

STOMATOLOGIYA

ISSN 2091-5845

№ 2
(71) 2018

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

5

НЕКОТОРЫЕ ФАКТЫ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

29

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА PERIO-FLOW®
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИИМПЛАНТИТА

46

ПРОЯВЛЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Ўзбекистон Стоматологлар Ассоциацияси

«Stomatologiya» - илмий-амалий журнал

1998 йилда асос солинган

Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлиги томонидан 15 август 2007 йилда қайта рўйхатга олинган.

Гувоҳнома № 0289.

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссияси (ОАК) қарорига асосан «Stomatologiya» журнали Фан доктори илмий даражасига талабгорларнинг диссертация ишлари илмий натижалари юзасидан илмий мақолалар эълон қилиниши лозим бўлган республика илмий журналлари рўйхатига киритилган (ОАК Раёсатининг 2013 йил 30 декабрдаги 201/3-сон қарори билан тасдиқланган)

ТАХРИРИЯТ МАНЗИЛГОҲИ:

100048, Ўзбекистон Республикаси,
Тошкент ш., Махтумкули кўчаси, 103
тел.: +99871-236-26-75;
факс: +99871-230-47-58

Интернетдаги манзилгоҳи: stomjurnal.tibbiyot.com.

Дизайнер ва компьютерда терувчи:

Е. Н. Алексеев

Мухаррир О.А.Козлова

Баҳоси келишилган нархда.

Рекламани чоп қилиш ҳақ тўлаш йўли билан амалга оширилади.

Реклама матнининг тўғрилиги бўйича жавобгарлик реклама берувчи.

Қўлёзмалар, суратлар ва расмлар тақриз қилинмайди ҳамда эгасига қайтарилмайди.

Келтирувчи фактларнинг тўғрилиги, рақамли материалларнинг аниқлиги, препаратларнинг номлари, атамалар, илмий-адабий манбалар, исм ва фамилияларнинг тўғрилиги учун жавобгарлик муаллифларнинг ҳамда таҳририят ҳайъатининг зиммасидадир.

Формат 60x84 1/8, усл. печ. л. 14. Заказ №
Тираж 1 000 экз.

Дата подписания в печать 28.12.2017
Отпечатано в ООО «Credo print group»,
г. Ташкент, ул. Богишамол, 160.

ISSN 2091-5845

STOMATOLOGIYA № 2, 2018 (71)

ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ЖУРНАЛ

Бош муҳаррир: Ж.А. Ризаев, т.ф.д., проф.

Бош муҳаррир муовини: Р.Н. Нигматов, т.ф.д., проф.

Масъул котиб: У.Ю. Мусаев, т.ф.н.

ТАХРИРИЯТ ХАЙЪАТИ

Ando Masatoshi (АҚШ)

Baek il Kim (Жанубий Корея)

Daisuke Inaba (Япония)

Elbert de Josselin de long (Голландия)

Jin Young Choi (Жанубий Корея)

Peter Botenberg (Бельгия)

Абдуллаев Ш.Ю., т.ф.д, проф.

Азимов М.И., т.ф.д., проф.

Алимов А.С., т.ф.д., проф.

Алимова Р.Г., т.ф.д., проф.

Амануллаев Р.А., т.ф.д., проф.

Бекжанова О.Е., т.ф.д., проф.

Ғафоров С.А., т.ф.д., проф.

Гасюк П.А., проф. (Украина)

Дустмухамедов М.З., т.ф.д., проф.

Жилонов А.А., т.ф.д., проф.

Ирсалиев Х.И., т.ф.д., проф.

Кисельникова Л.П., т.ф.д., проф. (Россия)

Клёмин В.А., т.ф.д., проф. (Украина)

Комилов Х.П., т.ф.д, проф.

Лукина Г.И., т.ф.д. (Россия)

Максимовская Л.Н., т.ф.д., проф. (Россия)

Мамедов А.А., т.ф.д., проф. (Россия)

Махсудов С.Н., т.ф.д., проф.

Мухамедов И.М., т.ф.д., проф.

Пернибаев Г.Ж., т.ф.д., проф. (Қозоғистон)

Хабилов Н.Л., т.ф.д., проф.

Хасанов А.И., т.ф.д. доц.

Юлдашев А.Ю., т.ф.д., проф.

Юлдошев И.М., т.ф.д., проф. (Кирғизистон)

Якубов Р.К., т.ф.д., проф.

ТАХРИРИЯТ КЕНГАШИ

Абдукодиров А.А., т.ф.д., проф.

Алиева Р.К., т.ф.д., проф. (Озорбайжон)

Боймуродов Ш.А., т.ф.д., проф.

Есенбаева С. С., т.ф.д, проф. (Қозоғистон)

Ғуломов С.С., т.ф.д., проф.

Исмоилов М.М. (Фарғона)

Иноятлов А.Ш. (Бухоро)

Қосимов А.М. (Наманган)

Қурбонов Ф.Р. (Хоразм)

Норбутаев А.Б. (Самарқанд)

Тулаганов Б.О. (Тошкент вилояти)

Узакбергганова У.А. (Нукус)

Усмонов Р.Р. (Андижон)

Хасанова Л.Э., т.ф.д. (Тошкент)

Худанов Б.О., т.ф.д. (Тошкент)

Шокиров Ш.Т., т.ф.д. (Тошкент)

Юлдашев А.А., т.ф.д. (Тошкент)

Ассоциация Стоматологов Узбекистана

«Stomatologiya» - научно-практический журнал.

Основан в 1998 году.

Зарегистрирован повторно Агентством печати и информации Республики Узбекистан 15 августа 2007 г. Свидетельство № 0289.

Решением Высшей аттестационной комиссии (ВАК) при Кабинете Министров Республики Узбекистан журнал «Stomatologiya» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Республике Узбекистан, в которых рекомендована публикация основных результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени доктора наук (Утверждено Постановлением Президиума ВАК РУз. № 201/3 от 30 декабря 2013 года).

