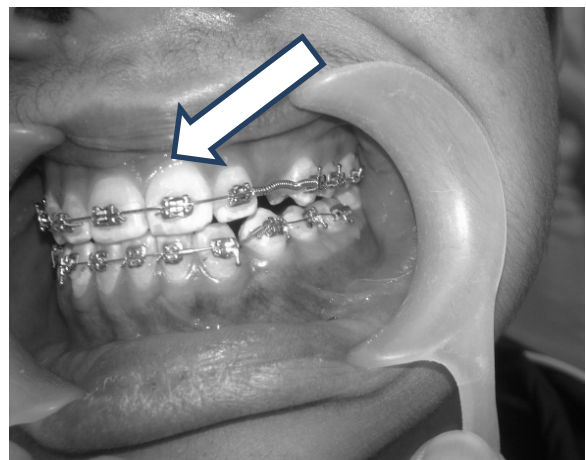


Рис. 3. - Видно, что для размещения клыка недостаточно пространства. Это и явилось причиной ретенции зуба.

После установки брекетов, первой задачей было создать необходимое пространство ретенированного зуба (клыка).

Рис.4. - Следующий этап лечения. Был проведен минимальный разрез слизистой в области ретенированного зуба и его к поверхности приклеен брекет. Такого результата достигли после 5 месяцев лечения.



Рис.5. - Прошел 1 месяц лечения брекетами, видно, что проблемный зуб существенно изменил свое положение в лучшую сторону.

Рис. 7. - Через 18 месяцев лечения, результат очень нравится нашему пациенту. Установка ретенированного зуба, лишь один из этапов исправления прикуса.



В данном случае был применен ортодонтхирургический метод, который показал свою целесообразность и значимость. Эффект достигнут как в плане эстетики, так и сточки зрения удобства для пациента.

Литература

1. Деклан Миллет, Ричард Уэллери. Решение проблем в ортодонтии и детской стоматологии. Перевод с английского. М., «МЕДпресс-информ», 2009.
2. В.А. Тугарин, Л.С. Персин, А.Ю. Порохин. Современная несъемная ортодонтическая техника эджуайс.- М., 1996
3. Ульям Р.Проффит. Современная ортодонтия. Перевод с английского. М., «МЕДпресс-информ», 2008
4. Равиндра Нанда. Биомеханика и эстетика в клинической ортодонтии. Перевод с английского. М., «МЕДпресс-информ», 2009.



Рис. 6. - Прошло 12 месяцев лечения брекетами. На глазах у пациента ситуация в полости рта улучшается.

IMPACTED TEETH (IMPACTED CANINE): CAUSES, DIAGNOSIS AND TYPES OF TREATMENT. MODERN APPROACH. CLINICAL CASE

D. Barataliev

Dental Clinic № 6

Dentist-orthodontist of the highest category,
Bishkek c., Kyrgyz Republic.

The article is devoted to consideration of the causes, diagnosis and treatment of impacted tooth (canine). Advanced approach of treatment is highlighted and clinical cases from doctor practice are demonstrated.

Key words: impacted tooth (canine), diagnosis, treatment.

УДК 611.428:611.383

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ТОНКОЙ КИШКИ И БРЫЖЕЕЧНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА КРЫСЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ PRINGLE-МАНЕВРА

Абильдаев Д.А.

Казахский Национальный медицинский
университет имени С.Д.Асфендиярова,
г. Алматы, Казахстан.

Введение. В 1908 г. ирландский хирург J.H. Pringle предложил пережимать гепато-дуоденальную связку (ГДС) с целью временной остановки кровотока из печени во время травмы /1/. Этот метод широко применяется и в настоящее время и заключается в пережатии ГДС при помощи сосудистого зажима или турникета. При этом методе полностью прекращается приток крови к печени. Общепринятая длительность непрерывного пережатия сосудов составляет 15–20 минут. Однако при прерывистом пережатии на 15 минут с интервалом прекращения пережатия на 5 минут длительность окклюзии может достигать 70 минут (H. Bismuth et al., 1989) и даже до 120 минут (D. Elias et al., 1991) [2].

Фундаментальные исследования аутолитических повреждений печени при полном выключении её из кровообращения выявили ультраструктурные реакции печёночных клеток к 15-40 минутам гипоксии, с выделением наибольшей чувствительности эндотелия синусоидов и гепатоцитов в периферической зоне долики [3,4,5,6,7].

Гораздо меньше в литературе освещено морфофункциональное состояние непарных органов брюшной полости, пребывающих в состоянии венозного полнокровия, вследствие временного пережатия ГДС, применяемое с целью профилактики чрезмерной интраоперационной кровопотери при операциях на печени [8,9].

Цель: изучить влияние острой внепеченочной портальной гипертензии вызванной Pringle-маневром на стенку тонкой кишки и брыжеечного лимфатического узла.

Материал и методы. Объектом исследования служили тонкая кишка и брыжеечные лимфатические узлы белых беспородных крыс массой 160-250 г обоего пола (рис.1).

Наркоз 5% раствором калипсола с премедикацией 0,01% атропина. Хирургический доступ – верхнесрединная лапаротомия. Воротная вена освобождалась от листков брюшины гидропрепарированием, затем по нее подводилась шелковая лигатура, а вдоль нее пластиковая трубка большего размера. Воротная вена перевязывалась вместе с пластиковой трубкой, прижимаясь к ней. Сроки пережатия воротной вены составляли 6,12,24, минут. Сроки забоя составляли 6 часов, 1 сутки, 7 суток. Микротомные срезы кишечника и брыжеечного лимфатического узла толщиной 5-7 мкм окрашивались гематоксилин эозином.

Результаты исследования. При блокаде воротной вены выше впадения селезеночной вены крысы не выживали после временного пережатия более 25 минут. Животные погибали в течение первых 6-12 часов после операции. Сразу после перевязки воротной вены органы брюшной полости меняют свою окраску, и через 2-5 минут тонкая кишка приобретает синюшную, а затем темно-вишневую окраску с резким расширением и переполнением венозных сосудов. Вначале в стенку органа проникают точечные, а потом более обширные кровоизлияния.

При 6-минутной внепеченочной острой портальной гипертензии на 3 сутки гомомикроциркуляторное русло тонкого кишечника имеет тенденцию к восстановлению, а к 7 суткам они показатели приходят к исходным величинам.

При 12-минутной острой внепеченочной портальной гипертензии к 7 суткам параметры гомомикроциркуляторного русла тонкого

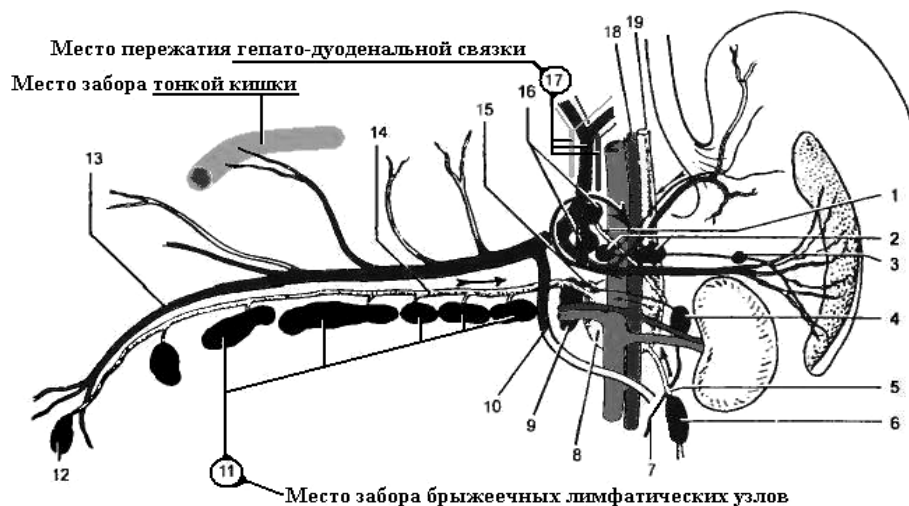


Рис.1. Система воротной вены у крыс (дополнено)

кишечника близки к улучшению.

Критическим сроком пережатия явилась 24-я минута, когда наблюдались необратимые явления в исследуемых органах в виде разрастания соединительной ткани на месте гипоксии, что явно прослеживается через 1 месяц после перевязки воротной вены (рис.2).

Морфология тонкого кишечника и брыжеечного лимфатического узла через 3 часа после пережатия v. portae на 24 минуты показала следующую картину (рис. 3,4).

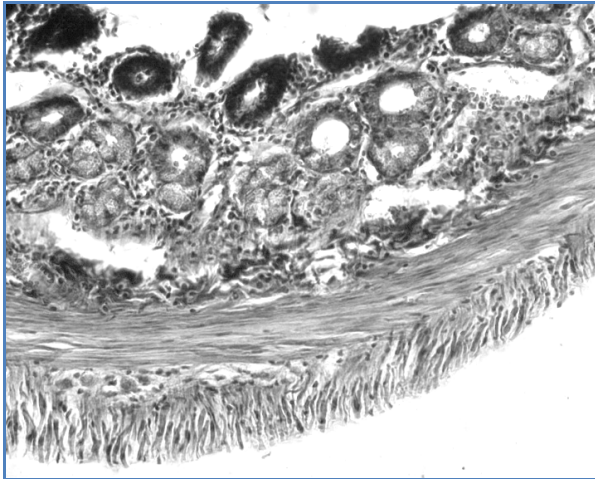


Рис.2. - Тонкая кишка. Разрастание соединительной ткани на месте гипоксии через 1 месяц после перевязки воротной вены на 24 минуты. Окраска ван Гизон. Ув. 100.

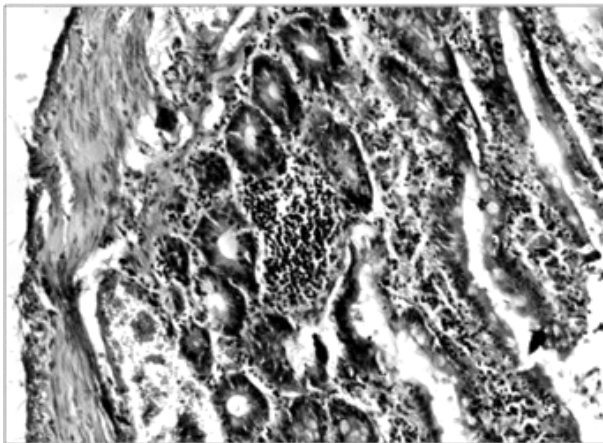


Рис.3. - Тонкая кишка крысы через 3 часа после пережатия ГДС на 24 минуты. Резкое расширение сосудов в подслизистой основе и слизистом слое, отек лимфатического узелка с расширением лимфатических капилляров. Гематоксилин-эозин. Ув.×100.

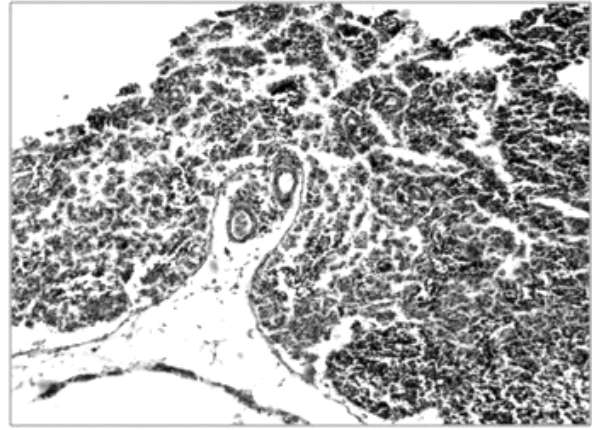


Рис.4. - Паренхима лимфатического узла крысы через 3 часа после пережатия ГДС на 24 мин. Переполнение венозных сосудов кровью. Диапедезные кровоизлияния в паренхиму лимфоузла. Возрастание плотности клеток. Наличие крови в мозговых синусах. Гематоксилин-эозин. Ув.×100.

Состояние тонкого кишечника и брыжеечного лимфатического узла на 3 сутки после пережатия воротной вены на 24 минуты претерпела следующие изменения (рис. 5,6).

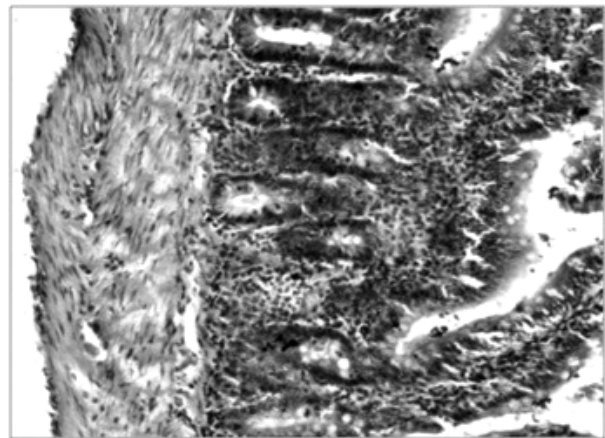


Рис.5. - Тонкая кишка крысы через 3 суток после пережатия ГДС на 24 минуты. Утолщение мышечной оболочки за счет диффузного отека. Расширение лимфатических сосудов в подслизистой основе и обильная лимфоцитарная инфильтрация слизистого слоя. Гематоксилин-эозин. Ув.×100.

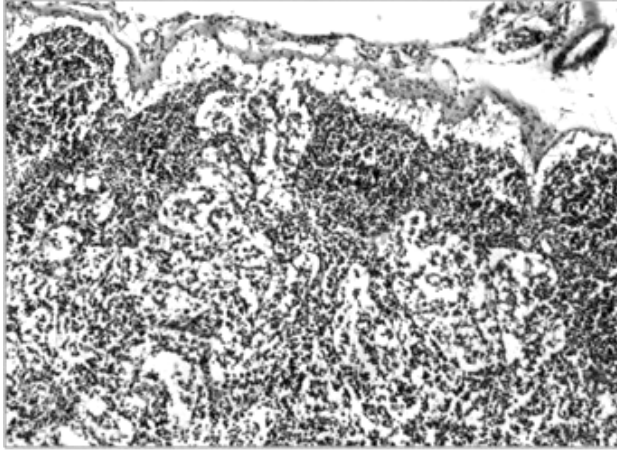


Рис.6. - Паренхима лимфатического узла крысы через 3 суток после пережатия ГДС на 24 мин. Уменьшение плотности клеток. Фрагментация мягкотных тяжей. Значительное расширение синусов и их обеднение форменными элементами крови. Гематоксилин-эозин. Ув.×100.

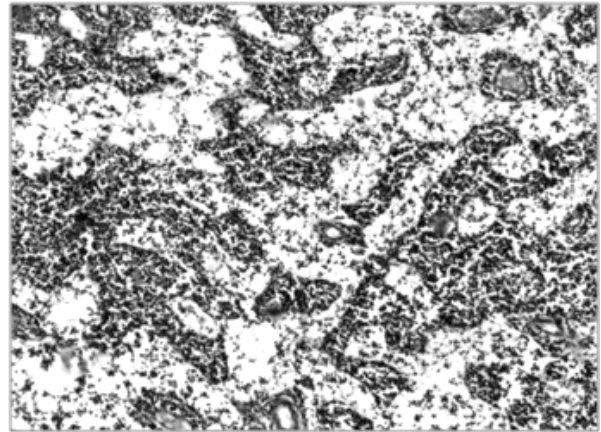


Рис.8. - Паренхима лимфатического узла крысы через 7 суток после пережатия ГДС на 24 мин. Уменьшение плотности клеток. Венозные сосуды полнокровные. Значительное расширение синусов и их обеднение форменными элементами крови. Гематоксилин-эозин. Ув.×100.

Структура тонкой кишки и брыжеечного лимфатического узла к концу первой недели после пережатия воротной вены на 24 минуты показана на рисунках 7,8.

Наливка 0,5% раствором азотнокислого серебра выявила следующие изменения гемомикроциркуляторного русла на пленчатых препаратах стенки тонкой кишки в этих же сроках (рис. 9,10,11,12)

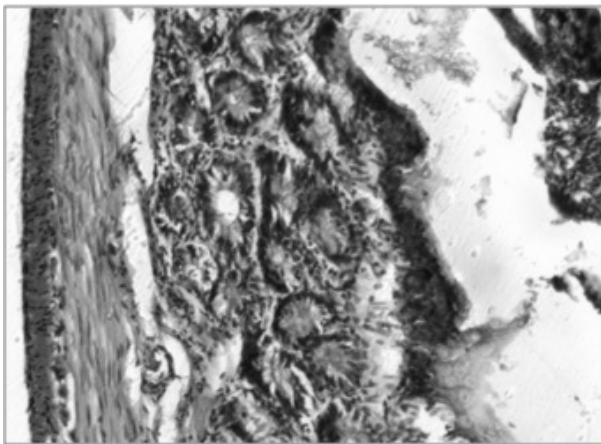


Рис.7. - Тонкая кишка крысы через 7 суток после пережатия ГДС на 24 минуты. Отек мышечной ткани уменьшается. Отек подслизистой основы с расширением лимфатических сосудов. Гематоксилин-эозин. Ув.×100.