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

100048, Республика Узбекистан,
г. Ташкент, ул. Махтумкули, 103
тел.: +99871-236-26-75;
факс: +99871-230-47-58

Адрес в Интернете: stomjurnal.tibbiyot.com.

Дизайн, компьютерный набор и верстка
Е.Н. Алексеев

Редактор О.А. Козлова

Цена журнала договорная.

Публикация рекламы на коммерческой основе. За правильность рекламного текста ответственность несет рекламодатель. Рекламодатели предупреждены редакцией об ответственности за рекламу незарегистрированных и не разрешенных к применению Министерством здравоохранения РУз лекарственных средств и предметов медицинского назначения.

Рукописи, фотографии и рисунки не рецензируются и не возвращаются. Авторы несут ответственность за достоверность излагаемых фактов, точность цифровых данных, правильность названий препаратов, терминов, литературных источников, имён и фамилий.

Формат 60x84 1/8, усл. печ. л. 14. Заказ №
Тираж 1 000 экз.

Дата подписания в печать 28.12.2017
Отпечатано в ООО «Credo print group»,
г. Ташкент, ул. Богишамол, 160.

STOMATOLOGIYA

№ 1, 2018 (70)

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор Ж.А. Ризаев, д.м.н., проф.
Зам. гл. редактора Р.Н. Нигматов, д.м.н., проф.
Ответственный секретарь У.Ю. Мусаев

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ando Masatoshi (США)
Baek il Kim (Южная Корея)
Daisuke Inaba (Япония)
Elbert de Josselin de long (Голландия)
Jin Young Choi (Южная Корея)
Peter Botenberg (Бельгия)
Абдуллаев Ш.Ю., д.м.н., проф.
Азимов М.И., д.м.н., проф.
Алимов А.С., д.м.н., проф.
Алимова Р.Г., д.м.н., проф.
Амануллаев Р.А., д.м.н., проф.
Бекжанова О.Е., д.м.н., проф.
Гаффаров С.А., д.м.н., проф.
Гасюк П.А., проф. (Украина)
Дустмухамедов М.З., д.м.н., проф.
Жилонов А.А., д.м.н., проф.
Ирсалиев Х.И., д.м.н., проф.
Клёмин В.А., д.м.н., проф. (Украина)
Кисельникова Л.П., д.м.н., проф. (Россия)
Комилов Х.П., д.м.н., проф.
Лукина Г.И., д.м.н., (Россия)
Максимовская Л.Н., д.м.н., проф. (Россия)
Мамедов А.А., д.м.н., проф. (Россия)
Махсудов С.Н., д.м.н., проф.
Мухамедов И.М., д.м.н., проф.
Пернибаев Г.Ж., д.м.н., проф. (Казахстан)
Хабилов Н.Л., д.м.н., проф.
Хасанов А.И., д.м.н., доц.
Юлдошев А.Ю., д.м.н., проф.
Юлдошев И.М., д.м.н., проф. (Кыргызстан)
Якубов Р.К., д.м.н., проф.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Абдукодиров А.А., д.м.н., проф.
Алиева Р.К., д.м.н., проф. (Азербайджан)
Боймуродов Ш.А., д.м.н., проф.
Есенбаева С. С., д.м.н., проф. (Казахстан)
Гуломов С.С., д.м.н., проф.
Исмоилов М.М. (Фергана)
Иноятлов А.Ш. (Бухара)
Қосимов А.М. (Наманган)
Курбонов Ф.Р. (Хорезм)
Норбутаев А.Б. (Самарканд)
Тулаганов Б.О. (Ташкентская обл.)
Узакбергганова У.А. (Нукус)
Усмонов Р.Р. (Андижан)
Хасанова Л.Э., д.м.н., (Ташкент)
Худанов Б.О., д.м.н., (Ташкент)
Шокиров Ш.Т., д.м.н., (Ташкент)
Юлдашев А.А., д.м.н., (Ташкент)

Содержание

ОРГАНИЗАЦИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ИСТОРИЯ
Ризаев Ж.А., Нурмаматова К.Ч. Некоторые факты развития стоматологической службы в Республике Узбекистан
Абдуазимова Л.А., Ризаев Э.А., Дустмухаммедов Э.Х. Оптимизация инновационного образования в медицинских вузах
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ
Дубровская Е. Н. Эрозия зубов: современные подходы к лечению
Бекжанова О.Е., Юсупалиходжаева С.Х. Частота и нозологические формы кандидозного стоматита, встречающиеся на стоматологическом приеме
Хасанова Л.Э., Юнусходжаева М.К. Опыт применения препарата биоплант для лечения пародонтита
ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ
Сафаров М.Т., Дусмухамедов Н.Б. Клинико-функциональная оценка мостовидного протезирования с применением внутрикостных имплантатов
Мусаева К.А., Асом Б.В., Салиев С.У. Улучшение фиксации полных съемных пластиночных протезов в условиях выраженной атрофии в области верхнечелюстных бугров
ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ
Мукимов О.А., Олимов А.Б. Применение метода Perio-Flow® для лечения периимплантита
СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА
Абдуазимова Л.А., Ризаев Э.А., Джалилова Ф.Р., Дусмухамедова А.Ф. Инновационный подход к лечению осложнений кариеса у детей на основе алгоритмизации диагностики
Шомуродов К.Э., Кодиров Р.Х., Шамсиев Р.А., Мирхусанова Р.С. Математические модели прогнозирования эффективности различных методов лечения у детей с врожденной расщелиной неба на основе оцифрованных сигналов звукопроизношения
ОРТОДОНТИЯ
Ризаев Ж.А., Муслимова Д.М., Ризаева С.М., Рахманова О.А. Влияние базиса ортодонтических аппаратов на ткани твердого неба в различные этапы расширения верхней челюсти
Нигматова И.М., Нигматов Р.Н., Иногамова Ф.К. Дифференцированное ортодонтическое и логопедическое лечение по устранению произносительных расстройств у детей с зубочелюстными аномалиями
В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ
Храмова Н.В., Атаков С.С. Проявление ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области
Гафоров С.А., Абдиримов И.С., Сабиров Б.Ю. Анализ причин неблагоприятных исходов протезирования металлокерамическими конструкциями

Content

THE ORGANIZATION, EPIDEMIOLOGY AND HISTORY	
Rizaev J.A., Nurmatova K.Ch. Some facts of the dental service development in the Republic of Uzbekistan	5
Abduazimova L.A., Rizaev E.A., Dustmukhammedov E.Kh. The optimization of innovative education in medical high schools	8
THERAPEUTIC DENTISTRY	
Dubrovskaya E. N. Erosion of teeth: modern approaches to treatment	12
Bekjanova O.E., Yusupalihodjaeva S.Kh. Frequency and nosological forms of candidiasis stomatitis, occurring at the dental appointment	18
Khasanova L.E., Yunushodjaeva M.K. Experience in the Biopant applying for the treatment of periodontitis	22
PROSTHODONTICS	
Safarov M.T., Dosmukhamedov N.B. Clinical and functional evaluation of bridge prosthetics with intraosseous implants	24
Musaeva K.A., Asom B.V., Saliev S.U. Improving the fixation of complete removable plate prostheses in conditions of pronounced atrophy in the region of the maxillary tubercles	27
SURGICAL DENTISTRY	
Mukimov O.A., Olimov A.B. The Perio-Flow® method application in the peri-implantitis treatment	29
PEDIATRIC DENTISTRY	
Abduazimova L.A., Rizaev E.A., Dzhaliлова F.R., Dusmukhamedova A.F. Innovative based on algorithmic diagnosis approach to the treatment of caries complications in children	33
Shomurodov K.E., Kodirov R.Kh., Shamsiev R.A., Mirkhusanova R.S. Mathematical models of predicting the effectiveness of various treatment methods in congenital cleft palate children based on digitized sound signal signals	38
ORTHODONTICS	
Rizaev J.A., Muslimova D.M., Rizaeva S.M., Rakhmanova O.A. Influence of the basis of orthodontic devices on the tissues of the solid palate in various stages of expansion of the upper jaw	41
Nigmatova I.M., Nigmatov R.N., Inogamova F.K. Differentiated orthodontic and logopedic treatment for the elimination of pronunciation disorders in children with dentofacial anomalies	43
AID FOR PRACTICING DOCTORS	
Khramova N.V., Atakov S.S. Manifestation of HIV infection in the maxillofacial area	46
Gafforov S.A., Abdirimov I.S., Sabirov B.Y. Analysis of the unfavourable consequences of prosthetics with metal-ceramic dentures	50

Махкамов М.Э., Карапетян К.Л., Алимджанов К.Х., Саидов Э.Р., Зайнутдинов М.О. Протезирование с использованием титановых десневых опор Карапетяна К.Л.	
Ризаева С.М., Муслимова Д.М., Ибрагимова Х.Х. Практическое обоснование применения методик WAX-UP и МОК-UP при ортопедическом восстановлении фронтальных зубов винирами	
Халматова М.А., Хасанов Ш.М., Ахтамов Ш.Д. Применение препарата Тенотен для амбулаторной премедикации в челюстно-лицевой хирургии	
Махсумова С.С., Ходжаева К.М. Применение полифитового масла у детей, больных острым герпетическим стоматитом	
Махмудов А.А., Храмова Н.В. К вопросу оссифицирующего миозита жевательной мышцы	
ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ	
Хабиллов Н.Л., Сафаров М.Т., Досмухамедов Н.Б. Анализ современных подходов к ортопедическому лечению с опорой на дентальные имплантаты	
Халматова М.А., Ахтамов Ш.Д. Проблема премедикации перед стоматологическим вмешательством с учетом психоэмоционального состояния пациента	
Шамсиев Д.Ф., Ибатов Н.А. Предоперационный анализ, планирование и отбор пациентов для ринопластики	
ПРОБЛЕМЫ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ	
Азизов Б.С., Алиев А.Ш., Агзамходжаева С.С., Нурматова И.Б., Солметова М.А. К диагностике бугоркового кожного лейшманиоза	
Рахимова Х.Ж., Нурматова Ф.Б. Основные физико-химические свойства стоматологических материалов	
Фазилова Л.А. Стоматологияни ўрганишда мобил иловаларнинг ўрни	
Хасанов У.С.1, Вохидов У.Н.2, Джурев Ж.А.1 Результаты эндоскопического исследования при хронических воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух	
Фаттахов Р.А., Хасанова Л.Э. Изучение индекса Кердо у пациентов на амбулаторном стоматологическом приеме	
ЮБИЛЕИ	
Сколько талантов таит в себе человек!	
Миржамолу Мирякубовичу Мирякубову исполнилось 90 лет	
АЗИМОВ МУХАМАДЖОН ИСМОИЛОВИЧ 70 ЁШДА	
ИРСАЛИЕВ ХУСНИТДИН ИБРАГИМОВИЧ 70 ЁШДА	
ИНФОРМАЦИЯ	
Муаллифлар диққатига	