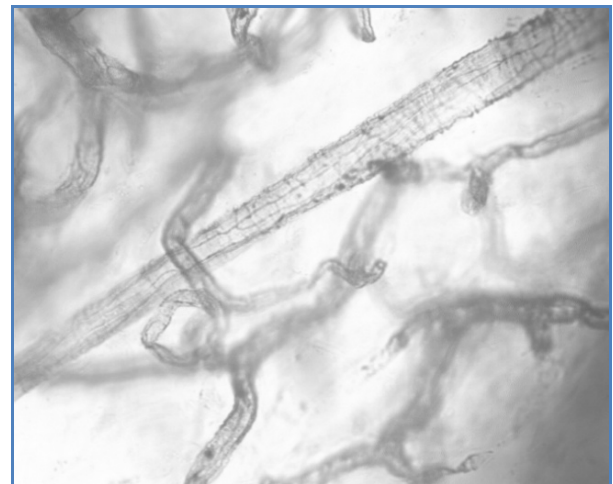


Рис.9. - Тонкая кишка. Контроль – ход артериол прямой, прекапилляры и капилляры умеренно извилистые. Ув. 200, 0,5% AgNO₃.

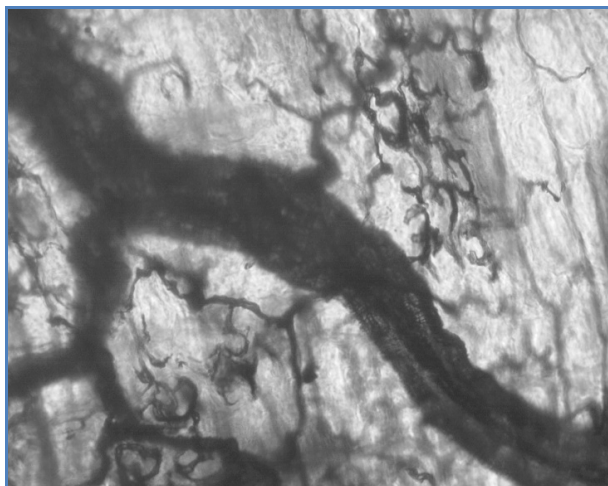


Рис.10. ГМЦР серозной оболочки тонкой кишки крысы через 3 часа после пережатия ГДС на 24 минуты. Резкая гиперхромность и расширение капилляров посткапилляров и венул. Ув.×100. Наливка 0,5% раствором азотнокислого серебра



Рис.12. ГМЦР мышечной оболочки тонкой кишки крысы через 7 суток после пережатия ГДС на 24 минуты. Циркулярное сужение сфинктеров артериол и прекапилляров. Ув.×200. Наливка 0,5 % раствором азотнокислого серебра.

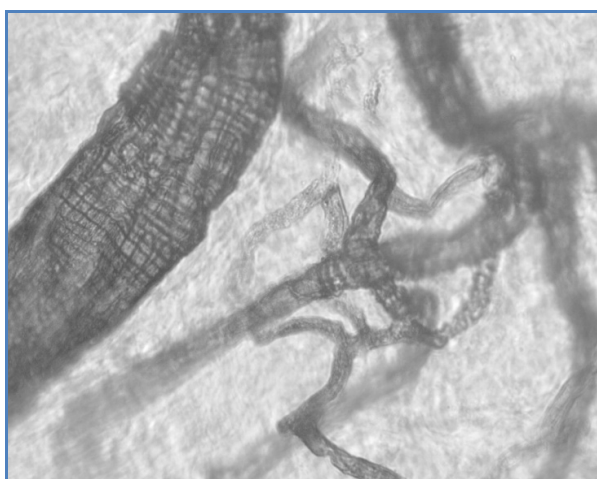


Рис.11. ГМЦР серозной оболочки тонкой кишки крысы через 1 сутки после пережатия ГДС на 24 минуты. Артериолы и прекапилляры серозной оболочки неравномерно расширены. Появление артериоло-венулярных анастомозов. Ув.×200. Наливка 0,5 % раствором азотнокислого серебра

В общем вплоть до 7 суток на микропрепаратах выявлены изменения в виде расширения и полнокровия сосудов, интерстициального отека и большого количества экстравазатов, которые к концу исследованию вызывают лейкоцитарную реакцию и инфильтрацию подслизистого слоя и утолщение мышечного слоя.

В подслизистой основе кровоизлияния представлялись обширными, местами сплошными на значительном протяжении.

Капилляры серозной оболочки кишечника в результате полнокровия настолько расширяются и удлиняются, что говорит о потере свойственной им формы. Наибольшему расширению подвергается сеть посткапиллярных вен. Последние резко и неравномерно расширены, ход их извилист. Морфологические изменения стенки тонкого кишечника в значительной мере снижают его барьерную функцию, проявляющуюся в повышении проницаемости кишечной стенки. На вскрытии в просвете всего кишечника обнаруживается темная кровь, смешанная с его содержимым.

Лимфатическая система тонкой кишки, выполняющая компенсаторно-дренажную функцию, также претерпевает стадийные изменения, которые все же не позволяют купировать необратимые повреждения в «охраняемом» органе при длительности пережатия воротной вены на 24 минуты.

Заключение. Структурные изменения микроциркуляторного русла тонкой кишки и брыжеечного лимфатического узла зависят от длительности существования острой внепеченочной портальной гипертензии и критическим сроком оказалась 24-минутное пережатие воротной вены, при котором изменения оставались достоверно повышенными в течение всего срока исследования – 7 суток.

Вывод. Таким образом, самый крупный орган бассейна воротной вены – тонкая кишка, становится морфофункционально уязвимым органом мишени в условиях венозного полнокровия, созданного таким общепринятым и часто применяющимся в хирургии печени методом остановки кровотечения, как пережатие портальной триады. Вследствие этого возникает настоятельная необходимость в разработке интраоперационного способа коррекции этого состояния.

Литература

1. Pringle J.H.. Notes on the arrest of hepatic hemorrhage due to trauma. Ann Surg 1908; 48: 541-549;
2. Баймаханов Б.Б., Г.В. Федотовских, Е.А. Енин, М.М. Сахипов, А.Т. Миржакыпов. Морфофункциональное состояние печени экспериментальных животных при применении Прингл-маневра. Медицина, №8, 2007, С.52-56.
3. Лопухин Ю.М. Ультраструктурные основы жизнеспособности печени, почек и сердца - М. Медицина, 1977. - С. 254;
4. Шамардина Л.А. Электронномикроскопическая характеристика ткани печени на подготовительном этапе ее трансплантации // Журнал «Здравоохранение Казахстана». – 1972. - №3. - С. 27-29;
5. Сухоруков В. П., Изменения микроструктуры печени при различных режимах пережатия печеночно-двенадцатиперстной связки в эксперименте. 1996, - Актуальные вопросы хирургии. - С. 335-337;
6. Баркая К.К. Влияние плаферона на морфологические изменения ткани печени, развившиеся в результате ее односторонней тотальной ишемии. 2000, Мед. новости Грузии. - №9. - С. 23-25;
7. Какабадзе З. Р. Морфофункциональные изменения в гепатоцитах при 15-20- и 40-минутной ишемии печени - 2002, - Мед. новости Грузии. - №6. - С. 80-82.
8. Коростовцева Н.В. Прекращение притока крови к печени и предупреждение его последствий. Ленинград, «Медицина», 1971, 160 с.
9. Дыскин Е.А., Гайворонский И.В., Еременко В.П. Морфофункциональные изменения сосудистого русла при блокаде портального кровотока. Вестник хирургии, №5, 1990, С.46-50.

EFFECT OF THE VENOUS PLETHORA IN PORTAL VEIN SYSTEM AT PRINGLE-MANEUVER APPLICATION

Abildayev D.A.

**Kazakh National Medical University
named after S.D. Asfendiyaro,
Almaty, Kazakhstan.**

Morphological changes of a wall of an intestine appreciably reduce the barrier function that shown in increasing of intestinal wall permeability. Thus, there is an imperative need in working out of an intraoperational method of correction this condition.



УДК: 615.244:616-005.4

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ИШЕМИИ-РЕПЕРФУЗИИ ПЕЧЕНИ И НА ФОНЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Абильдаев Д.А.

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан.

Экспериментальная работа проведена на собаках, которым моделировали ишемию-реперфузию печени интермиттирующим вариантом Pringle-маневра (15+5 мин) в течение 80 минут пережатием портальной триады. Хирургическая коррекция проводилась с помощью интраоперационного экстракорпорального управляемого сплено-югулярного шунтирования (ИЭУСЮШ). В работе показан региональный эффект влияния метода коррекции на морфофункциональное состояние тонкой кишки. Выявлена положительная динамика давления в системе воротной вены с сохранением гемомикроциркуляторного русла и структуры тонкой кишки, за счет купирования местного венозного полнокровия предлагаемым способом.

Ключевые слова: ишемия-реперфузия, портальная триада, интермиттирующий Pringle-маневр, сплено-югулярное шунтирование, острая портальная гипертензия, тонкая кишка.

Введение. Актуальной проблемой современной хирургии является применение ишемии-реперфузии путем пережатия ствола или ветвей воротной вены, а иногда и всей портальной триады. К таким оперативным вмешательствам можно отнести ортотопическую трансплантацию печени, ее анатомическую и неанатомическую резекцию, лапароскопическую резекцию труднодоступных VII и VIII сегментов, а также оперативное лечение рака поджелудочной железы [5,10,3,12,14,7].

Во втором разделе Резолюции XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ "Актуальные проблемы хирургической гепатологии", (27-29 сентября 2006 г., Алматы, Казахстан) под названием «Кровосберегающие технологии при операциях на печени» выделили понятие "бескровная хирургия печени", которое подразумевает применение комплекса кровосберегающих технологий как в периоперационном периоде, так и во время операции, направленных на снижение кровопотери и позволяющих избежать переливания аллогенных компонентов крови. Так, постановили, что ишемию-реперфузию необходимо применять при интенсивном кровотечении из среза печени. Оптимальным является интермиттирующий вариант Pringle-маневра [8]. По исследованиям Kwan Man et al. (1999) максимальное время толерантности печени к ишемии-реперфузии при 20-ти минутном пережатии и 5 минутной реперфузии органа

составляет на сегодняшний день 120 минут [13].

На сегодняшний день существует ряд работ доказывающих отрицательное воздействие вышеназванной экспозиции воротного блока на органы портального бассейна, в том числе и тонкую кишку [2,17]. Однако остается открытым вопрос интраоперационной хирургической коррекции последствий пережатия сосудистых элементов гепатодуоденальной связки, которому посвящены лишь единичные работы [4].

Материалы и методы. Исследование выполнено на 25 беспородных собаках обоего пола массой 10-14 кг в соответствии с «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных». Срок наблюдения за экспериментальными собаками составил период острого эксперимента. Во время операции собакам проводилось измерение портального давления прямым методом с помощью пружинного манометра. В конце каждого цикла пережатия гепатодуоденальной связки забирался сегмент тонкой кишки длиной 5 см. Эксперимент составляли 3 серии: 1 серия – лапаротомия (контроль), 2 серия – ишемия-реперфузия печени $(15+5) \times 4 = 80$ минут, 3 серия – ишемия-реперфузия печени $(15+5) \times 4 = 80$ минут на фоне ИЭУСЮШ.

Все серии проводили под тиопенталовым наркозом с предварительной премедикацией, с последующим переводом животного на управляемое дыхание мешком Амбу. Забор тонкой кишки осуществляли по всем правилам резекции кишечника (для 2 и 3 серий в момент 5 минутной реперфузии печени). В конце каждого 15 минутного цикла производили измерение портального давления. В третьей серии (Pringle-маневр + коррекция) все этапы эксперимента были идентичны 2-ой серии. Однако для проведения хирургической коррекции с помощью ИЭУСЮШ дополнительно производилась катетеризация наружной яремной вены и основной ветви селезеночной вены. Оба катетера соединялись между собой с помощью обычной пластиковой трубкой от системы переливания медицинских растворов. Затем трубка проводилась через ролики медицинского перистальтического насоса НПМ-1. Для предотвращения свертывания крови трубку изнутри обрабатывали р-ром гепарина и в течение эксперимента болюсно вводили 100 МЕ/кг через резиновую манжету. Зная среднюю скорость кровотока по воротной вене (150-180 мл/мин соответственно массам собак) скорость перекачивания насоса устанавливали по прилагаемой к нему таблице и подключали в момент пережатия гепатодуоденальной связки. Для поддержания кровотока по трубке и предотвращения в ней тромбообразования насос не останавливали до нуля в момент реперфузии, а устанавливали на минимальную скорость (40 мл/мин), что предотвращало печень от массивного «токсического удара» [6]. Животные выводились из эксперимента запатентованным методом кафедры клинической анатомии и оперативной хирургии КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, который предполагал

одномоментную остановку сердца и дыхания путем введения раствора КСI и большой дозы тиопентала натрия [1].

Ткани тонкой кишки окрашивались гематоксилин-эозином, а для выявления сосудистой сети тонкой кишки, ее сегмент наполняли 0,5% раствором азотнокислого серебра по Выренкову. Все микропрепараты изучались на световом микроскопе Leica DM1000.

При морфометрии применяли стандартную методику определения диаметра сосудов с помощью окуляр- и объектмикрометра. Количественные показатели представительной выборки проверялись на нормальность распределения в программе STATISTICA версии 6.0, что позволило далее их обрабатывать методом вариационной статистики. Затем вычисляли среднюю арифметическую (M), среднеквадратичное отклонение (σ) и ошибку среднеарифметического показателя (m). Достоверность различия между среднеарифметическими показателями вычисляли по таблице Стьюдента (p).

Результаты исследований. Сравнительные данные портального давления представлены на рис.1. Наблюдался резкий подъем давления в конце всех циклов пережатия портальной триады, которое постепенно снижалось, что объясняли рефлекторным падением тонуса стенки воротной вены и открытием естественных порто-кавальных анастомозов. И, напротив, давление в воротной вене при интраоперационной декомпрессии портальной системы методом ИЭУСЮШ оставалось в пределах контрольных величин. Достоверное увеличение диаметра гемомикроциркуляторного русла тонкой кишки наступало уже к концу 2-го цикла или 35 минуты пережатия гепатодуоденальной связки без коррекции, тогда как на фоне шунтирования лишь к 4 циклу (80 минут) (рис.2,3). Дистрофические изменения в структуре тонкой кишки при ишемии-реперфузии без коррекции наблюдались к концу 80 минуты в виде распространенных сливных кровоизлияний, некроза энтероцитов и десквамации эпителия. Подобных дистрофических изменений не наблюдалось при коррекции ИЭУСЮШ (рис.4,5).

Обсуждение результатов. Тонкая кишка является самым крупным органом мишени при острой портальной гипертензии, как с позиции ее размера, что обеспечивает сильнейшую эндотоксемию, так и сложности кровоснабжения, связанного с отсутствием порто-кавальных анастомозов. Наши данные созвучны с исследованиями Гайворонского И.В. и соавт. (2010), которые сообщили о точном сроке появления грубых дисциркуляторных расстройств в тонкой кишке («30 минута пережатия»), а также о моменте наступления дистрофических изменений в полых органах («в середине второго часа пережатия») [9].

Потеря целостности эпителиального барьера кишечника клинически важна, поскольку она связана с развитием сепсиса и полиорганной недостаточности, возникающих после основной операции, травмы и шока [9,11].