Makhkamov M.E., Karapetyan K.L., Alimdzhanov K.H., Saidov E.R., Zainutdinov M.O. Prosthetics using titanium gum bases of Karapetyan K.L.	52
Rizaeva S.M., Muslimova D.M., Ibragimova Kh.Kh. Practical substantiation of application of WAX-UP and MOCK-UP techniques for orthopedic restoration of frontal teeth with veneers	55
Khalmatova M.A., Khasanov Sh.M., Akhtamov Sh.D. The use of the Tenoten for out-patient premedication in maxillofacial surgery	59
Makhsumova S.S., Khodjaeva K.M. Application of polyphyte oil in children with acute herpetic stomatitis	62
Makhmudov A.A., Khramova N.V. The question of ossifying myositis of the masticatory muscle	64
REVIEWS	
Khabilov N.L., Safarov M.T. Dosmukhamedov N.B. Analysis of modern approaches of orthopedic treatment with support for dental implants	67
Khalmatova M.A., Akhtamov Sh.D. The problem of premedication before dental intervention, taking into account the psychoemotional state of the patient	72
Shamsiev D.F., Ibatov N.A. Preoperative analysis, planning and selection patients for rhinoplasty	75
THE PROBLEMS OF RELATED SPECIALITIES	
Azizov B.S., Aliev A.Sh., Agzamhodjaeva S.S., Nurmatova I.B., Solmetova M.A. Diagnosis of tuberkuloid skin leishmsniasis	79
Rakhimova Kh.Zh., Nurmatova F.B. Basic physical and chemical properties of dental materials	83
Fazilova L.A. The role of mobile applications in the study of dentistry	86
Djuraev1 J.A., Khasanov U.S., Vokhidov U.N. Results of the endoscopic research in chronic inflammatory diseases of nose and paranasal sinuses	90
Fattakhov R.A., Khasanova L.E. Study of the Kerdo's index in patients on the outpatient dental appointment	93
ANNIVERSARIES	
How many talents are hidden in a man!	95
Mirjamol Miryakubovich Miryakubov turned 90	97
AZIMOV MUKHAMADJON ISMOILOVICH turned 70	98
IRSALIEV KHUSNITDIN IBRAGIMOVICH turned 70	
INFORMATION	
To the attention of the author	99

УДК: 616.31-082

НЕКОТОРЫЕ ФАКТЫ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН



Ризаев Ж.А., Нурмаматова К.Ч.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Успех развития любой медицинской службы определяется кадровой составляющей, то есть обеспеченностью населения профильными специалистами, их квалификацией, мотивацией и условиями труда [4]. Многочисленные исследования и практика свидетельствуют о том, что при проведении разнообразных мероприятий по совершенствованию системы здравоохранения наиболее действенными являются меры по оптимизации использования кадровых ресурсов. В идеальной ситуации при должной инфраструктуре и оптимальном материально-финансовом обеспечении, но при отсутствии соответствующих кадров, система здравоохранения не сможет функционировать [2].

Цель исследования

Анализ сети амбулаторных и стационарных учреждений и кадров стоматологической службы в различных областях Узбекистана.

Материал и методы

По материалам статистических сборников МЗ РУз «Здоровье населения и здравоохранение в Республике Узбекистан» [3] был проведен ретроспективный анализ обеспеченности населения Узбекистана стоматологической помощью за 2006-2015 гг. Использованы математико-статистический, выкопировочный и прогностический методы.

Результаты и обсуждение

Стоматологическая служба Узбекистана в результате изменения социально-экономических условий и реформирования всей системы здравоохранения в республике претерпела значительные изменения в финансовом, кадровом и технологическом потенциале. В стране создана стройная система оказания стоматологической помощи, основанная на смешанной системе финансирования из частных и государственных источников. Оказание стоматологической помощи предусмотрено в ЛПУ, на всех уровнях здравоохранения, начиная от сельских врачебных пунктов и семейных поликлиник до республиканских медицинских центров. В стране с начала 2000-х годов создана и активно функционирует «Ассоциация стоматологов Узбекистана». При участии «Ассоциация стоматологов Узбекистана» с 1998 г. издается республиканский журнал «Stomatologiya», проводятся национальные, международные съезды, конференции и выставки, цель которых – повышение качества стоматологических услуг в стране. В структуру стоматологической службы республики также входят стоматологические поликлиники, стоматологические кабинеты при ЛПУ другого профиля или учебных заведений, стационарные стоматологические отделения при областных больницах и клиниках вузов.

За последнее десятилетие количество стоматологических поликлиник по республике сократилось в 1,5 раза: с 105 в 2006 г. до 72 в 2015 г. Произошло это во многом за счет сокращения нерентабельных государственных поликлиник, некоторые из которых были закрыты или перепрофилированы в частные учреждения. Сокращение произошло в основном за счет государственных взрослых поликлиник с 79 до 49 (в 1,6 раза) единиц, так как число детских поликлиник, в настоящее время оказывающих помощь детям и подросткам на приписном участке, за десятилетие в масштабе страны сократилось только с 25 до 23 единиц.

Одним из принципов организации стоматологической помощи в Узбекистане является принцип свободного выбора врача, лечебного учреждения и формы оплаты услуги. Это представляется немаловажным в виду неравномерности обеспеченности населения амбулаторными государственными стоматологическими учреждениями по областям. Так, если в Бухарской и Самаркандской областях имеется по 13 государственных стоматологических поликлиник, в Ташкенте – 12 плюс одна республиканская, то в Хорезмской, Сурхандарьинской областях и Республике Каракалпакстан (РК) есть только по 1 аналогичной поликлинике, а в Сырдарьинской и Навоийской областях их нет вообще. Таким образом, стоматологическую помощь во многих областях оказывают частные учреждения, работающие на платной основе.

Обеспеченность населения врачами-стоматологами в целом по республике ниже международных нормативов. За десятилетие по республике среднепериодовый показатель обеспеченности населения врачами стоматологами на 10 тыс. взрослого населения составил: 1,25 стоматолога; 0,15 стоматолога-хирурга и 0,13 стоматолога-ортопеда. На 10 тыс. детского населения приходится 0,97 должности детского врача-стоматолога. Определение среднепериодового значения обеспеченности населения врачами-стоматологами (табл. 1) позволяет выявить зоны Узбекистана с пониженным их числом на протяжении изучаемого периода. Наилучшее обеспечение населения стоматологической помощью отмечается в Бухарской области, где на 10 тыс. населения среднепериодовый показатель составил: 3,2 для стоматологов, 0,27 для стоматологов-хирургов и 0,23 для ортопедов, что превышает среднереспубликанский уровень соответственно в 2,6; 1,8 и 1,7 раза. Только по числу детских стоматологов Бухарская область (1,42 на 10 тыс. детского населения) уступает г. Ташкенту (4,62 на 10 тыс. детского населения) в 3,3 раза. По числу врачей-стоматологов других специальностей Ташкент находится на втором месте в республике: 1,53 для стоматологов, 0,21 для стоматологов-хирургов и 0,18 для ортопедов.

Таблица 1. Показатель обеспеченности населения врачами стоматологами отдельных специальностей в среднем за период 2006-2016 гг.

Область	Обеспеченность врачами стоматологами на 10 тыс. населения			
	стоматологи	детские стоматологи	стоматологи-хирурги	стоматологи-ортопеды
г. Ташкент	1,53	4,62	0,21	0,18
Андижанская	0,84	0,36	0,12	0,08
Бухарская	3,20	1,42	0,27	0,23
Джизакская	1,11	0,30	0,12	0,16
Кашкадарьинская	1,15	0,66	0,09	0,07
Навоийская	1,23	0,47	0,02	0,00
Наманганская	0,99	0,79	0,11	0,06
Самаркандская	1,08	0,58	0,14	0,23
Сурхандарьинская	1,01	0,32	0,10	0,04
Сырдарьинская	0,81	0,32	0,07	0,02
Ташкентская	1,09	0,91	0,09	0,04
Ферганская	1,00	0,80	0,21	0,12
Хорезмская	1,25	1,18	0,14	0,06
РК	0,65	0,51	0,06	0,03
В целом по республике	1,25	0,97	0,15	0,13

Вероятно, это объясняется тем, что при расчете показателей по Ташкенту учитывались только врачи муниципальных учреждений и не учитывались врачи, работающие в Республиканских научно-практических центрах и клиниках медицинских вузов и которые в полной мере оказывают стоматологическую помощь жителям города и Ташкентской области. Так, в республиканских учреждениях, работающих в Ташкенте, только в 2015 г. трудились 205 стоматологов, 55 детских стоматологов, 92 стоматолога-хирурга и 68 стоматологов-ортопедов. Высокий уровень обеспеченности Ташкента, Бухарской и Андижанской областей стоматологами связан еще и с тем, что здесь находятся высшие и средние учебные заведения, готовящие стоматологические кадры страны. Наименьшая обеспеченность населения врачами-стоматологами разных специальностей отмечается в Сырдарьинской области и Республике Каракалпакстан. Неоднородность обеспеченности населения различных областей Узбекистана (рис. 1) сохраняется до настоящего времени, что требует от МЗ РУз более взвешенной кадровой политики для пропорционального обеспечения населения всех регионов стоматологической помощью.

■ Стоматологи ■ Стоматологи-хирурги
■ Стоматологи-ортопеды ■ Детские стоматологи

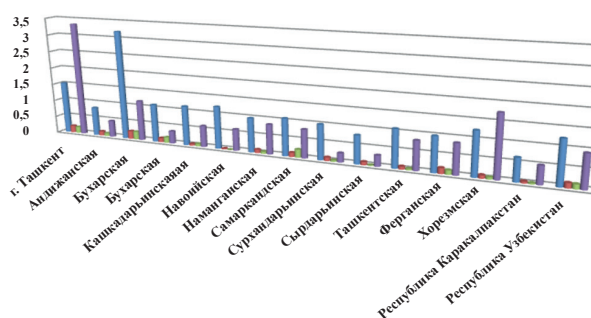


Рис. 1. Обеспеченность врачами-стоматологами на 10 тыс. населения по областям Республики Узбекистан в 2016 г.

Для решения этого вопроса со стороны правительства ведутся реформы в подготовке медицинских кадров. С 2017 года введены новые принципы приёма абитуриентов из регионов, в которых имеется дефицит кадров стоматологов.

Немаловажную роль в обеспечении квалифицированной помощи оказывает стационарная служба, которая представлена специализированными хирургическими стоматологическими отделениями или койками при хирургических отделениях чаще областных или республиканских больниц. К сожалению, за период с 2008 по 2015 гг. по стране (табл. 2) отмечается снижение обеспеченности населения больничными стоматоло-

гическими койками. За изучаемый период абсолютное число стоматологических коек для детей и взрослых уменьшилось в 1,3 раза.

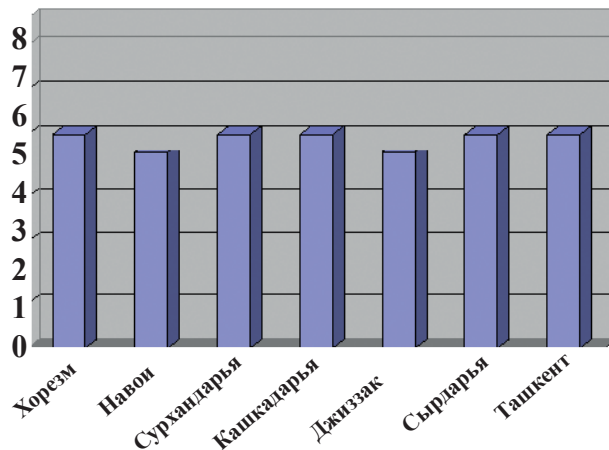


Рис. 2. Квота целевых приёмов по областям на 2017 учебный год.