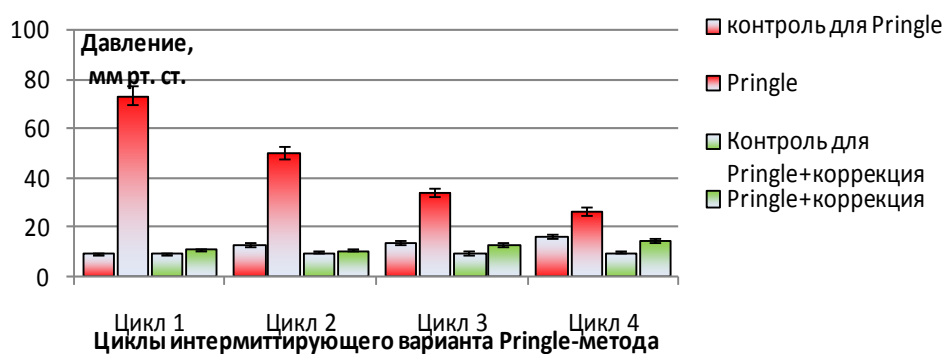


Рис.1. Давление (мм рт.ст.) в воротной вене опытных собак при Pringle-маневре без коррекции и на фоне ИЭУСЮШ в зависимости от цикла исследования ($M \pm m$)

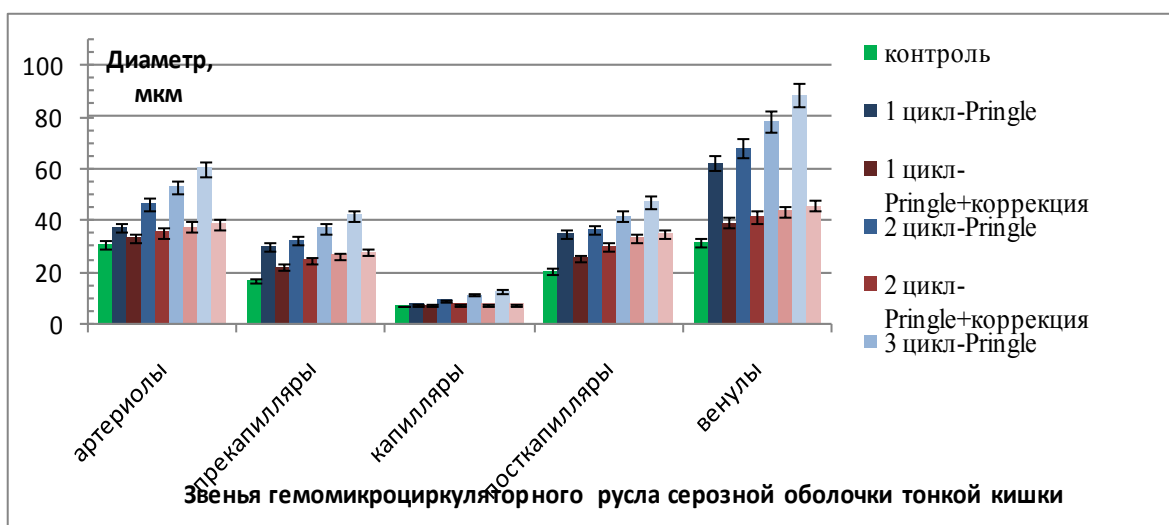


Рис.2. Диаметр (мкм) звеньев гемомикроциркуляторного русла мышечной оболочки тонкой кишки при интермиттирующем Pringle-маневре без коррекции и на фоне ИЭУСЮШ ($M \pm m$)

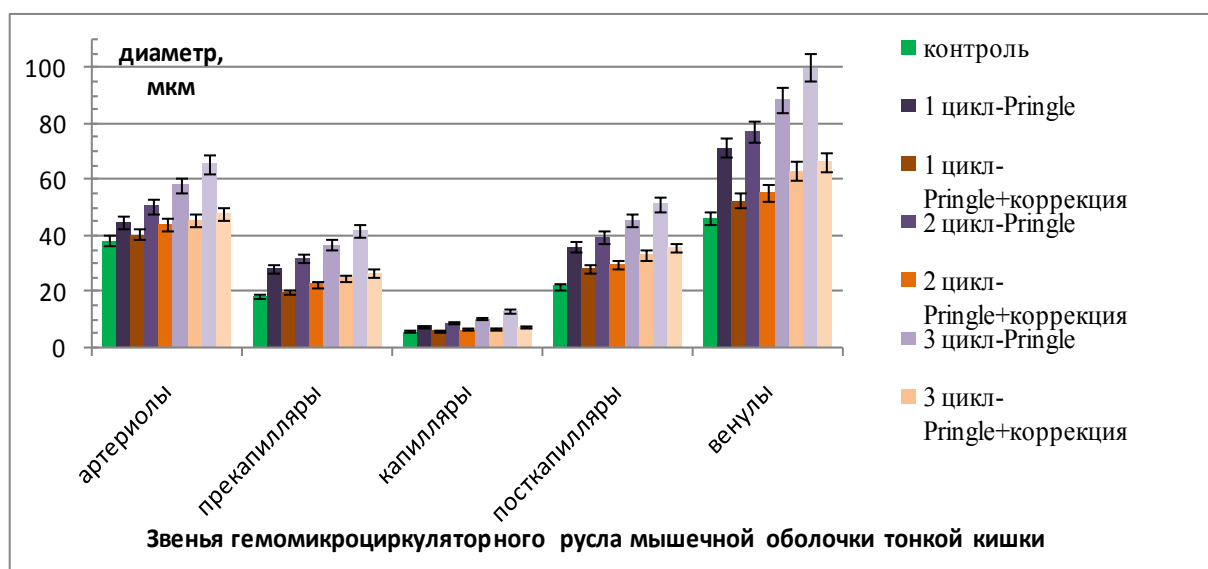


Рис.3. Диаметр (мкм) звеньев гемомикроциркуляторного русла серозной оболочки тонкой кишки при интермиттирующем Pringle-маневре без коррекции и на фоне ИЭУСЮШ ($M \pm m$)

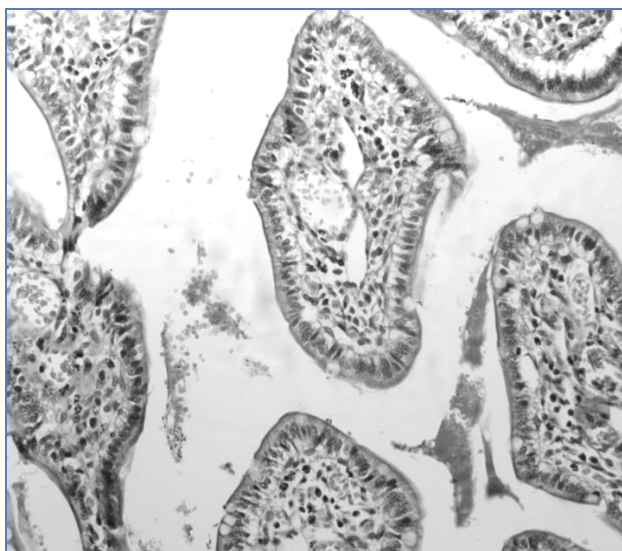


Рис.5. - Ворсинки тонкой кишки собаки после 4-го цикла (80 минута) пережатия ГДС. Нарушение целостности эпителия ворсинок в области крипт. Следы кровотечения в полость кишечника. Сдавление лимфатического сосуда за счет переполненных артериолы и венулы. Десквамация эпителия. Г-э. Ув.×200.

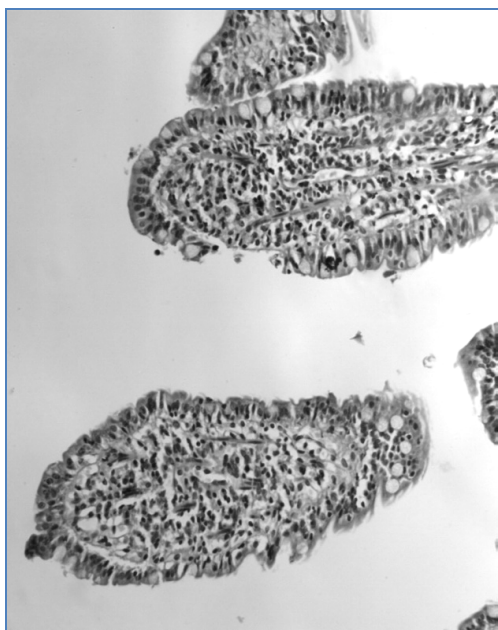


Рис.6. – Ворсинки тонкой кишки собаки после 4-го цикла (80 минута) пережатия ГДС на фоне ИЭУСЮШ. Лимфатические и кровеносные сосуды не расширены. Гематоксилин-эозин. Ув.×200.

Это особенно важно для пациентов с печенью малых размеров после резекции, с дисфункцией паренхиматозных органов из-за химиотерапии, холестаза и цирроза печени [15]. Повреждение эпителия тонкой кишки и развитие эндотоксемии при ишемии-реперфузии печени доказано Simon A. с помощью определения в крови такого точного маркера повреждения эпителиоцитов, как I-FABP (белок, связывающий жирные кислоты) и титра антител IgG к эндотоксину [16]. Таким образом, данная экспериментальная работа на

морфологическом уровне показывает достоверное уменьшение повреждающего влияния ишемии-реперфузии печени с применением ИЭУСЮШ на микроструктуры тонкого кишечника, что в свою очередь, позволяет косвенно судить о снижении эндотоксемии и улучшении послеоперационного периода.

Вывод. Метод ИЭУСЮШ благоприятно влияет на гемомикроциркуляторное русло и тканевые структуры тонкой кишки при острой внепеченочной портальной гипертензии, вызванной интермиттирующим Pringle-маневром и его можно рекомендовать как рутинный способ коррекции при операциях на печени и поджелудочной железе, сопровождающихся селективным или тотальным пережатием воротной вены.

Литература

1. Алмабаев Ы.А., Идрисов А.А., Нажимов Б.С. и соавт. Новый способ выведения животных из эксперимента. Авторское свидетельство № 11756 на изобретение // Вопросы морфологии и клиники.-Алматы,-2002.-Вып.7.-с.440-442.
2. Гайворонский И.В., Лазаренко В.А., Суров Д.А., Ничипорук Г.И., Сотников А.С. Морфофункциональные изменения органов портального бассейна при острой окклюзии воротной вены.-Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье», 2010.-№3.-С.25.
3. Гринцов А.Г., Аглуллин И.Р., Гольмамедов П.Ф. Технические особенности и сложности выполнения анатомических и неанатомических резекций печени // Украинский журнал хирургии.-2011.-№3(12).-С.256-259.
4. Затолокин В.Д. и соавт. // Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии.-Курск.-1987.-С.91-92.
5. Корнилов М.Н., Миросердов И.А., Погребниченко И.В. и др. Интраоперационный выбор техники вава-кавальной реконструкции при ортотопической трансплантации печени. Вестник трансплантологии и искусственных органов. -5(43).-2008.-С.17-22.
6. Сухорукнов В.П., Муратов А.В., Субботина Т.И. Анализ морфологических изменений в ткани печени при различных режимах временной окклюзии печеночно-двенадцатиперстной связки в эксперименте на кроликах/ I Съезд патологоанатомов России, 21-24 января 1997 г.-Москва,1997.-С.101-102.
7. Фрайштейн И.А., Тюрин И.Е., Молчанов Г.В. и др. Реконструкция спленопортомезентериального соединения при панкреатодуоденальной резекции // Анналы хирург. Гепатологии.-2008.-Т.13.,№4.-С.33-36.
8. Цвиркун В.В., И.М. Буриев, В.П. Глабай, П.С. Ветшев. Резолюция XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ "Актуальные проблемы хирургической гепатологии", 27-29 сентября 2006 г., Алматы, Казахстан. Анналы хирург. гепатологии.- 2006.-Т.11,№4.- С.113-115.
9. Derikx JP, Poeze M, van Bijnen AA, Buurman WA, Heineman E (2007) Evidence for intestinal and liver epithelial cell injury in the early phase of sepsis. Shock 28: 544-8.
10. Francis N., M.Le, J.Belghiti et al. Specific vascular complication of orthotopic liver transplantation with preservation of retrohepatic vena cava: review of 1361 cases // Transplantation. V. 68(5). 15 September 1999. P.646-650.
11. Holland J, Carey M, Hughes N, Sweeney K, Byrne PJ, et al. (2005) Intraoperative splanchnic hypoperfusion, increased intestinal permeability, down-regulation of monocyte class II major histocompatibility complex expression, exaggerated acute phase response, and sepsis. Am J Surg 190: 393-400.
12. Ho-Seong Han, Jai Young Cho, Yoo-Seok Yoon. Techniques for performing laparoscopic liver resection in various hepatic location. J Hepatobiliary Pancreat Surg.-2009.-16.-p.427-432.
13. Kwan Man, Sheung-Tat Fan, Irene O.L. et al. Tolerance of the liver to intermittent Pringle-maneuver in hepatectomy for liver tumors // Arch.Surg.-May,1999.-Vol.134.
14. Maehara S, Adachi E, Shimada M, Taketomi A, Shirabe K,Tanaka S, et al. Clinical usefulness of biliary scope for

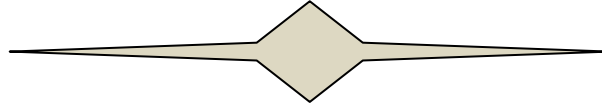
- Pringle's maneuver in laparoscopic hepatectomy. *Jam Coll Surg.* 2007.-205:816-8.
15. Poon RT, Fan ST (2004) Hepatectomy for hepatocellular carcinoma: patient selection and postoperative outcome. *Liver Transpl* 10: 39-45.
16. Simon A.W.G. Dello, Kostan W. Reisinger, Ronald M. van Dam et al. Total intermittent Pringle maneuver during liver resection can induce intestinal epithelial cell damage and endotoxemia // *PLoS ONE.* - January, 2012. - Volume7. - Issue1. - e30539. - P.1-6. -www.plosone.org.

MORPHOFUNCTIONAL CONDITION OF THE SMALL INTESTINE UNDER LIVER ISCHEMIA-REPERFUSION AND SURGICAL CORRECTION

Abildayev D.A.

**Kazakh National Medical University
named after S.D. Asfendiyarov,
Almaty, Kazakstan.**

Surgical correction method has improved the dynamics of portal pressure and keep hemomicrocirculation and structure elements of the small intestine by local venous plethora cupping.



УДК 616.62-089.844

**ЛИМФОТРОПНЫЕ И
АНГИОСТИМУЛИРУЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ
ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ
НА МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ**

Губанов Е.Б., Бейсембаев А.А.

Международная Академия традиционной и экспериментальной медицины при МЗ КР, Кыргызско-Российский Славянский Университет, г. Бишкек, Кыргызская Республика.

В эксперименте, применение лимфотропно-ангиостимулирующих технологий сокращает период заживления ран МВС почти на неделю и способствует раннему стиханию воспаления путем опосредованного воздействия на интерстиций.

Ключевые слова: мочевыделительная система, лимфотропные и ангиостимулирующие технологии.

Регенерация операционных дефектов стенки полых органов мочевыделительной системы (МВС) происходит в условиях постоянного функционирования. Вместе с тем, к постоянному контакту с мочой адаптирована лишь слизистая оболочка этих органов. Заживление подслизистого слоя и мышечной оболочки в условиях постоянного раздражения мочой приводит к интенсивному росту соединительной ткани в зоне дефекта [1].

Для создания герметичных и надежных соединений и анастомозов в оперативной урологии необходима, прежде всего, правильная техника наложения швов и качественный шовный материал. В настоящее время наиболее востребованными в хирургии полых органов МВС являются рассасывающиеся атравматические шовные материалы на основе полигликолевой кислоты.

Однако при необходимости создания герметичного анастомоза требуется частое наложение узловых швов, что с одной стороны нарушает кровоснабжение, с другой – значительно увеличивает количество шовного материала в зоне соединения [4].

Наиболее вероятными осложнениями, связанными с дефектами шовных соединений при операциях на полых органах, являются образование мочевого свищей и сужение просвета мочеточников, что составляет, в среднем, 6,5 % [6], а частота несостоятельности швов при илеоцистопластике колеблется в пределах от 7,7 до 17,6% [5, 2].

Любая хирургическая операция всегда должна предусматривать сохранность или восстановление полноценного кровоснабжения зоны поражения и чем быстрее это происходит, тем благоприятнее протекает послеоперационный период, снижается процент осложнений.

Как известно, образование кровеносных сосудов определяется васкулогенезом и ангиогенезом. Ангиогенез включает в себя пролиферацию и миграцию эндотелиальных клеток в первичных васкулярных структурах и способствует васкуляризации эктодермальных и мезенхимных органов, реконструкции капиллярной сети [3].

С точки зрения концепции «терапевтического ангиогенеза», большой интерес представляет белок – ангиогенин [1]. В ЗАО «Саяны» разработана оригинальная биотехнология получения модифицированного ангиогенина человека – препарат «рек-ангионенин». Методы современной биотехнологии позволили ЗАО «Саяны» наработать рек-ангионенин в препаративных количествах. В Кыргызстане данный препарат запатентован как лечебное средство «фармаген».

Цель исследования: дать экспериментальное обоснование эффективности препарата «фармаген» при оперативных вмешательствах на мочевом пузыре.

С целью оценки репаративного процесса и для объективного контроля за процессами заживления ран стенки мочевого пузыря ткани области хирургической раны исследовались общепринятыми макро-микроскопическими, гистологическими и морфометрическими методами.

Как показали результаты проведенного исследования, применение биостимулирующего геля «фармаген» способствует раннему стиханию воспаления, более раннему развитию соединительной ткани и полному заживлению стенки мочевого пузыря в 1,5 раза быстрее, чем при спонтанном их заживлении, что проявляется максимальным эффектом его биостимулирующих свойств направленных на стимуляцию раннего ангиогенеза в регенерирующих поврежденных тканях. Следует также отметить, что в условиях применения фармагена уже на первые сутки наблюдения выявлялось большое количество тучных клеток и последующее ускорение снижения интерстициального отека, ибо препарат обладает выраженным лимфотропным эффектом.

Таким образом, применение лимфотропно-ангиостимулирующих технологий сокращает период заживления ран МВС почти на неделю и способствует раннему стиханию воспаления путем опосредованного воздействия на интерстиций.

Следовательно, внедрение интраоперационного применения фармагена в клиническую практику поможет оптимизировать результаты лечения больных в оперативной урологии.

артериального и легочно-тканевого кровотоков, чем при обычной гемигепатэктомии. При этом

Литература

1. Бурлева Е.П., Крохина Н.Б., Мертвецов Н.П. Морфологическая оценка эффективности лечения экспериментальной ишемии конечности рек-ангиогенином // Патология кровообращения и кардиохирургия.- 2002.- № 2.- С.46-50.
2. Морозов А.В., Антонов М.И., Павленко К.А. Замещение мочевого пузыря сегментом кишечника (ортогепатическая реконструкция мочевого пузыря). Урология. – 2000.- №3.- С. 26-31.
3. Шестенко О.П., Никонова С.Д., Мертвецов Н.П. Ангиогенин и его роль в ангиогенезе // Молекулярная биология.-2001.- том 35.- № 3.- С.349-371.
4. Gill I.S., Kaouk J.H., Meraney A.M. et al. Laparoscopic radical cystectomy and continent orthotopic ileal neobladder performed completely intracorporelly: the initial experience./ J. Urol.-2002.- Vol. 168.- P. 13-18.
5. Hautmann R.E., Petriconi R. et al/ The ileal neobladder: complications and functional results in 363 patients after 11 years of followup./ J. Urol. – 1999.- Vol. 161.- P. 422-428.
6. Uzzo R.G., Novick A.C. Nephron sparing surgery for renal tumors: indications, techniques and outcomes./ J Urol.-2001.- Vol.166.-P.6-18.