Немаловажную роль в обеспечении квалифицированной помощи оказывает стационарная служба, которая представлена специализированными хирургическими стоматологическими отделениями или койками при хирургических отделениях чаще областных или республиканских больниц. К сожалению, за период с 2008 по 2015 гг. по стране (табл. 2) отмечается снижение обеспеченности населения больничными стоматологическими койками. За изучаемый период абсолютное число стоматологических коек для детей и взрослых уменьшилось в 1,3 раза.

В случае с детскими стационарами это можно было бы объяснить сокращением в результате проведения скрининговых программ частоты рождения детей с врожденными пороками развития [1], которые очень часто являются клиентами детских стационаров, однако рассматривая сопутствующие показатели стационарной помощи можно отметить, что многие детские отделения работают с перегрузкой. Так, по республике при сокращении средней длительности пребывания больного в стационаре с 6,2 дня в 2008 г. до 3,6 дня в 2015

Таблица 2. Обеспеченность детского (числитель) и взрослого (знаменатель) населения республики стоматологическими койками на 10 тыс. соответствующего населения

Количество коек	2008	2009	2011	2012	2013	2014	2015
Абс. число	$\frac{77}{239}$	$\frac{74}{209}$	$\frac{66}{199}$	$\frac{66}{202}$	$\frac{61}{192}$	$\frac{58}{174}$	$\frac{59}{179}$
На 10 тыс. населения	$\frac{0,09}{0,14}$	$\frac{0,08}{0,12}$	$\frac{0,08}{0,11}$	$\frac{0,08}{0,1}$	$\frac{0,07}{0,1}$	$\frac{0,07}{0,09}$	$\frac{0,07}{0,09}$

г. и увеличении оборота койки в 2 раза с 48,8 до 95,7 за тот же период в 2015 г. отмечается среднегодовая занятость койки 346,9 дня. Эти факты свидетельствуют о чрезмерной интенсивности использования коек в отделениях хирургического профиля.

Таким образом, все вышесказанное свидетельствует о необходимости увеличения подготовки в вузах числа врачей-стоматологов различных профилей и более равномерного их распределения по областям республики, а также расширения коечного фонда стоматологических отделений.

Литература

1. Амануллаев Р.А. Частота рождаемости детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в крупных регионах Узбекистана // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей. Актуальные вопросы комплексного лечения: Материалы науч.-практ. конф. – М., 2006. – С. 14-15.
2. Андреева И.Л. Стратегические направления кадровой политики в условиях модернизации системы здравоохранения // Соц. аспекты здоровья населения: Электронный науч. журн. – 2010. – Т. 13, №1.
3. Статистические материалы о деятельности учреждений здравоохранения Республики Узбекистан в 2014 г. // Сборники статистических материалов ИЗМС РУз. – Ташкент, 2007-2015 гг. – 296 с.
4. Тайницкая Э.В. Роль кадров в управлении качеством медицинской помощи // Соц. аспекты здоровья населения. – 2010. – №4.

Цель: анализ сети амбулаторных и стационарных учреждений и кадров стоматологической службы в различных областях Узбекистана. **Материал и методы:** по материалам статистических сборников МЗ РУз «Здоровье населения и здравоохранение в Республике Узбекистан» был проведен ретроспективный анализ обеспеченности населения Узбекистана стоматологической помощью за 2006-2015 гг. Использованы математико-статистический, выкопировочный и прогнозический методы. **Результаты:** за счет сокращения нерентабельных государственных поликлиник, некоторые из которых были закрыты или перепрофилированы в частные учреждения, За последнее десятилетие количество стоматологических поликлиник по республике сократилось в 1,5 раза: с 105 в 2006 г. до 72 в 2015 г. Стоматологическую помощь во многих областях оказывают частные учреждения, работающие на платной основе. Обеспеченность населения врачами-стоматологами в целом по республике ниже международных нормативов. **Выводы:** необходимо увеличение подготовки в вузах числа врачей-стоматологов различных профилей и более равномерное их распределение по областям республики, а также расширение коечного фонда стоматологических отделений.

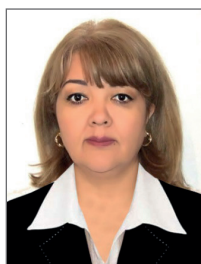
Ключевые слова: стоматологическая помощь, государственные учреждения, частные клиники, коесный фонд.

2006 йилдан 2016 йилгача бўлган даврда Ўзбекистон Республикасида стоматологик хизмат таркибидаги ўзгаришлар динамикаси кўриб чиқилди. Стоматологик муассасалар сонидagi ўзгаришлар, аҳолининг турли мутахассисликдаги стоматолог шифокорлар ва стационар ёрдами билан таъминланганлиги ҳақидаги тавсифи берилган. Ўзбекистоннинг айрим ҳудудларида аҳолининг стоматологик ёрдам билан таъминланганлиги бир хилда эмаслиги аниқланди.

The dynamics of changes in the structure of the dental service is considered in the Republic of Uzbekistan for the period from 2006 to 2016 years. The characteristics of the change in the number of dental institutions, the provision of the population are given with the dentists of various specialties and inpatient care. Unevenness in provision with dental care is revealed for certain regions of Uzbekistan.

УДК: 616.31:378.014.543

ОПТИМИЗАЦИЯ ИННОВАЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ



**Абдуразимова Л.А., Ризаев Э.А.,
Дустмухаммедов Э.Х.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Медицинская образовательная сфера в развитых странах давно превратилась в ведущий фактор экономического роста и обеспечения безопасности. Преобразования системы здравоохранения с целью улучшения качества жизни населения являются приоритетом

государственной политики Узбекистана. Сфера медицинского образования в последние десятилетия стала одной из первых в Узбекистане, начавшая развивать инновационное движение.

Инновационные технологии обучения в медицинских образовательных учреждениях получили серьезный импульс в своем развитии и распространении и способствовали улучшению понимания изучаемого материала и формированию функциональной грамотности, теоретического и практического мышления, коммуникативности, социальной активности, патристически-гражданского и правового сознания, толерантности, самосовершенствования и др.

Сегодня конкурентоспособность медицинского вуза на рынке образовательных услуг во многом зависит от стремления быть инновационным. Инновационная политика государства в сфере образования и здравоохранения – это стратегически эффективное решение приоритетных направлений развития страны при интеграции в мирохозяйственные связи. Медицинское образование является важной составной частью любого общества, показателем его всесторонней, и прежде всего физической, культуры и основой прогресса. Главной особенностью деятельности медицинского образовательного учреждения на современном этапе можно назвать активное развитие и использование инновационных методов обучения и воспитания. В соответствии с этим с целью усовершенствования системы подготовки кадров в Ташкентском государственном стоматологическом институте осуществляются меры по реализации проекта «Модернизация учебного процесса и учебно-методической деятельности в системе высшего образования и внедрение инновационных педагогических технологий».

В последнее время проблема эффективности управления высшим учебным заведением в условиях развивающихся рыночных отношений приобретает особую актуальность с появлением новых требований, предъявляемых к высшему учебному заведению рынком образовательных услуг и рынком труда. В связи с этим в Указе Президента Узбекистана Ш.М. Мирзиёева «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан в 2017-2021 годах» отмечено, что приоритетным направлением развития социальной сферы является:

- повышение качества и эффективности деятельности высших образовательных учреждений на основе внедрения международных стандартов обучения и оценка качества преподавания;
- стимулирование научно-исследовательской и инновационной деятельности, создание эффективных механизмов внедрения научных и инновационных достижений в практику, создание при высших образовательных учреждениях и научно-исследовательских институтах научно-экспериментальных специализи-

рованных лабораторий, центров высоких технологий, технопарков [11].

Объявив 2018 год Годом поддержки активного предпринимательства, инновационных идей и технологий, Президент призвал к мобилизации сил и средств по реализации Государственной национальной программы по подготовке кадров. В центре внимания в 2018 году по-прежнему будут оставаться вопросы социального развития, в первую очередь укрепление материально-технической базы и оснащенность сферы образования и здравоохранения. Воспитание гармонично развитой личности является главной целью национальной модели образования. В образовательных учреждениях создаются условия для физического, нравственного и духовного совершенствования молодых людей, развития самостоятельного мышления, широкого кругозора, выработки собственной позиции в жизни. Это чрезвычайно важно, поскольку динамика развития рынка требует быстрого реагирования на изменения и запросы времени. Молодой человек с активной жизненной позицией, твердыми убеждениями и принципами может успешно реализоваться в условиях рыночной экономики. Поэтому для выполнения этих важнейших приоритетов, решения актуальных проблем инновационного образования и адекватного механизма реагирования на изменения рынка необходима система управления качеством, основной целью которой является ориентация на потребителей: выявление их требований и оценка степени соответствия качества образовательных услуг этим требованиям. Такая система, основываясь на системном подходе к управлению, позволит добиваться постоянного совершенствования процесса предоставления образовательных услуг, достигать современного уровня подготовки специалистов посредством обеспечения качества самого образовательного процесса, а также более эффективно использовать имеющийся кадровый, материально-технический, информационный и финансовый потенциал образовательного учреждения.

Однако процесс создания таких систем в сфере образования идет медленно на фоне быстро развивающегося рынка труда и образовательных услуг, возрастающих запросов потребителей и необходимости предоставления гарантии качества на образовательную продукцию. Проблемами, сдерживающими внедрение системы управления качеством в высших учебных заведениях, являются отсутствие методологии ее создания, дефицит специалистов-разработчиков, недостаток финансовых средств и знаний в области теории управления качеством и недооценка практической отдачи от внедрения систем менеджмента, маркетинга и мониторинга улучшения качества в образовательных организациях.

Общеизвестно, что образовательные услуги могут быть определены как средство удовлетворения потребности в образовании, которая выявляется и удовлетворяется на рынке образовательных услуг. Однако в те-

ории управления качеством услуга, как и любой вид деятельности, должна быть направлена на конкретного потребителя. С целью максимального удовлетворения образовательных потребностей высшее учебное заведение должно установить ожидаемые и предложить неожиданные потребности конкретных потребителей. Исходя из этого, можно сформулировать понятие образовательной услуги, под которой понимается вид деятельности, направленный на удовлетворение ожидаемых и неожиданных образовательных потребностей конкретных потребителей.

Многолетний опыт преподавательской деятельности и обобщение различных взглядов ученых [1-5, 7-10, 12, 13] позволяют определить основные факторы, влияющие на качество образования, и систематизировать составляющие качества образовательных услуг с учетом удовлетворенности потребителей.

1. Качество объекта получения образовательных услуг (абитуриент, студент бакалавриата и магистратуры, соискатель, слушатель курсов повышения квалификации и т.п.).

2. Качество субъекта предоставления образовательных услуг (школа, лицей, колледж, высшее учебное заведение и др.), в том числе:

2.1. качество программ обучения (структура и содержание);

2.2. качество профессорско-преподавательского состава (квалификация, звание, ученая степень, уровень подготовки);

2.3. качество методов обучения и воспитания (методика и технология преподавания);

2.4. качество ресурсного обеспечения процесса предоставления услуг (материально-технического и информационно-методического).

2.5. качество научно-исследовательских работ.

3. Качество процесса предоставления образовательных услуг, в том числе:

3.1. качество организации и реализации применяемых технологий предоставления образовательных услуг;

3.2. качество учета, анализа, контроля, маркетинга и мониторинга предоставления образовательных услуг;

3.3. качество результата процесса предоставления образовательных услуг в соответствии с современными требованиями государственного образовательного стандарта специальностей;

3.4. качество осуществления обратной связи с потребителями образовательных услуг.