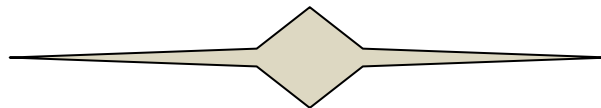
LYMPHOTROPIC AND ANGIOSTIMULATION TECHNOLOGIES IN SURGICAL INTERVENTIONS ON THE BLADDER

E. Gubanov, A. Beisembaev

International Academy of traditional and experimental medicine at the Ministry of Health, Bishkek c., the Kyrgyz Republic.

In the experiment, the use of lymphotropic and angiostimulation technologies reduces the period of wound healing of the urinary system and contributes to early reduction of inflammation by indirect effects on the interstitium.

Keywords: urinary system, lymphotropic and angiostimulation technologies.



УДК 616.36-089.87-091.8

ГЕПАТОПУЛЬМОНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ И V.AZYGOS

Семжанова Ж.А.

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова г.Алматы, Казахстан.

В эксперименте на собаках изучено развитие гепатопульмонального синдрома при внутрипеченочной портальной гипертензии, созданной посредством гемигепатэктомии, а также на фоне перевязки основного портокавального анастомоза v. azygos. Доказано, что перевязка непарной вены вызывает сравнительно большее повышение давления в малом круге кровообращения и снижение легочно-

диаметры терминальной артериолы легких, прекапилляров, капилляров, посткапилляров и венул были также больше по сравнению с резекцией половины печени без перевязки непарной вены.

Ключевые слова: гепатопульмональный синдром, портальная гипертензия, непарная вена, резекция печени.

Результаты изучения сдвигов кровотоков по полным венам и венозного возврата в условиях нарушения легочной гемодинамики не позволяют ответить на вопрос о причинах уменьшения этих показателей. Не освящен также вопрос об участии непарной вены во взаимосвязях легочного и печеночного кровообращения. На связь между заболеваниями печени и нарушениями функции легких обратили внимание более 100 лет назад, а

термин "печеночно-легочный синдром" (ПЛС) был предложен Т. Kennedy и R. Knudson в 1977г. [1,2].

Патогенетическую основу ПЛС составляет внутрилегочная вазодилатация, механизмом развития которой является дисбаланс между вазоконстрикторами и вазодилататорами с преобладанием последних [3,4,5].

Для установления функциональной и морфологической взаимосвязи между печенью и легкими возникает необходимость научных изысканий экспериментального характера, где исключается фактор болезни. Более того, такая работа поможет при проведении полиорганной коррекции, где будет учитываться характер взаимосвязи между печенью и легкими.

В связи с этим нами изучен характер компенсаторно-приспособительных механизмов, наступающих в структуре легких и печени при пульмонэктомии и гемигепатэктомии.

Работа выполнена на 28 беспородных взрослых собаках обоего пола, массой от 15 до 20 кг. Сроки наблюдения за животными после пульмонэктомии (43-52%) и гемигепатэктомии (45-50%) до 30 суток послеоперационного периода.

Гистологические исследования проводили с применением обычных методов окраски – гематоксилин-эозином, по Ван-Гизону и некоторых гистохимических методов. Через сутки после резекции 45-50% ткани печени в легких встречается отечность в периваскулярной ткани. В просветах альвеол содержатся макрофаги, преимущественно крупного размера. Ширина входа в респираторную альвеолу расширяется. В межальвеолярных перегородках имеются участки запусевания микрососудов с уменьшением количества капилляров на единицу площади. Уменьшается площадь сечения капилляра. Имеется отдельные участки ателектаза. В стенках артериол наблюдается небольшой отек. Прекапилляры не расширены. Вены несколько расширены, а их стенки утолщены за счет разрыхления меди.

На 3 сутки после гемигепатэктомии в легких, преимущественно наблюдаются сосудистые изменения. Капилляры межальвеолярных перегородок полнокровны с явлениями стаза. В перикапиллярном пространстве местами встречается круглоклеточная инфильтрация с экстравазатами. В мышечном слое артериол отмечаются микроскопические очаги скопления клеток разного характера от лимфоцитов до эритроцитов. Эндотелиальные клетки набухшие и имеются признаки нарушения их проницаемости. Капилляры, местами запустевшие, в их просвете светлая жидкость без форменных элементов крови. Прекапилляры неравномерно расширены и полнокровны.

На 15-е сутки от начала эксперимента в артериолах преобладает вазоконстрикторная реакция (рис.1). Внутренняя эластическая мембрана становится грубоволокнистой и при окраске по ван Гизону увеличивается содержание коллагеновых волокон. Эластическая мембрана прекапилляров становится извилистой и утолщается.

Эпителиальные клетки местами выбухают в просвет сосудов, что придает им неправильную округлую форму. На этом фоне наблюдается вазоконстрикция венул.

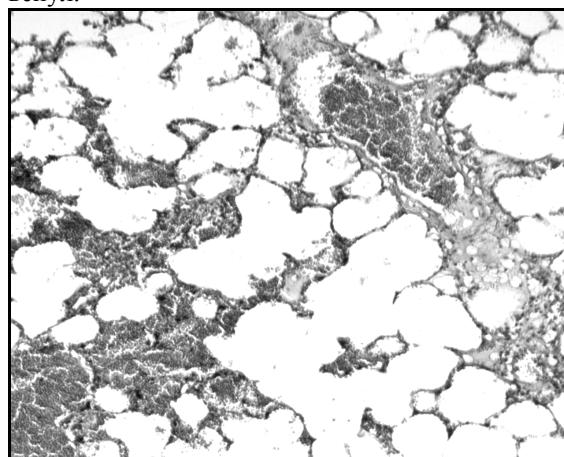


Рисунок 1. - Через 15 суток после резекции печени. Полнокровие и расширение легочных артериол и прекапилляров. Окраска гематоксилин-эозин. Ув.200.

На 30-е сутки (рис.2) после гемигепатэктомии межальвеолярные перегородки утолщены. Капиллярная сеть неравномерно полнокровная. Периваскулярный отек почти не наблюдается. Внутрисосудистые изменения наблюдаются на уровне капилляров, пре- и посткапилляров в виде микротромбозов, васкулитов и облитераций с разрастанием соединительной ткани.

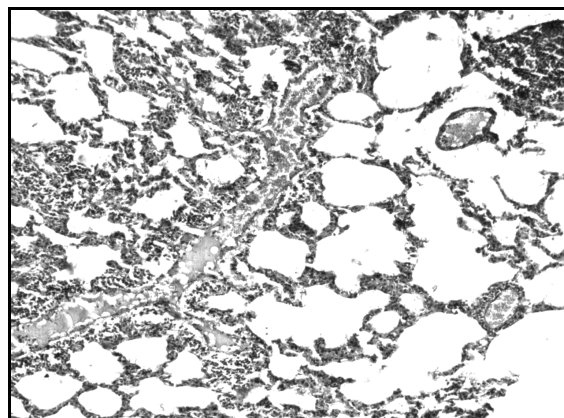


Рисунок 2 - Через 30 суток после резекции печени. Неравномерное расширение и полнокровие капилляров и посткапилляров. Окраска гематоксилин-эозин. Ув.400.

Таким образом, резекция 43% легкого приводит к гипоксическому и циркуляторному нарушению сосудистой сети печени с образованием очагов некроза.

При гемигепатэктомии в легких наблюдаются внутрисосудистые изменения в виде микротромбозов, васкулитов и облитераций с разрастанием соединительной ткани.

На 3 сутки после пульмонэктомии ткань легкого была неравномерно воздушной, часть альвеол в спавшемся состоянии, перегородки альвеол утолщены

за счет отека, кровоизлияний и небольшой круглоклеточной, преимущественно лимфоцитарной инфильтрации, капилляры стенок альвеол полнокровные, бронхи сужены за счет утолщения их стенок, эпителий слизистой которых местами слущен, подлежащие слои слегка разволокнены, отечны. В просвете мелких сосудов красные тромбы, интима утолщена, мышечный слой разрыхлен, отек и клеточная инфильтрация более выражены к краям легкого, а центральных отделах и у ворот ткань легкого более воздушная.

Преобладание геморрагической инфильтрации и отека на 3-и сутки после операции, по-видимому, объясняется тем, что сосудистая сеть оставшегося легкого подвергается неадекватной нагрузке в результате повышения давления крови в системе легочной артерии.

Морфологическая картина в легких через один месяц после пульмонэктомии несколько улучшается. При этом уменьшается количество спавшихся альвеол, отек и клеточная инфильтрация их стенок почти отсутствовали, сосуды лишь местами были расширены и полнокровны. Альвеолы равномерно воздушны, слизистая бронхов без признаков отека, а в их просветах встречается слизь.

Пострезекционная легочная артериальная гипертензия, в свою очередь, приводит к повышению внутрисинусоидного давления печени. Интересно подчеркнуть, что увеличение внутрисинусоидного давления сопровождается, в свою очередь, достоверным снижением давления крови в сосудах малого круга кровообращения. Это положение подтверждается морфологической картиной печени после пульмонэктомии.

На 3-ий день после операции общая гистологическая структура печени была измененной. Просветы центральных вен печеночных долек и внутريدольковых капилляров (периферические зоны ацинусов) расширены, переполнены кровью. Пространство Диссе расширено. Центральные зоны ацинусов сохраняют свой обычный рисунок. Амиленоустойчивые гранулы и фосфолипиды в большей мере определяются в цитоплазме клеток периферических участков печеночных долек. Центральные зоны при этом характеризовались умеренным содержанием амилорезистентных цитоплазматических зерен. Застойные явления более выражены в периферических зонах печени, в то время как в порталных и парапортальных участках нарушения кровообращения были незначительными.

Через один месяц после пульмонэктомии на фоне застойных процессов продолжали нарастать явления паренхиматозной дистрофии печеночных клеток с большим постоянством, и заканчивались гибелью отдельных или группы клеток. Отмечается тенденция к расширению и гиперемии внутريدольковых капилляров по периферии долек и синусоидов. Стенки отдельных центральных вен несколько утолщены и аргирофильные мембраны сгущаются.

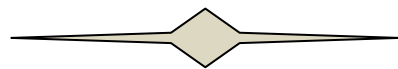
В портобиллиарных зонах отмечалось избыточное разрастание соединительной ткани, распространявшееся в виде тяжелой между печеночными балками.

Выводы:

1. Возникновение гепатопульмональных нарушений при гемигепатэктомии можно объяснить включением порто-кавальных анастомозов с образованием флебогипертензии непарных и полунепарных вен, что затрудняет отток крови из бронхиального дерева.
2. При резекции легких перегрузка малого круга кровообращения нивелируется ценой включения экстракардиального фактора регуляции кровообращения, механизм которого осуществляется через порто-кавальные и бронхо-легочные анастомозы с участием непарных и полунепарных вен.

Литература

1. Hochman J. S. // *Circulation*. 2003. Vol. 107, N 24. P. 2998-3002.
2. Б.И. Ткаченко, В.И. Евлахов, И.З. Поясов. Гемодинамические механизмы снижения венозного возврата и параметров легочного кровообращения при экспериментальной ишемии миокарда. // *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*, 2009, Том 147, № 1, стр. 32-36.
3. Ghittoni G., Volentini G., Spada C. et al. Hepatopulmonary syndrome. A review of the literature. // *Panminerva Med.* — 2003. — Vol. 45. — N 2. — P. 95—98.
4. Kaymakoglu S., Kahraman T., Kudat H. et al. Hepatopulmonary syndrome in noncirrhotic portal hypertensive patients. // *Dig. Dis. Sci.* — 2003. — Vol. 48. — N 3. — P. 556—560.
5. Krowka M.J. Hepatopulmonary syndrome and portopulmonary hypertension: distinctions and dilemmas. // *Hepatology*, -1997, - Vol.25.-N 11.- P. 1282-1284, 6. Krowka M.J. Hepatopulmonary syndrome. // *Gut*. - 2000. - Vol. 46. -N1.-P.1-4.



УДК 616.36-089.87-091.8

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИИ И НА ФОНЕ ПЕРЕВЯЗКИ V.AZYGOS

Семжанова Ж.А.

Казахский Национальный медицинский
университет имени С.Д.Асфендиярова
г.Алматы, Казахстан.

Перевязка непарной вены вызывает сравнительно большие повышение давления в малом круге кровообращения, и снижение легочно-артериального и легочно-тканевого кровотоков, чем при обычной гемигепатэктомии. При этом диаметры терминальной артериолы легких, прекапилляров, капилляров, посткапилляров и венул были также больше по сравнению с резекцией половины печени без перевязки непарной вены. В эксперименте на собаках изучено развитие гепатопульмонального синдрома при внутрипеченочной портальной гипертензии, созданной посредством гемигепатэктомии, а также на фоне перевязки основного портокавального анастомоза v.azygos.

Ключевые слова: гепатопульмональный синдром, портальная гипертензия, непарная вена, резекция печени.

Введение. В настоящее время все чаще поднимается вопрос о полиорганной недостаточности при патологических состояниях. Наряду с этим используются термины «легочно-сердечная недостаточность», «гепатопульмональный синдром», «гепаторенальный синдром», «легочно-почечный синдром» [1,2]. Использование таких терминов вполне логично с точки зрения анатомо-физиологического понятия «системный, органнй и клеточный» уровни регуляции [3,4,5].

Портопульмональная гипертензия и гепатопульмональный синдром наиболее часто развиваются у больных с заболеваниями печени в результате грубых изменений в сосудистом русле легких на фоне предсуществующей портальной гипертензии. Вместе с тем патофизиологические механизмы, лежащие в их основе различны [4]. В соответствии с классификацией, принятой в 1998 г. на Всемирной конференции, посвященной проблемам первичной легочной гипертонии, портопульмональная гипертензия определена как легочная гипертония, ассоциированная с заболеванием печени или портальной гипертензией [5]. Для нее характерно повышение давления в легочной артерии более 25 мм рт. ст. в покое и выше 30 мм рт. ст. при физической нагрузке, а также увеличение легочного сосудистого сопротивления [6,7].

Материалы и методы. Материалом исследования являлись ткани легкого 35 собак массой 7-14 кг. Все животные до операции наблюдались в карантине, где изучались

контрольные данные гемодинамики. Сроки наблюдения за экспериментальными животными составили от 1 суток до 30 суток. Для решения поставленных задач нами были проведены 3 серии экспериментов:

1 серия - Лапаротомия (контроль).

2 серия – Лапаротомия +гемигепатэктомия (резекция 50% печени) (контроль).

3 серия - Лапаротомия +гемигепатэктомия (резекция 50% печени)+ перевязка v. azygos.

Все операции проводили под калипсоловым наркозом, с премедикацией и соблюдением правил асептики и антисептики. Производили удаление левой и правой внутренних долей, так как их общая масса соответствовала 50% массы всей печени. Для перевязки непарной вены производили торакотомию и в правой плевральной полости над корнем правого легкого находили v. azygos.

Запись и регистрация давления в легочной вене и артерии, а также непарной вене производились на «Миннографе-82». Зондирование легочной артерии осуществляли через наружную яремную вену. Измерение давления в легочной и непарной венах, производили с помощью непосредственной пункции. Нами изучены локальный тканевой кровотоков легких, а также легочно-артериальный кровотоков с помощью радиоизотопного метода. Метод Клиренса Хе¹³³ для изучения кровотока позволяет оценить эффективный (капиллярный) кровотоков и выражает его количественную оценку в мл/мин/100г. Для исследования локального тканевого кровотока тонкой иглой в ткань печени (легких) вводили раствор в объеме 0,01-0,03 см³ на глубину 0,3 см над местом инъекции устанавливали датчик и производили графическую регистрацию изменения радиоактивности депо. В качестве регистрирующего устройства была использована установка «Ксенон».

Результаты исследований. На микропрепаратах через 1 сутки после операции на фоне перевязки v.azygos большинство капилляров, особенно в зоне ателектаза с явлениями гемостаза. В артериолах через сутки после операции отмечалась внутрисосудистая агрегация эритроцитов, утолщение межальвеолярных перегородок, за счет полнокровия и стаза просветы легочных артериол и венул расширены (рис.1).

К 7-м суткам после операции отмечается раскрытие физиологических ателектазов. На фоне перерастянутых альвеол наблюдаются явления обильного эритродиапедеза и внутриаальвеолярного отека, определяются булавовидные утолщения замыкательных пластинок у входа в альвеолы. Вместе с тем наблюдаются мелкие единичные ателектазированные участки паренхимы легких. Межальвеолярные перегородки утолщаются за счет полнокровия и отека. Капилляры септ более полнокровны по сравнению с предыдущим сроком. Наблюдаются явления перикапиллярного отека (рис.2).

На 15-е сутки после оперативного вмешательства в легочной ткани просветы альвеол остаются расширенными.

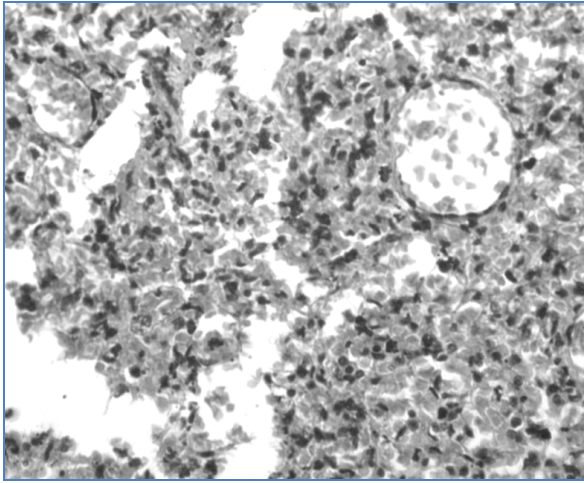


Рис. 1 Легкие через 1 сутки после гемигепатэктомии с перевязкой непарной вены. Утолщение межальвеолярных перегородок. Просветы легочных артериол и венул расширены. Окраска гематоксилин-эозин. Ув.×400.

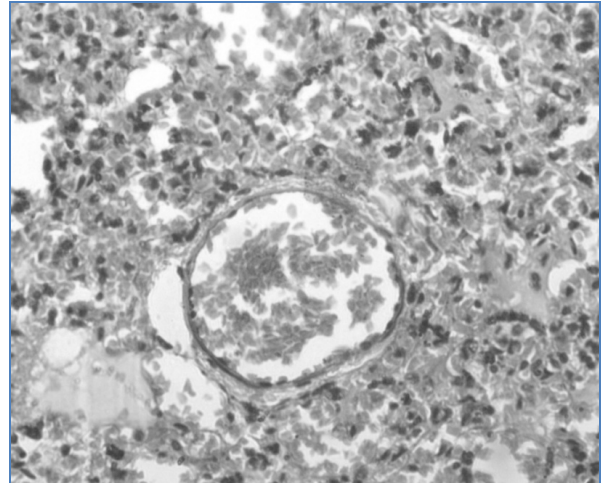


Рис. 3. Легкие через 15 суток после гемигепатэктомии с перевязкой непарной вены. Полнокровные капилляры и неравномерное расширение. Выраженный диффузный перикапеллярный отек и геморрагии. Эластические мембраны артериол выпрямляются и истончаются. Окраска гематоксилин-эозин. Ув.×280

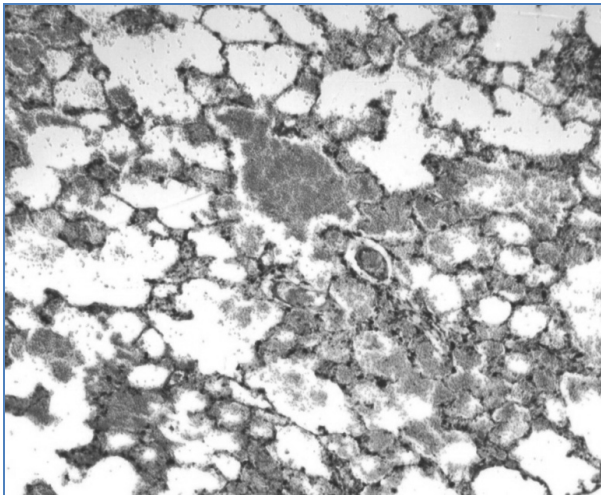


Рис. 2. Легкие на 7-е сутки после операции на фоне перерастянутых альвеол наблюдаются явления обильного эритродиапедеза и внутриальвеолярного отека. Окраска гематоксилин-эозин. Ув.×200

На фоне резко расширенных альвеол встречаются дис – и ателектаза с утолщением межальвеолярных перегородок. Наряду с этим встречаются в поле зрения участки с полнокровными, неравномерно расширенными капиллярами. Расширения существующих и раскрытия резервных капилляров. Картина характеризуется диффузным перикапиллярным отеком и геморрагиями (рис.3).

Через 30 суток после гемигепатэктомии с перевязкой v.azygos в артериолах преобладает вазодилаторная реакция. В неравномерно расширенных сосудах происходит выпрямление внутренней и наружной эластических мембран.

На некоторых участках ядра эндотелиоцитов интенсивно окрашиваются и выбухают в просвет сосуда в виде «частокола». Явления периваскулярного отека носят распространенный характер. Утончение мышечного слоя артериол и расширения бронхиальных пре и посткапилляров (рис.4).

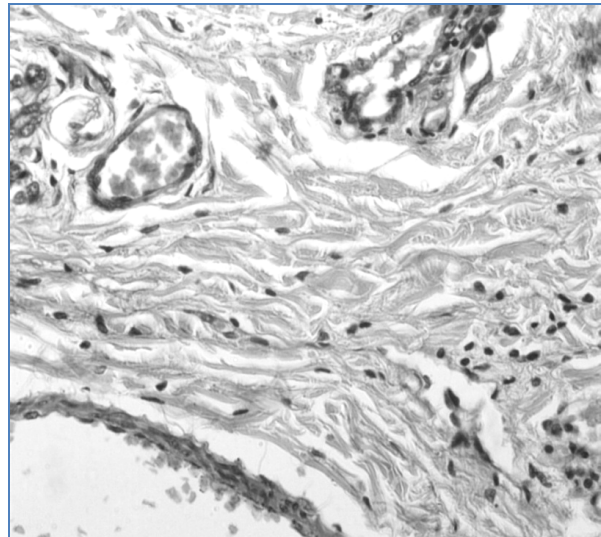


Рис. 4. Легкие через 30 суток после гемигепатэктомии с перевязкой непарной вены. Утончение мышечного слоя артериол и расширения бронхиальных пре - и посткапилляров. Окраска гематоксилин-эозин. Ув.×400.

Для выяснения портопульмональных взаимоотношений при удалении половины печени на фоне перевязки непарной вены, нами изучалось в легких гомомикроциркуляторные изменения в сравнительном аспекте с гемигепатэктомией без перевязки v.azygos. Через одни сутки после гемигепатэктомии на фоне перевязки v.azygos давление в легочной артерии и в легочной вене

становилось выше на 10,8% и 21,0% соответственно, чем при гемигепатэктомии без дополнительной перевязки непарной вены. Легочно-артериальный кровоток при гемигепатэктомии на фоне перевязки v.azygos в эти сроки увеличилось на 6,1%, а легочно-тканевой, напротив, снижался на 4,0%, по сравнению с гемигепатэктомией без перевязки v.azygos.

Через трое суток давление легочной артерии снизилось до 39 мм рт.ст, а в легочной вене увеличилось до 8,2 мм рт. ст, что на 14,7% и 30,1% соответственно было выше показателей давления после гемигепатэктомии. Легочно-артериальный и легочно-тканевой кровотоки были ниже после гемигепатэктомии на фоне перевязки v.azygos на 7,2% и 11,2% соответственно, по сравнению с гемигепатэктомией.

К 7 суткам перевязка непарной вены при удалении половины печени приводило к увеличению давления в легочной артерии до 37 мм рт.ст, а легочной вене – до 9,8 мм.рт.ст, что на 32,1% и 58,0% выше по сравнению с гемигепатэктомией. Дополнительная перевязка v.azygos после гемигепатэктомии приводило к снижению легочно-артериального и легочно-тканевого кровотока на 20,0% и 26,3% соответственно, по сравнению с таковыми показателями при гемигепатэктомии.

На 15 сутки показатели давления при гемигепатэктомии на фоне перевязки v.azygos были выше в легочной артерии на 30,7% , в легочной вене на 49,2%, чем при гемигепатэктомии. Легочно-артериальной и легочно-тканевой кровотоки через 2 недели были ниже после перевязки непарной вены, при гемигепатэктомии, чем без нее на 25,0% и 23,7% соответственно.

Через 30 суток давление легочной артерии продолжалось снижаться, однако в процентном отношении было выше, чем при гемигепатэктомии, на 40,9%. Давление в легочной вене было 43,5% выше после гемигепатэктомии на фоне перевязки v.azygos по сравнению с гемигепатэктомии без нее. К концу месячного срока наблюдения легочная артерия и легочно-тканевой кровотоки имеет тенденцию к усилению, однако также остаются достоверно ниже по сравнению с показателями после гемигепатэктомии.

Изучение размеров сосудов гомоциркуляторного русла легких после гемигепатэктомии и гемигепатэктомии на фоне перевязки v.azygos выявило следующие тенденции.

Так, через одни сутки после перевязки непарной вены при удалении половины печени размер терминальной артериолы и прекапилляра были выше на 10,8% и 7,4% соответственно, чем после гемигепатэктомии. Капилляры увеличивались до 5,2 мкм при гемигепатэктомии и 5,6 мкм при гемигепатэктомии на фоне перевязки v.azygos, где разница составило 7,6% при операции на фоне перевязки непарной вены. Посткапилляры и венулы после гемигепатэктомии с перевязкой v.azygos также были больше на 5,7% и 6,6%

соответственно, по сравнению с аналогичными показателями при гемигепатэктомии.

К концу 3-х суток диаметры терминальных артериол при гемигепатэктомии с перевязкой v.azygos привысили на 17,4%, прекапилляров на 20,6%, капилляров – на 28,0%, посткапилляров на 23,6% и венул – на 7,7% подобные показатели после гемигепатэктомии.

На 7 сутки размеры микрососудов легкого после перевязки v.azygos составили 57 мкм для терминальной артериолы, что по сравнению с гемигепатэктомией превысило на 43,2%, для прекапилляров 31 мкм (35,9% по отношению к гемигепатэктомии), для капилляров 7,2 мкм (46,9%), для посткапилляров – 28,3 мкм (43,6%), и для венул – 52,6 мкм (17,6%) по отношению к гемигепатэктомии.

Через 15 суток размеры в гомоциркуляторного русла легких после обоих экспериментов оставалось выше контроля. Однако, диаметры сосудов после гемигепатэктомии на фоне перевязки v.azygos превышали, таковые после гемигепатэктомии. Терминальные артериолы были больше на 27,9%, прекапилляры 36,9%, капилляры на 17,3% , посткапилляры на 29,4%, и венулы 17,9%.

Через месяц от начала эксперимента диаметры терминальных артериол после гемигепатэктомии на фоне перевязки непарной вены были больше на 22,5% по сравнению гемигепатэктомии, прекапилляров на 25,0%, капилляров меньше на 1,9%, посткапилляров больше на 27,2%, венул 14,3% по сравнению с гемигепатэктомией без перевязки.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно заключить, что перевязка v.azygos при обширных резекциях печени ухудшает компенсаторные механизмы сосудисто-тканевых структур. Отсюда следует, что при гемигепатэктомии (острая внутрипеченочная портальная гипертензия) большое значение имеет проходимость v.azygos.

Обсуждение результатов. Проведенные исследования показали, что в условиях гемигепатэктомии развиваются определенные гемодинамические нарушения, которые приводят к структурным изменениям микроциркуляторного русла легких. Расширение внутрилегочных сосудов легких после гемигепатэктомии приводит к нарушению перфузионно-диффузионного соотношения. По данным Daly I. и соавт. [8] при увеличении диаметра капилляра молекула кислорода не проникает в центр капиллярного русла и не оксигенирует гемоглобин. Снижение диффузии может усугубляться у больных с признаками портальной гипертензии и гипердинамическим типом кровообращения. Вследствие портальной гипертензии повышается проницаемость кишечной стенки, возникает эндотоксинемия, что приводит к повышенной продукции вазодилаторов макрофагами печени и легких. В результате нарушения баланса между вазоконстрикторами и вазодилаторами, а также снижения

чувствительности рецепторов к вазоконстрикторам развивается гепатопульмональный синдром.

По данным Schweigh H., Kan W.O. и Ledsome J.R. [7,9] выявлен следующий механизм развития изменения в легких при портальной гипертензии, где происходит портосистемное шунтирование крови и нарушается барьерная функция печени. Данный процесс запускает порочный круг. На фоне венозного застоя в кишечнике возрастает проницаемость кишечной стенки и в воротную вену поступает избыточное количество микро-организмов и их компонентов – эндотоксинов. Постоянный приток эндотоксина стимулирует продукцию макрофагами вазоактивных субстанций. В результате нарушается баланс медиаторов, обладающих вазоконстрикторным и вазодилатирующим действием. Естественно, изменения в легких при гемигепатэктомии на фоне перевязки v.azygos были значительнее, чем при гемигепатэктомии без перевязки v.azygos.

Выводы

1. Гемигепатэктомия в первые сутки приводит к снижению тканевого кровотока легких, а к 7-15 суткам к достоверному расширению капилляров и посткапилляров, за счет нарушения оттока крови по бронхиальной вене в систему непарной вены из-за флебогипертензии (+139%).
2. Перевязка непарной вены при гемигепатэктомии вызывает повышение давления в легочной артерии – до 40,9%, в легочной вене – до 58% и непарной вене – до 115,8%. Легочно-артериальный кровоток снижается – до 26,9% и легочно-тканевой кровотока – до 26,3%. Диаметр терминальной артериолы легких увеличивается – до 43,2%, прекапилляров – до 36,9%, капилляров – на 46,9%, посткапилляров – на 43,6 и венул – на 17,9% по сравнению с гемигепатэктомией без перевязки непарной вены.
3. После гемигепатэктомии на фоне перевязки непарной вены через месяц от начала эксперимента диаметры терминальных артериол были больше на 22,5%, прекапилляров на 25,0%, капилляров меньше на 1,9%, посткапилляров больше на 27,2%, венул 14,3% по сравнению с гемигепатэктомией без перевязки.

Литература

1. Schroeder R.A., Rafii A.A., Plotkin J.S. Use of aerosolized inhaled epoprostenol in the treatment of portopulmonary hypertension. //Transplantation. - 2000. - №70 (3). – P. 548-550.
2. Kato H., Katori T., Nakamura Y. Moderateterm effect of epoprostenol on severe portopulmonary hypertension. //Pediatr. Cardiol. – 2003. - №24 (1). – P.50-53.
3. Гарбузенко Д.В. Патогенез портальной гипертензии при циррозе печени. //Рос. Журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктолог. – 2002. - №12 (5). – С.23-29.
4. Гарбузенко Д.В. Портопульмональная гипертензия и гепатопульмональный синдром у больных циррозом печени //Пульмонология. – 2006. -№1. – С.103-107.
5. Swanson K.L., Krowka M.L. Arterial oxygenation associated with portopulmonary hypertension. //Chest. – 2002. - №121 (6). – P. 1869-1875.
6. Krowka M.J., Plevak D.J., Findlay J.Y. Pulmonary hemodynamics and perioperative cardiopulmonary-related mortality in patients with portopulmonary hypertension

undergoing liver transplantation. //Liver Transplantation. – 2000. - №6 (4). – P. 443-450.

7. Парин В.В. Меерсон Ф.З. Очерки клинической физиологии кровообращения. – Москва, Медгиз. - 1965. – С. 104.
8. Daly I. De B., Daly M. De B. The effects of stimulation of the carotid body chemoreceptors on the pulmonary vascular bed in the dog. //J.Physiol.-1992. -v.148.- N1. - P.201-209.
9. Дворецкий Д.П. Ткаченко Б.И. Эффективность регуляции сосудистого тонуса легких. //Физиологический журнал СССР им. Сеченова. - 1987. –Т. 73. - № 3. – С. 403-411.

MORPHOFUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF LUNGS UNDER HEMIHEPATECTOMY AGAINST V. AZYGOS LIGATION

Zh.A. Semzhanova

RSE on RHM «Kazakh national medical university n.a. S.D. Asfendiyarov»,
Almaty, Kazakhstan.

It is proved that ligation of unpaired vein causes rather considerable rising of pressure in small circle of blood circulation and depression of pulmonary and arterial and pulmonary blood flow and tissular blood flow, than at usual hemihepatectomy. Herewith the diameters of terminal arteriole of lungs, precapillaries, capillaries, post-capillaries and venules were also more in comparison with resection of half of liver without ligation of unpaired vein.

Keywords: hepatopulmonary syndrome, portal hypertension, unpaired vein, liver resection.



ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

УДК 613.62:669.337

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
РАБОТНИКОВ ГОРНОДОБЫВАЮЩЕГО
КОМБИНАТА КЫРГЫЗСТАНА*Чонбашева Ч.К., Сулайманова Ч.Т.,
Аширбаева К.И.***Кыргызская государственная медицинская
академия им. И.К. Ахунбаева,
Международная высшая школа медицины МУК,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

Показан удельный вес профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний по результатам периодического медицинского осмотра. Обоснована необходимость разработки системы профилактических и реабилитационных мероприятий в группах диспансерного учета.

Ключевые слова: периодический медицинский осмотр, профессиональные заболевания, производственно-обусловленные заболевания.

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ ТОО-КЕНДЕРИН
ИШТЕТУУ КОМБИНАТЫНЫН
ЖУМУШЧУЛАРЫНЫН ООРУСА ЧАЛДЫ
ГУУСУНУН СТРУКТУРАСЫ**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик
Медициналык Академиясы,
Эларалык жогорку медициналы окуужайы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Мезгилдүү медициналык кароонун натыйжасы менен кесиптик жана кесип менен байланыштуу оорулардын салыштырма салмагы көрсөтүлгөн; диспансердик каттоо топторго бөлүнгөн; оорулардын алдын алуу жана реабилитациялоо системасы негизделген.

Негизги сөздөр: мезгилдүү медициналык кароо, кесиптик оору, кесип менен байланыштуу ооруга чалдыгуу.

Актуальность. Одной из важных и эффективно функционирующих экономических областей в Кыргызстане является горнодобывающая промышленность, основу которой составляет добыча золота. Горнорудное производство характеризуется воздействием на организм широкого спектра разнообразных производственных вредностей и занимает лидирующую позицию по частоте возникновения заболеваний у рабочих, что должно вызывать озабоченность у службы здравоохранения республики.

У работников этих предприятий возникают как профессиональные заболевания, так и, согласно современной терминологии, производственно-обусловленные. Между двумя этими понятиями есть

существенная разница. В первом случае этиологическим фактором возникшего заболевания является вредный фактор трудовой деятельности. Во втором - заболевание является полиэтиологичным. Производственный фактор вносит некоторый вклад в его развитие. Риск его возникновения повышается по мере увеличения стажа работы в неблагоприятных условиях труда и превышает таковую в профессиональных группах, не контактирующих с вредными факторами [1]. Если первая группа заболеваний в профпатологической клинике постоянно изучается, то вторая группа практически не учитывается в клинике профпатологии.

Целью работы явилось изучение структуры и частоты возникновения хронических заболеваний у работников золотодобывающего комбината по результатам периодических медицинских осмотров и углубленного обследования у различных специалистов.

Материал и методы. В данной работе проанализированы результаты периодического медицинского осмотра, проведенного на одном из наиболее крупных в своей отрасли золоторудном комбинате с полным технологическим циклом, который расположен на высоте 2350 – 2800 метров над уровнем моря, что соответствует среднегорью.

На предприятии работают более 1200 человек. Добыча золота производится подземным способом ниже горизонта 2500 метров.

В структуре предприятия имеется рудник и золотоизвлекательная фабрика (ЗИФ). Технология подземной добычи золотосодержащей руды состоит из следующих производственных процессов – бурения, взрывания, погрузки, транспортировки и выгрузки горной породы. Горнорабочие, работающие в подземных условиях, подвергаются комплексу вредных производственных факторов: пыли, газам, вибрации, шуму и особым микроклиматическим условиям.

Следующий этап - извлечение золота из руды на ЗИФе является сложным технологическим процессом, который включает дробление и измельчение руды, что сопровождается выделением пыли. В последующем используется ряд токсических химических веществ, из которых наиболее токсичными для организма работников являются синильная (цианид), серная, соляная кислоты, щелочи и др. Кроме того, в структуре предприятия имеются ремонтные службы, обеспечивающие функцию всех подразделений, в состав которых входят газосварщики, их работы сопровождаются выделением в воздух рабочей зоны сварочного аэрозоля.

Практически на всех этапах производственного цикла рабочие подвергаются воздействию разнообразных профессиональных вредностей в сочетании с климатическим фактором, что отражается на состоянии их здоровья и может вызывать как профессиональные, так и производственно - обусловленные заболевания. Периодический медицинский осмотр был проведен

в июле 2012 года с участием узких специалистов, включавших терапевта, эндокринолога, невропатолога, ЛОР и др., а также сотрудника кафедры госпитальной терапии и профпатологии КГМА ассистента Аширбаевой К.И.

Целью периодических медицинских осмотров являются: динамическое наблюдение за состоянием здоровья работников в условиях воздействия на организм профессиональных вредностей; профилактика и своевременное выявление начальных признаков профессиональных заболеваний; диагностика производственно-обусловленных и общих заболеваний, препятствующих продолжению работы во вредных условиях.

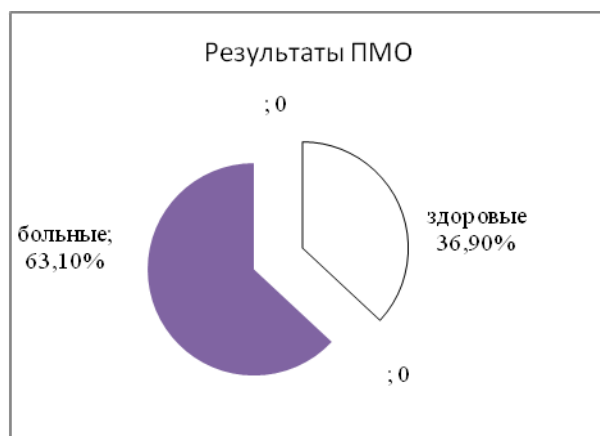
Результаты исследований и обсуждение. Всего осмотрено 812 человек (табл.1). Подавляющее большинство составили мужчины – 749 чел. (92,2%), женщин было только 63 чел. (7,8%). Среди работников преобладали лица в возрасте от 30 до 59 лет (678 чел.-83,5%). Средний возраст осмотренных работников составил $42,0 \pm 2,4$ года.

Таблица №1 - Распределение работников по полу и возрасту (n=812)

Возраст	20 - 29 лет	30 - 39 лет	40 - 49 лет	50 - 59 лет	60 и < лет
Мужчины n=749 чел	119	203	252	164	11
Женщины n=63 чел	4	14	24	21	
Всего n=812 чел	123	217	276	185	11

Из обследованных 812 работающих практически здоровыми признаны 300 человек (36,9%). Большую же часть (рис. 1) составили лица с разнообразной патологией – 512 человек (63,1%).

Рисунок №1



Важным обстоятельством является тот факт, что подавляющее большинство здоровых лиц - 226 чел (75,3%) - имели небольшой стаж работы во вредных условиях – менее 10 лет (табл.2).

Таблица №2 - Распределение практически здоровых лиц по стажу работы (n=300)

Стаж	до 5 лет	5 – 9 лет	10 – 14 лет	15 – 20 лет	20 < лет
n (чел)	153	73	38	23	13

В то же время большая часть лиц с разнообразной патологией, как видно из таблицы № 3, имела длительный стаж работы – от 10 и более лет – 289 чел - 56,4%.

Таблица №3 - Распределение больных по стажу работы (n=512)

Стаж	до 5 лет	5 – 9 лет	10 – 14 лет	15 – 20 лет	>20 лет
n(чел)	75	148	83	96	110
%%	14,6	28,9	16,2	18,8	21,5

В подземных условиях рудника из осмотренных работают 228 человек. По профессиям это были горнорабочие очистного забоя (63 чел), проходчики (31 чел), откатчики (26 чел), бурильщики (21 чел), взрывники (15 чел), крепильщики (13 чел), раздатчики взрывных веществ (11 чел), доставщики взрывных веществ (6 чел) и др. В процессе работы они подвергаются воздействию повышенных концентраций руднично-породной пыли с содержанием свободного диоксида кремния более 20%, которая, согласно современной классификации, относится к группе высокофиброгенной, т.е. наиболее агрессивной [2].

Другими вредными факторами являются взрывные газы, а также производственный шум и вибрация. Кроме того, необходимо учитывать, что подземные рабочие испытывают физические, психоэмоциональные нагрузки. Они осуществляют свою трудовую деятельность в условиях замкнутого пространства, в отсутствии дневного света, в неблагоприятных микроклиматических условиях.

Из числа работников золотоизвлекательной фабрики (ЗИФ) обследовано 170 человек. Основные профессиональные группы рабочих ЗИФ – пробоотборщики (33 чел), дробильщики (28 чел), лаборанты химической лаборатории (18 чел), аппаратчики (14 чел), слесари (34 чел), электромонтеры (21 чел) и др. Данная категория лиц (за исключением дробильщиков, у которых основной вредностью является пыль) подвергается воздействию разнообразных химических веществ (кислоты, щелочи) в виде паров, наиболее токсичным из которых является синильная кислота (цианид).

Остальные 414 человек из числа осмотренных составили работники автотранспортного, железнодорожного цеха, автотехнического центра и других служб. Отдельную профессиональную группу составляют электросварщики, выполняющие работы как на ЗИФе, так и на руднике, а также токари. В этих производственных подразделениях комбината на организм рабочих воздействует

аэрозоль сложного химического состава, в том числе полиметаллический.

Были осмотрены также работники администрации. Последних можно характеризовать как специфическую группу лиц, испытывающую на себе экологическую нагрузку в антропогенно загрязненном химическими веществами (выбросами комбината) регионе среднегорья Кыргызстана.

Анализ заболеваемости работников комбината по данным проведенного периодического медицинского осмотра показал, что в структуре выявленных заболеваний преобладает патология органов пищеварения и составляет 59% лиц (рис. 2). Реже встречаются заболевания сердечно-сосудистой системы (21,5%), эндокринной (15,4%) и мочевыделительной системы (10,5%). Заболевания органов дыхания и опорно-двигательного аппарата встречались с одинаковой частотой (по 6%). Железодефицитная анемия отмечена у 4% осмотренных работников. С незначительной частотой диагностированы патология нервной системы (3%), инфекционные заболевания (бруцеллез у 3%), заболевания ЛОР органов (у 2,3%) и кожи (дерматит у 1%).

Заболевания пищеварительной системы (рис.3), обнаруженные у 303 работников комбината, представлены в большинстве случаев патологией печени и желчевыводящих путей - у 205 чел (67,7%). При этом преобладает хронический холецистит (у 150 чел – 49,5%), желчнокаменная болезнь обнаружена у 6 (2,0%). 41 чел (13,5%) страдает хроническим гепатитом неуточненной этиологии, 8 чел – неалкогольным стеатогепатитом. На втором месте по частоте встречаемости стоит желудочно-кишечная патология в виде хронического гастрита (у 128 чел - 42,2%) и язвенной болезни желудка и 12перстной кишки (у 35 чел – 11,6%). Кроме того, в единичных случаях встречались хронический панкреатит (3 чел – 1,0%), эрозивный эзофагит (1 чел – 0,33%), полип желудка (1 чел – 0,33%).

Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы, обнаруженных у 110 чел., чаще встречалась артериальная гипертония (в 85,5%), коронарная болезнь сердца зафиксирована у 11,8%. Эндокринная патология, выявленная у 79 человек, представлена нарушениями углеводного обмена - у 41 чел. (сахарный диабет – у 8 чел. - 10,1%, нарушенная толерантность к глюкозе – у 33 чел - 41,8%), заболеваниями щитовидной железы – у 13 чел (зоб диффузный – у 7 чел – 8,9%, узловой зоб – у 5 чел – 6,3%, аутоиммунный тиреоидит – у 1 чел – 1,3%), ожирением – 36 чел (45,6%).

Заболевания мочевыделительной системы (у 54 чел) проявлялись преимущественно в виде хронического пиелонефрита (у 85,2%), в единичных случаях - в виде мочекаменной болезни (3 чел – 5,6%), кисты почки (2 чел – 3,7%), простатита, поликистоза почки и др.

Что касается заболеваний органов дыхания, то их удельный вес был относительно невысок (у 32 чел – 6,25%). При этом хроническая обструктивная болезнь легких диагностирована у 26 чел (81,3%),

диффузный пневмосклероз – у 7 (21,9%), пневмония выявлена у 1 работника.

С такой же частотой встречалась патология опорно-двигательного аппарата (32 чел – 6,25%), преимущественно в виде остеоартрита (у 27 чел – 84,4%), в меньшей степени - остеохондроза позвоночника. (у 5 – 15,6%).

Особого внимания в структуре выявленной заболеваемости у рабочих различных профессий комбината заслуживают случаи железодефицитной анемии (у 22 чел – 4,3%), а также патология периферической нервной системы (полинейропатия у 15 чел – 2,9%).

Патология ЛОР-органов (у 12 чел – 2,3%) была представлена преимущественно двусторонним кохлеарным невритом, в том числе с двусторонней нейросенсорной тугоухостью, у 6 чел (50%), атрофическим фарингитом (у 4 чел - 33%) и ларингитом (у 1 чел - 8,3%).

Таким образом, результаты проведенного периодического медицинского осмотра свидетельствуют о преобладании среди работников комбината лиц с разнообразной патологией (512 чел – 63%) со стороны внутренних органов, крови, нервной системы, опорно-двигательного аппарата, ЛОР и др.

Важным обстоятельством является тот факт, что во многих случаях требовалось проведение дифференциальной диагностики в условиях отделения профпатологии. Национального госпиталя для решения вопроса о связи заболевания с профессией.

Необходимость сопоставления выявленных изменений с условиями труда в той или иной степени касалась заболеваний практически всех органов и систем, когда требовалось уточнение роли профессиональных факторов в их возникновении. При анализе часто встречающихся заболеваний органов пищеварения следует иметь в виду возможность их развития в рамках профессиональных интоксикаций. Последние, как показывают наши наблюдения, не являются редкостью на комбинате. Причем имеют место как острые, так и хронические интоксикации.

Следует подчеркнуть, что к настоящему времени профессиональные заболевания достоверно диагностированы у 23 чел (2,8%), характеристики которых заслуживают отдельного описания. Уточнение роли вредных производственных факторов в генезе заболеваний у других осмотренных продолжается.

В остальных же случаях, когда не исключается роль других непрофессиональных этиологических факторов, заболевания можно квалифицировать как производственно-обусловленные (у 60,3%), поскольку заболеваемость среди работников возрастает со стажем работы во вредных условиях.

Проведенный медицинский осмотр позволил выделить следующие группы диспансерного учета: 1-я группа – относительно здоровые лица (300 чел. – 36,9%);

2-я группа – больные с установленным диагнозом профессионального заболевания (23 чел.- 2,8%);

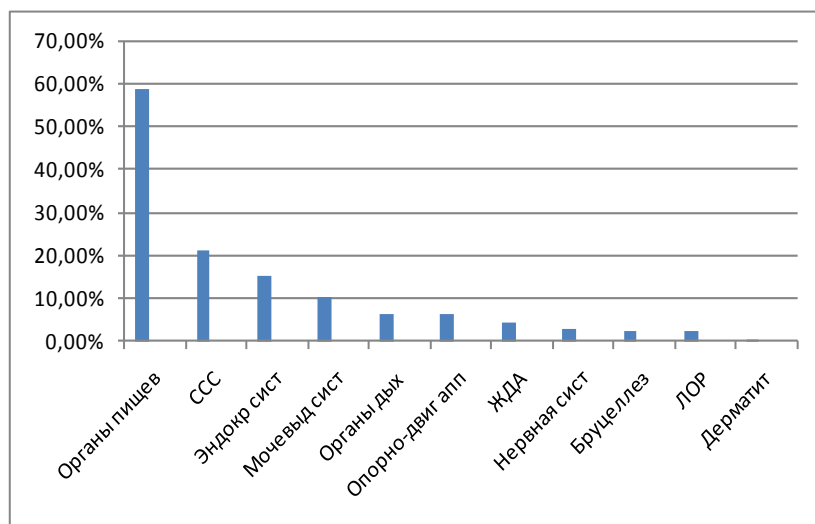


Рисунок №2 Структура заболеваемости работников золотодобывающего комбината

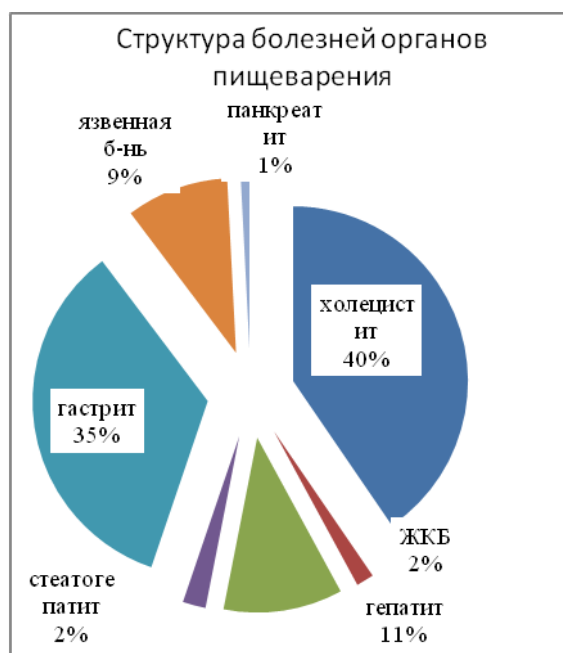


Рисунок №3

3-я группа - больные с производственно-обусловленными (общими) заболеваниями (489 чел. – 60,3%). Каждая группа диспансерного наблюдения требует разработки соответствующих профилактических и реабилитационных мероприятий.

Особого внимания заслуживают больные 3-й группы, которые нуждаются в решении экспертных вопросов в отношении возможности продолжения их работы во вредных условиях.

Выводы. По данным ПМО, практически здоровыми признаны 36,9% обследованных работников комбината с непродолжительным стажем работы во вредных условиях - менее 10 лет.

У 63,1% осмотренных лиц с длительным стажем работы - более 10 лет – выявлена

разнообразная патология со стороны многих внутренних органов и систем.

Профессиональные заболевания диагностированы у 2,8 % осмотренных лиц, у 60,3% стажированных работников обнаруженные заболевания квалифицированы как производственно-обусловленные (общие).

Полученные результаты являются обоснованием необходимости разработки системы мероприятий по снижению профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний, созданию безопасных условий труда и совершенствованию диагностики заболеваний на этапе периодических медицинских осмотров.

Литература

1. Российская энциклопедия по медицине труда/ Главный редактор Н.Ф. Измеров.-М: ОАО «Издательство «Медицина», 2005.
2. Профессиональная патология. Национальное руководство. Под редакцией акад. РАМН Н.Ф.Измерова.-М:Изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2011.

STRUCTURE OF SICKNESS RATE OF MINE WORKERS IN KYRGYZSTAN

Ch.K. Chonbasheva, C.T. Sulaimanova,
K.I. Ashirbaeva

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Achunbaev,
International School of Medicine IUK,
National Hospital under K.R. MoH,
Bishkek c., the Kyrgyz Republic.

Due to annual medical examination determined proportion of occupational and work-related diseases, selected groups for annual clinical check-up, substantiated of justifying the rehabilitation measures of workers in harmful industry.
Key words: annual medical examination, occupational disease, work-related disease.

ФАРМАКОЛОГИЯ

УДК 615.33: 616.97

ПРОБЛЕМА КАЧЕСТВА ГЕНЕРИЧЕСКИХ АНТИБИОТИКОВ И ПУТИ ЕЁ РЕШЕНИЯ

Камбаралиева Б.А.

Центр по контролю и профилактике заболеваний,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

В мире все больше наблюдается тенденция к снижению затрат на здравоохранение путем замены оригинальных препаратов на более дешевые генерики. На кыргызском фармацевтическом рынке доля генериков является одной из самых высоких, и составляет около 97%. Вместе с тем, растет актуальность качества используемых лекарственных средств в целом, и антибиотиков, в частности. Данная публикация вопросам, касающимся качества антибиотиков в мире и в Кыргызстане, а также проблемам, связанным с государственным регулированием экспертизы качества и регистрации зарубежных генерических препаратов.

Ключевые слова: антибиотики, генерики, качество, государственное регулирование обращения лекарственных средств.

ГЕНЕРИКАЛЫК АНТИБИОТИКТЕРДИН САПАТЫНЫН МАСЕЛЕСИ ЖАНА АЛАРДЫН ЧЕЧИЛУУ ЖОЛДОРУ

Ооруларга контролдук кылуу боюнча Борбор,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Дүйнөдө табигый дары-дармектерди кыйла арзан генериктерге алмаштыруу жолу менен саламаттыкты сактоого чыгымдардын азаюу тенденциясы байкалат. Кыргызстандын фармацевтикалык рыногунда генериктердин үлүшү эң жогоркулардын бири болуп саналат жана 97%га жакынды түзөт. Ошондой болсо да жалпы эле дары каражаттарынын: атапайтканда антибиотиктердин сапатынын актуалдыгы өсүп жатат. Бул макала дүйнөдө жана Кыргызстанда антибиотиктердин сапатына, ошондой эле чет өлкөлүк генерацияланган дары-дармектердин сапатын экспертизалоону жана каттоону мамлекеттик жөнгө салуу менен байланышкан маселелерге арналган.

Негизги сөздөр: антибиотик, генерик, сапат, мамлекеттик жөнгө салуу.

В мире все больше наблюдается тенденция к снижению затрат на здравоохранение путем замены оригинальных препаратов на более дешевые генерики. В США в 1999 г генерические препараты составляли 47% от всех проданных лекарственных

лекарств (ЛС), в 2006 г - 61% и к концу 2008г - 69%. Согласно данным ассоциации по генерическим препаратам использование генериков в 2008 г позволило сэкономить здравоохранению США около 121 млрд долларов [1]. На кыргызском фармацевтическом рынке доля генериков является одной из самых высоких, и составляет около 97%.

Генерик, или воспроизведенный лекарственный препарат, является лекарственным продуктом, обладающим доказанной терапевтической взаимозаменяемостью с оригинальным лекарственным продуктом аналогичного состава и выпускаемым иным производителем (но не разработчиком оригинального продукта) без лицензии разработчика.

Как правило, генерики имеют более низкую стоимость. Это обусловлено отсутствием затрат компаний-производителей генериков на разработку и изучение оригинальной структуры ЛС и проведение дорогостоящих клинических испытаний, а также гораздо более низкой стоимостью продвижения воспроизведенного препарата на рынок. Поэтому, на первый взгляд, широкое использование генериков в медицинской практике позволяет при меньших затратах оказать лекарственную помощь большему количеству пациентов. С другой стороны, описаны примеры, когда лечение недорогой копией, в конечном итоге, из-за низкой эффективности, необходимости повышения дозы, развития нежелательных реакций, приводило к гораздо большим затратам, чем терапия относительно дорогим оригинальным препаратом. Так, в исследовании Смоленова И.В. сравнивалась эффективность и фармакоэкономическая составляющая лечения внебольничной пневмонии оригинальным азитромицином (Сумамед, Pliva, Хорватия) и его четырьмя копиями: Азивок (Wockhardt, Индия), Зитролид (Щелковский витаминный завод, Россия), Сумазид (Ферейн, Россия) и Хемомицин (Немофарм, Сербия). Наиболее высокая клиническая эффективность была зарегистрирована в группах больных, получавших Хемомицин и Сумамед (80%), наиболее низкая - Зитролид (55%), Сумазид (65%). При этом, наименьшие общие затраты также были характерны для препаратов, продемонстрировавших наиболее высокую клиническую эффективность – Хемомицин и Сумамед [2].

В настоящее время в Кыргызстане наблюдается избыток воспроизведенных антибиотиков при недостаточности данных из официальных или независимых источников, подтверждающих их качество. Только для препаратов ципрофлоксацина в республике зарегистрировано 33 производителя, цефтриаксона - 30 и азитромицина - 23 производителя. Около половины производителей представлены компаниями из Индии и России. Между тем, по информации Комитета по безопасности предпринимательской деятельности Торгово-промышленной палаты Российской

федерации, в России с 1998 по 2006 гг было изъято около 1000 партий 340 наименований фальсифицированных ЛС, из которых 60% были произведены в России, 37% фальсификата составляли антибиотики [3]. В 2008 г выявлено и изъято из обращения 406 торговых наименований 1074 серий недоброкачественных ЛС, в т. ч. 60,8% российских и 39,2% зарубежных препаратов [4]. Следует также отметить, что из более чем 400 российских производителей, которые имеют лицензии на производство ЛС, только 30 работают по стандартам GMP. Достоверно известно и о проблемах с качеством ЛС в странах Азии и западного побережья Тихого океана (Индия, Китай, Пакистан, Филиппины, Вьетнам и др.) [5]. Немаловажен и тот факт, что в отличие от развитых стран появление большого количества генериков в Кыргызстане не повлияло на снижение цен антибиотиков в целом. По стоимости некоторые из них оказались равными оригинальным препаратам.

Регистрацию и оборот ЛС в Кыргызстане в основном регламентируют закон № 91 от 30.04.03 г «О лекарственных средствах» и постановление правительства № 137 от 6.04.11 г Технический регламент «О безопасности ЛС для медицинского применения». Вышеназванные законодательные акты, казалось бы, надежно защищают пациента от недобросовестного производителя, исключая возможность выхода на рынок ЛС низкого качества. Однако, для успешной регистрации генерического препарата фармкомпания достаточно составить упрощенное досье продукта, содержащее сведения о его фармацевтической (в случае ЛС для парентерального введения) или фармакокинетической (твердые лекарственные формы для приема внутрь) эквивалентности (биоэквивалентность) уже зарегистрированному оригинальному препарату. Сведения о терапевтической эквивалентности, как правило, не предоставляются. Производители ограничиваются предъявлением данных по оригинальному препарату, умалчивая о том, кем и когда они были получены. Более того, согласно положению ВОЗ сравнение нового генерика может проводиться не только с оригинальным препаратом, но и с известным, хорошо зарекомендовавшим себя генерическим препаратом [6]. Очевидно, что, это приведет к еще большим отличиям с оригинальным препаратом.

Для доказательства можно привести результаты некоторых зарубежных исследований. Так, исследования фармацевтической эквивалентности оригинального цефтриаксона и 34 его аналогов, установили, что все 34 протестированных генерических препарата цефтриаксона не соответствовали требованиям спецификации для Роцефина, предъявляемым компанией Roche. В 18 случаях качество препаратов не соответствовало Европейской и Американской фармакопеям, включая нарушение стерильности (4 образца), наличие примесей (5 образцов) и посторонних микрочастиц металла и волокон (8 образцов) [7].

В десять раз увеличено количество твердых частиц в воспроизведенных препаратах цефотаксима

(Цефантрем, Lupin, Ток-сим, Alkem) по сравнению с оригинальным Клафораном (Hoechst) [8]. Для парентеральных препаратов наличие нерастворимых частиц во внутривенных генериках приводило к нарушению микроциркуляции в ишемизированных тканях. Учитывая, что в клинической практике такие состояния часто встречаются у пациентов при сепсисе, шоке, массивных хирургических вмешательствах, наличие нерастворимых частиц в растворе препарата для внутривенного введения может неблагоприятно сказаться на эффективности терапии и повысить риск развития респираторного дистресс-синдрома и полиорганной недостаточности. Аналогичные результаты были получены и при исследованиях генериков кларитромицина, азитромицина, меропенема, ципрофлоксацина и пиперациллина/тазобактама [9, 10, 11, 12, 13].

В Европейском Союзе и в США отрицательно относятся к фармакокинетической эквивалентности как к единственному способу оценки равнозначности ЛС [14,15]. Действительно, качество проведенных исследований биоэквивалентности вызывает определенные сомнения. Так, в систематическом обзоре приведен анализ 134 исследований биоэквивалентности проведенных в период с 2005 по 2008 гг [16]. Было выявлено, что в 55 исследованиях не было указано названия оригинального или референтного препарата. В 79 статьях указана биоэквивалентность однократной дозы, но из них 20 (31%) не отвечали трем критериям FDA, а 11(17%) не соответствовали 2 критериям EMA. Кстати, требования к данным биоэквивалентности FDA и EMA отличаются.

В Кыргызстане количество зарегистрированных ЛС растет в геометрической прогрессии и лишь маленькая часть получает отказ в регистрации из-за несоответствия требованиям. Так, в 2012 г ДЛЮ и МТ выдано сертификатов соответствия на 35169 наименований фармацевтической продукции. Отказано в выдаче сертификатов соответствия на 98 наименований ЛС на сумму 21,2 млн сомов, что составляет 0,3%. За 1 квартал 2013 года выдано сертификатов соответствия на 7846 наименований фармпродукции. Отказано в выдаче сертификатов соответствия на 16 (0,2%) наименований лекарственных средств на сумму 4,9 млн сомов. Можно ли быть уверенным, что все ЛС получившие разрешение, действительно эффективные и безопасные?

1. Лидером продаж по антибиотикам за 2011г являются российские фармацевтические компании, в частности компании «Синтез» и «Озон» 12,9 DID (средняя суточная доза на 1000 человек в день). На втором месте за ними следуют индийские компании 4 DID. Между тем, согласно результатам исследования MeosA. при сравнении растворимости оригинального ципрофлоксацина и 7 его генериков ни один российский препарат не удовлетворял условиям наиболее требовательной Британской Фармакопеи, а ципрофлоксацин производства компании «Озон» также и наименее требовательной Европейской Фармакопеи [13].

2. В настоящее время на отечественном рынке появилось достаточно много дистрибьюторов (по сути посредников), как местных, так и международных. Причем некоторые международные компании нацелены на рынок сбыта только в странах СНГ (World Medicine, Elson Pharma Pvt, NV Remedies, Rotapharm и др.). Очевидно, их привлекают более облегченные процедуры регистрации и продвижения ЛС, по сравнению с европейскими странами. Для того, чтобы узнать насколько компании серьезно работают на рынке, достаточно лишь взглянуть на их профили на сайте. К примеру, индийская компания NV Remedies (Индия), согласно информации на сайте «фармацевтическая маркетинговая компания занимающаяся экспортом ЛС в страны СНГ с головным офисом на Украине. Офис в Мумбае обеспечивает помощь в логистике, регистрации, управлении и аутсорсинге продуктов». Какой либо информации о продукции, которую она поставляет на рынок не представлено. На сайте другой компании Ротафарм (Великобритания), в качестве информации о ЛС приводится лишь инструкция без упоминания данных об истинных компаниях-производителях, результатов доклинических и клинических исследований.

3. Более того, некоторые компании (NV Remedies, Norris Medicines Ltd и др.) в 2012 г получили разрешение на ввоз антибиотиков минуя процедуры регистрации для применения при стихийных бедствиях и вспышках инфекционных заболеваний, согласно закону КР «О лекарственных средствах» Главы X «Ввоз ЛС на территорию КР. Вывоз ЛС с территории КР», Статьи 36 «Порядок ввоза ЛС на территорию КР».

4. Согласно ст.35 Закона «О лекарственных средствах», Техническим регламентом «О безопасности ЛС для медицинского применения» утверждённым постановлением Правительства Кыргызской Республики от 06.04.2011г. №137, генерические препараты могут быть зарегистрированы по упрощенной схеме. Другими словами, не требуется предоставление клинических доказательств эффективности и безопасности.

5. Компании, которые не могут предоставить полноценную и достоверную информацию, ссылаясь на конфиденциальность, при этом охотно распространяют результаты «клинических исследований» местных ученых. К примеру, на сайте британской компании World Medicine опубликована статья проф. Фейгина Г.А. и Казначеевой Т.В. «Левоксимед в терапии отоларингологических заболеваний» [17]. В открытом, несравнительном исследовании согласно описанию, авторы не указали критерии включения и исключения пациентов, возраст, пол и набрали одну группу из 100 пациентов с острым и хроническим отитом, а также с острым и хроническим синуситом. Кроме того, пациенты не были разделены по терапевтическому и хирургическому профилям. Следует отметить, что согласно требованиям GCP не следует смешивать пациентов с разными диагнозами и степенью тяжести, так как это изначально ведет к получению

недостоверных данных. Результаты представлены в виде суррогатных исходов - «сделало возможным добиться быстрого и клинически стойкого прекращения гноетечения», «был отмечен гладкий послеоперационный период». Тогда как, необходимо было указать четкие статистические данные относительно первичных и вторичных точек исхода. Цель статьи заключается в донесении до простого врача, который не имеет понятия о правилах надлежащих клинических испытаний информации о том, что Левоксимед эффективен при всех отитах и синуситах и при этом, совершенно необязательно знать, что препарат не входит в клинические протоколы.

6. И последнее, согласно результатам исследования ВОЗ в Кыргызстане в 2008г из 313 антибиотиков 234 (75%) оказались неизвестного качества [18]. Более того, из 12 антибиотиков МНН, находящихся в розничной сети, 4 антибиотика МНН неизвестного качества имели более высокую медианную цену по сравнению с одноименными препаратами доказанного качества (амокксициллин, азитромицин, цефтриаксон и тетрациклин).

В республике пока нет централизованной базы данных для врачей и фармацевтов по оригинальным и генерическим ЛС. Доступность объективной информации о терапевтической эквивалентности генериков позволила бы специалистам уверенно использовать взаимозаменяемые лекарства, принимать во внимание и экономические преимущества, а значит, и повысить качество медицинского обслуживания населения. Однако экономические соображения и дефицит средств в фонде медицинского страхования не должны затмевать проблему безопасности ЛС. Оригинальные препараты снова и снова будут противопоставлять генерикам, и приводить аргументы "pro et contra", но их конкуренция на фармацевтическом рынке должна базироваться на строгом соблюдении требований к качеству производства как оригинальных, так и генерических препаратов, на результатах анализов биоэквивалентности, а также результатах клинических исследований. Необходимо повышать потенциал сотрудников ДЛЮ и МТ в плане регистрации и разрешения медицинского применения генерических препаратов. Процесс принятия решений по регистрации ЛС должен быть прозрачным с обязательной публикацией в открытом доступе сводного отчета о регистрации/отказе в регистрации ЛС. Следует серьезно пересмотреть законодательство, с целью исключения любой возможности проникновения на рынок некачественных ЛС или лишения компании ранее выданного свидетельства при выявлении фальсификатов на рынке. В отношении клиницистов, которые выдают недостоверные данные относительно ЛС в пользу компаний и способствуют неэтичному маркетингу разработать административно-уголовные меры наказания. Только комплекс мероприятий может оказать существенное влияние, как на количество, так и на качество генерических препаратов.

Литература

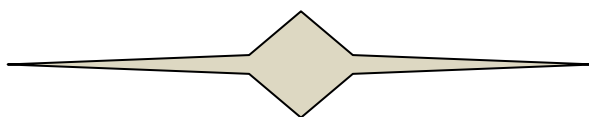
1. Frank RG (2007) The ongoing regulation of generic drugs. *N Engl J Med* 357:1993–1996.
2. И.В. Смоленов, А.В. Красильникова. Фармакоэкономические аспекты применения азитромицина различных производителей при внебольничной пневмонии у взрослых // Фарматека. – Москва, 2003. - № 13. – С. 78-87
3. Характеристика российского рынка лекарственных средств. Торгово-промышленная палата Российской Федерации. Доступно по адресу в интернете: <http://www.tpprf.ru/ru/committee/kombez/anm/>.
4. Жаркова Л.П., Козлов С.Н. Генерики антимикробных препаратов: проблемы применения. Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. №9, 2010.
5. Division of Drug Management and Policies. Summary of Counterfeit Drug Database as of April 1999. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1999.
6. Хубиева М.Ю., Юргель Н.В., Ушкалова Е.А. и др. Проблемы качества и терапевтической эквивалентности генериков. *Здравоохранение*. – 2010. - №11. - С.15-27.
7. Lambert PA, Conway BR. Pharmaceutical quality of ceftriaxone generic drug products compared with Rocephin. *J Chemother*. 2003 Aug;15(4):357-68.
8. Wetterich U, Mutschler E. Quality of cefotaxime sodium preparations. *Arzneimittelforschung*. 1995 Jan;45(1):74-80.
9. Nightingale CH. A survey of the quality of generic clarithromycin products from 18 countries. *Clin Drug Investig*. 2005;25(2):135-52.
10. Мартинович А.А., Эйдельштейн М.В., Цюман Ю.П., Козлов Р.С. Азитромицин: сравнение качества инъекционных лекарственных форм оригинального препарата и его генериков // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2011. - №13(4). – С. 335-345.
11. А.А. Никулин, Ю.П. Цюман, А.А. Мартинович, М.В. Эйдельштейн, Р.С. Козлов. Об адекватности замены генериками внутривенных форм оригинальных препаратов: нужны ли сравнительные исследования? // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2010. - №12(1). – С. 31-40.
12. Meos A., Gvosdev D. Comparative study of ciprofloxacin tablets registered in Estonia to those produced in Russian Federation. 6th World Meeting in pharmaceutics, biopharmaceutics and pharmaceutical technology, 7-10 April 2008, Barcelona, Spain.
13. Moet GJ, Watters AA, Sader HS, Jones RN. Expanded studies of piperacillin/tazobactam formulations: variations among branded product lots and assessment of 46 generic lots. *DiagnMicrobiol Infect Dis*. 2009 Nov;65(3):319-22. doi: 10.1016/j.diagmicrobio.2009.06.012.
14. Kesselheim AS. The backlash against bioequivalence and the interchangeability of brand-name and generic drugs. *CMAJ*. 2011 Sep 6;183(12):1350-1. doi: 10.1503/cmaj.110808.
15. Gauzit R, Lakdhari M. Generic antibiotic drugs: is effectiveness guaranteed? *Med Mal Infect*. 2012 Apr;42(4):141-8. doi: 10.1016/j.medmal.2011.10.013.
16. Van der Meersch A, Dechartres A, Ravaud P. Quality of reporting of bioequivalence trials comparing generic to brand name drugs: a methodological systematic review. *PLoS One*. 2011;6(8):e23611. doi: 10.1371/journal.pone.0023611.
17. <http://worldmedicine.kg/news/view/id/195>
18. Качество лекарственных средств в секторе государственных закупок Кыргызской Республик. ВОЗ, 2008.

THE PROBLEM OF GENERIC ANTIBIOTICS
QUALITY AND WAYS OF SOLUTIONS

B.A. Kambaralieva

Center for Disease Control and Prevention
Bishkek c., the Kyrgyz Republic.

In a world increasingly tend to reduce healthcare costs by replacing the original drugs to cheaper generics. Share of generic drugs is one of the highest in Kyrgyz Market and accounts for 97% of all prescriptions. At the same time, the quality relevance of used drugs is increasing and antibiotics in particular. This publication is devoted to issues related to the quality of antibiotics in the world and in Kyrgyzstan, as well as government regulatory rules.
Key words: antibiotics, generics, quality, government regulation of drug market.



Приказ от 17.01.14г. №24

Об утверждении Перечня лекарственных средств, разрешенных к ввозу и применению в медицинской практике на территории Кыргызской Республики

В соответствии с Законом Кыргызской Республики «О лекарственных средствах», лекарственные средства могут производиться, продаваться и применяться на территории Кыргызской Республики, если они зарегистрированы или внесены в Перечень лекарственных средств, разрешенных к ввозу и применению в медицинской практике на территории Кыргызской Республики (далее *Перечень*) уполномоченным государственным органом Кыргызской Республики в области здравоохранения.

В связи с возникшими трудностями в бесперебойном обеспечении населения и организаций здравоохранения Кыргызской Республики лекарственными средствами,

1. Утвердить прилагаемый перечень лекарственных средств, разрешенных к ввозу и применению в медицинской практике на территории Кыргызской Республики (Приложение 1)

2. Утвердить прилагаемый перечень вакцин, разрешенных к ввозу и применению в медицинской практике на территории Кыргызской Республики (Приложение 2), согласно календарному плану профилактических прививок, утвержденный МЗ КР 13.03.2009г. №117;

3. Директору ДЛЮиМТ (Курманову Р.А.) обеспечить:

1) контроль качества ввозимых лекарственных средств по утвержденному Перечню, в установленном порядке;

Срок: в течение года

2) предоставление мониторинга поставок ЛС, по утвержденному Перечню;

Срок: ежеквартально

4. Экспертной группе по формированию Перечня продолжить изучение поступивших заявок для включения в Перечень;

5. При необходимости внести на рассмотрение комиссии дополнительный список лекарственных средств для включения в Перечень;

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Калиева М.Т.

Министр

Д.З.Сагинбаева

Приложение 1
к приказу
Министерства здравоохранения
Кыргызской Республики
от 17.01. 2014 года № 24

Перечень
лекарственных средств, разрешенных к ввозу и применению в медицинской практике
на территории Кыргызской Республики

№	Наименование, лек.форма, доза	МНН	Пояснение	Завод-производитель
1.	Адреналин 0,1% 1,0 №10	Эпинефрина гидрохлорид	Препарат для оказания неотложной помощи (средства, стимулирующие альфа- и бета-адренорецепторы)	«Дарница» Украина
2.	Дитилин раствор для инъекций 2% ампулы 5 мл (20 мг на мл)	Суксаметони яйдид	Курареподобное средство с деполляризирующим действием.	«Дарница» Украина
4.	Бария сульфат 100,0	Бария сульфат	Рентгеноконтрастное средство	«Химический завод ми. Карпова» РФ

Приложение 2
к приказу
Министерства здравоохранения
Кыргызской Республики
от 17.01.2014 года № 24

**Перечень
лекарственных средств (вакцин), разрешенных к ввозу и применению в медицинской практике
на территории Кыргызской Республики**

согласно календаря профилактических прививок
утвержденного МЗ КР 13.03.2009г. №117

№	Наименование (МНН и торговое наименование)	Лекарственная форма	Дозировка	Фасовка	Фармакотера- певтическая группа и АТС код	Завод-производитель (регистрация в стране происхождения)
1	Вакцина для профилактики кори, паротита и краснухи (КПК)	Порошок для инъекций в комплекте с растворителем	1 доза-0,5мл, (5, 10 дозный)	Во флаконах, растворители в ампулах	300220000	Преквалификация ВОЗ
3	Вакцина против кори, краснухи (ККВ)	Порошок для инъекций в комплекте с растворителем	1 доза-0,5мл, (10 дозный)	Во флаконах, растворители в ампулах	300220000	Преквалификация ВОЗ
5	Лиофилизированная БЦЖ вакцина с раствором для внутрикожного введения (БЦЖ)	Порошок для инъекций во флаконе в комплекте с растворителем	1 доза-0,05мл, (20 дозный)	Во флаконах, растворители в ампулах	300220000	Преквалификация ВОЗ
6	АКДС вакцина (адсорбированная кокклюшно- дифтерийно-	Раствор для инъекций	1 доза-0,5мл, (10 дозный)	Во флаконах	300220000	Преквалификация ВОЗ

ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ!

БАКИЕВ БАХТИЯР АБДУЛЛАЕВИЧ



5 ноября 2013 г. исполнилось 60 лет со дня рождения и 38 лет научно-педагогической, лечебной и общественной деятельности доктора медицинских наук, и.о. профессора Бахтияра Абдуллаевича Бакиева.

В 1975 г. после окончания с отличием стоматологического факультета Киргизского государственного медицинского института, он был зачислен ординатором на кафедру хирургической стоматологии, по окончании которой поступил в очную аспирантуру.

Вся педагогическая, научная и лечебная деятельность Бахтияра Абдуллаевича, включительно по сегодняшний день, связана с Кыргызской государственной медицинской академией: 1980-1996 гг. - ассистент кафедры хирургической стоматологии, 1996-2004 гг. доцент кафедры хирургической стоматологии и одновременно декан стоматологического факультета (2001-2002 гг.), 2004-2010гг. заведующий кафедрой хирургической стоматологии, с 2010г. и по настоящее время - и.о. профессора кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. С 1996 по 2001 гг. Бакиев Б.А. был организатором создания собственной учебно-клинической базы факультета – первым директором Стоматологического центра КГМА. Под его руководством был осуществлен весь комплекс работ по перепрофилированию общежития № 5 КГМА в современный образовательный, научно-лечебный Центр.

В 1986 году Бахтияр Абдуллаевич Бакиев защитил кандидатскую диссертацию на тему: "Хирургическое лечение одонтогенных кист челюстей", а в 2011 докторскую диссертацию на тему: "Современные аспекты комплексной терапии гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи". Сфера его научных интересов охватывает насущные проблемы

практического здравоохранения, и отличаются разносторонним инновационным подходом, обширностью. Под его руководством изучаются распространенность, этиология, патогенез гнойно-воспалительных заболеваний и травм челюстно-лицевой области, вопросы комплексного лечения болезней пародонта, современные аспекты имплантологии и амбулаторной хирургической стоматологии. Автор 102 научных трудов и учебных пособий, в том числе монографии. Имеет 5 патентов на изобретение СССР и КР, 16 удостоверений на рационализаторское предложение. Под его руководством в 2008 году защищена 1 и подготовлены к защите 2 кандидатские диссертации.

За прошедшие годы он внес значительный вклад в дело подготовки квалифицированных специалистов. За этот период он принял участие в подготовке более 3000 тысяч врачей-стоматологов, успешно работающих в настоящее время во всех регионах нашей страны и за ее пределами. Одновременно он активно занимался вопросами усовершенствования и специализации сотен врачебных кадров республики, на организованных им 2 курсах. Его лекции и занятия всегда содержательны, доходчивы, интересны и пользуются успехом у студентов, клинических ординаторов, врачей и сотрудников кафедры.

Бакиев Б.А. оказывает большую лечебно – консультативную помощь населению республики, чуткий, отзывчивый врач, прекрасный диагност, пользуется уважением и любовью больных и широкого круга врачей.

Активный организатор Стоматологической Ассоциации КР и более 15 лет бессменный член правления, ответственный редактор 9 сборников трудов съездов САКР. Член 2 Специализированных Ученых Советов по защите докторских и кандидатских диссертаций и профсоюзного комитета КГМА. 1970-1985гг. организатор и активный участник движения студенческих строительных отрядов в республике и республиканских спартакиад по боксу (к.м.с.) и настольному теннису (к.м.с.)

За большие заслуги, и.о. профессор Бахтияр Абдуллаевич Бакиев отмечен Почетной Грамотой ЦК ВЛКСМ, 2 Почетными Грамотами ЦК ЛКСМ Киргизии, Почетной Грамотой Министерства здравоохранения КР, КГМА им.И.К. Ахунбаева и Почетным значком Отличника здравоохранения КР.

Коллеги и ученики Бахтияра Абдуллаевича Бакиева поздравляют его с юбилеем, желают крепкого здоровья и дальнейших творческих успехов.



НУРБАЕВ АЛТЫНБЕК ЖОЛДОШЕВИЧ



Доцент кафедры ортопедической стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева Нурбаев А.Ж. родился 13 ноября 1953 г. в селе Кок-Токой Таласского района Таласской области.

В 1970 году окончил СШ №1 г. Таласа, с 1971 - 1972 годы рабочий МСО Таласского района. С 1972-1974 гг. служба в СА на Крайнем Севере.

В 1974 году поступил в Кыргызский государственный медицинский институт на стоматологический факультет и окончил с отличием. После окончания института с 1979 по 1981 годы клинической ординатор кафедры ортопедической стоматологии, с 1981 по 2000 годы ассистент, с 2000 года доцент данной кафедры. С сентября 2005 по 2010 год работал завучем кафедры.

Научный путь начал с 1985 года соискателем кафедры. В 1993 году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Особенности распространенности, клиники и ортопедического лечения частичного и полного отсутствия зубов у лиц, проживающих в условиях высокогорья» в г. Казань под руководством профессора М.З. Миргазизова и доцента С.У. Султанбаевой.

17 мая 2013 г. защитил докторскую диссертацию на тему: «Эпидемиология и профилактика стоматологических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста совершенствование медико-социальной помощи» под руководством профессоров О.Т. Касымова и С.У. Султанбаевой.

Им опубликовано более 60 работ, из них методических рекомендаций для студентов - 5, для врачей - 4, одну монографию. Научные статьи вышли в свет не только в странах СНГ, но и дальнего зарубежья (Дубай - 2007г., Мехико- 2011 г), имеет несколько рац. предложений.

За прошедшие годы он внес значительный вклад в дело подготовки квалифицированных специалистов. Его занятия и лекции всегда содержательны, доходчивы и интересны и пользуются успехом у студентов, клинических ординаторов. А.Ж. Нурбаев талантливый педагог с более 30- летним опытом учебно-методической работы, высоко квалифицированный врач и прекрасный воспитатель молодых кадров, встречает свое 60-летие в расцвете творческих сил, в кругу соратников, учеников, детей и внуков.

Алтынбека Жолдошевича отличают доброжелательное, чуткое, внимательное отношение к больным, коллегам. Ему присуще постоянное стремление делать людям добро, готовность в любую минуту прийти на помощь.

Добросовестный труд А.Ж. Нурбаева неоднократно отмечен благодарностями и почетными грамотами администрации КГМА им. Ахунбаева, МЗ КР.

Алтынбек Жолдошевич Нурбаев на основании приказа МЗ № 486 от 16.08.2013 г. назначен Главным внештатным стоматологом.

А.Ж. Нурбаев - отличник здравоохранения, награжден «Юбилейной медалью - Манас-1000».

Стоматологическая общественность КР от всей души поздравляют Алтынбека Жолдошевича Нурбаева с 60-летним юбилеем, и желает ему крепкого здоровья, большого личного счастья и новых успехов в работе.



ЧИЛЕТИРОВ УЛАРБАЙ ЖЭЭНБАЕВИЧ



Чилетиров Уларбай Жээнбаевич родился 14 сентября в 1953 году в поселке Көк-Таш, Ленинского района, Ошской области КР. В 1971 году окончил Өзгөрүшкүю среднюю школу Токтогульского района. В этом же году поступил в КГМИ на стоматологический факультет. 1976 году после окончания института был направлен в г. Ош для прохождения одногодичной интернатуры. С 1976 года по 1977 год работал врачом стоматологом Кара-Суу, Ошской области. В октябре 1981 года прошел по конкурсу на должность ассистента кафедры ортопедической стоматологии КГМИ.

В 1978 году успешно окончил Кыргызский Государственный Медицинский институт, 1984 году внедрил рационализаторское предложение, которое было утверждено советом института и награжден удостоверением признанным рационализаторским к использованию под названием «Способ изготовления штифтов с культей зуба» в КГМИ.

В 1985 году был переведен преподавателем в Республиканское медицинское училище повышения квалификации средних медицинских и фармацевтических работников, ныне Кыргызский Государственный Институт переподготовки и повышения квалификации. Активно участвую в переподготовки и повышения квалификации специалистов после дипломного обучения. Высококвалифицированный педагог, член правления стоматологической ассоциации КР. В 1995 был награжден значком «Саламаттык сактоонун ардактуу кызматкери» за хорошую работу и вклад в развитии здравоохранения, а так же Почетной Грамотой Министерство Здравоохранения КР и Почетной Грамотой ЦК профсоюза медицинских работников. В 2010 году был награжден Почетной Грамотой САКР за вклад в развитие стоматологической службы КР. В данное время является председателем аттестационной комиссии специалистов среднего звена стоматологических учреждений.

Супруга: Алымкулова Аиш Шаршенбековна, врач акушер-генеколог, ЦСМ № 2 г. Бишкек. Отец четверых детей и семь внуков.

СОМКУЛОВ ДЖАНЫБЕК ДУШОБЕКОВИЧ



Сомкулов Джаныбек Душобекович родился 10.01.1953г. в Кыргызстане. Женат, отец двоих детей.

Окончил стоматологический факультет, по специальности врач-стоматолог.

В 1979-1983 гг. являлся заведующим стоматологическим отделением Тянь-Шанский ЦРБ. В 1983-1990 гг. - врач ортодонт. Детская стоматологическая поликлиника г. Фрунзе. В 1990-2004 гг. работал заведующим стоматологическим отделением поликлиники студентов г. Бишкек. 2004-2006 гг. - врач ортопед Стоматологической поликлиники № 6. В 2006-2007 гг. являлся заведующим лечебно-профилактическим отделением стоматологической поликлиники № 4, г. Бишкек. С 2007 г. по настоящее время – заместитель главного врача стоматологической поликлиники № 3, г. Бишкек.

«Отличник здравоохранения Кыргызской Республики» 2008год.

Квалификация: врач-стоматолог высшей квалификационной категории.

БУТОЕВА БУРУЛСУН КЕМЕЛОВНА



Год рождения – 23.10.1953, место рождения – Иссыкульская область, образование – Киргизский государственный медицинский институт, 1970-1975гг. по специальности «стоматология». Врач стоматолог-терапевт высшей категории. По окончании проходила интернатуру в 1976г. на базе поликлиники № 1.

Бутоева Б.К. с 1977 по 1981г. работала врачом стоматологом г. Нарын, в Нарынской областной поликлинике. В 1981 году была переведена из детской поликлиники № 5 в детскую стоматологическую поликлинику на должность врача - стоматолога лечебного кабинета, ныне СП № 6. В 2003 году награждена значком «Саламаттык сактоонун ардактуу кызматкери» Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Является наставником молодых врачей. Пользуется заслуженным уважением у больных и сотрудников поликлиники. Принимает активное участие в общественной жизни поликлиники. С 2009 года ведет санитарно просветительную работу.