4. Степень удовлетворенности потребителей:

4.1. высокая удовлетворенность потребителей качеством образовательных услуг;

4.2. высокая удовлетворенность преподавателей и сотрудников образовательного учреждения своей работой;

4.3. высокая степень образованности членов общества;

4.4. высокий уровень конкурентоспособности образовательного учреждения и соответствие международному стандарту образования.

С учетом факторов, влияющих на качество образовательных услуг, можно определить понятие «качество образовательной услуги», под которым понимается совокупность свойств и характеристик образовательного процесса, которая придает ему способность удовлетворять ожидаемые и неожиданные образовательные потребности потребителей. А понятие «система управления качеством образовательных услуг» как совокупности структуры, методик, процессов и ресурсов, необходимых для удовлетворения установленных и ожидаемых образовательных потребностей и улучшения качества образовательного процесса.

Система управления качеством высшего учебного заведения должна быть направлена на процесс предоставления образовательных услуг, качество которого и определяет потенциальную возможность учебного заведения предоставлять услугу, отвечающую требованиям ее потребителей. Эта система должна учитывать, что организации, занимающиеся предоставлением образовательных услуг, имеют ряд отличительных характеристик: 1) они не производят овеществленной продукции, так как потребление услуг начинается после их предоставления; 2) большая часть персонала учебного заведения непосредственно контактирует с внешним потребителем и часто в процессе оказания услуги потребитель воспринимает и оценивает академический уровень, профессиональные знания, социальные навыки сотрудников образовательной организации; 3) границы предоставления услуг различны, поэтому они могут быть реализованы на основе стандартной образовательной программы или учебного плана, а в отдельных случаях предоставляются на основе соглашения между образовательной организацией и потребителем; 4) управление процессом предоставления большинства образовательных услуг имеет характер, схожий с управлением проектом, поэтому должны быть определены этапы получения и оценки промежуточных и конечных результатов.

Такая система может охватить все этапы жизненного цикла образовательной услуги: маркетинг и изучение рынка, учет и анализ требований к качеству образовательных услуг, планирование образовательной услуги, процесс предоставления образовательной услуги, процесс мониторинга и маркетинга, измерения качества образовательной услуги, процесс изучения удовлетворенности потребителей, анализ исполнения образовательной услуги и повышение ее качества. В отличие от ГОСов, характеристики образовательного процесса в системе управления качеством описывает фактический уровень услуг, предоставляемых учебным заведением. Требования к образовательным услугам в рамках системы управления качеством имеют более динамичный характер, потому что должны обновляться и корректироваться ежегодно, в то время как ГОСы перерабатываются один раз в пять лет.

При определении потребностей потребителей образовательной услуги и анализе уровня их удовлетворенности можно применить такие методы как опрос, анкетирование, интервьюирование, опрос фокусных групп. При оценке же показателей степени удовлетворенности качеством образовательных услуг целесообразно использовать два варианта: 1) определение удельного веса выпускников данного вуза, желающих получить дополнительную квалификацию и установление размера средств, полученных вузом при оплате дополнительной образовательной услуги; 2) ранжирование успеваемости студентов, с тем, чтобы вузы могли предложить своих специалистов предприятиям-работодателям в зависимости от суммы их инвестиций. Тогда у предприятия есть возможность оплачивать целевое обучение своих работников и, не ожидая, сразу получить требуемых для производства специалистов.

На сегодняшний день основными проблемами инновационного образования являются:

- высоковозрастной уровень профессорско-преподавательского состава и работников высших медицинских учебных заведений, ослабление притока талантливой молодежи, неэффективный поиск и отбор электронных образовательных ресурсов;
- моральный и физический износ материально-технической базы и оснащенности сферы медицинского образования;
- не очень эффективная система формирования приоритетных научно-исследовательских работ студентов совместно с преподавателями и научными сотрудниками научно-исследовательских институтов и концентрации на них имеющихся ресурсов;
- оторванность от последующих этапов инновационного цикла, неэффективность механизма, отсутствие навыков, не достаточный уровень знаний и мотивов для последующего внедрения научных результатов в практику медицинской профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных.

Не менее важными проблемами являются:

- недостаточно высокий уровень интеграции в мировую инновационную систему в сфере образования и здравоохранения, недостаточность такой национальной инновационной системы, в том числе специализированных финансовых институтов, ориентированных на взаимодействие с инновационным бизнесом;
- низкая эффективность системы выбора и реализации медицинских и образовательных приоритетов в рамках системы государственного финансирования;
- недостаток координации действий органов законодательной и исполнительной власти, крупных транснациональных и национальных компаний, в том числе находящихся под контролем государства, в сфере разработок и реализации крупных инновационных проектов и программ модернизации;

- отсутствие программы по формированию современной инновационной компетентности студента, преподавателя и врача и механизмом ее реализации;

- отсутствие концепции по активизации инновационного учебного процесса медицинского учебного заведения для поднятия уровня его статуса с учетом достижений в зарубежных странах и дальнейшей интеграции в мирохозяйственные связи. Общеизвестно, что оказание высококачественных медицинских образовательных услуг является целью функционирования медицинского учебного заведения. Поэтому решение вышеназванных проблем с инновационным развитием учебного заведения, всемерное внедрение достижений науки и техники в медицинский образовательный процесс, взаимодействие учебных заведений с предприятиями и организациями становятся основой обеспечения его конкурентоспособности на рынке образовательных услуг. Для достижения наилучших результатов при решении этих проблем необходима тщательная проработка всех составляющих инновационного образовательного процесса. Реализация предлагаемых рекомендаций позволит существенно повысить качество медицинского образования в нашей стране.

Литература

1. Ахунова Г.Н. Подготовка современных кадров – вызов времени // 24-е Международные плехановские чтения: Тез. докл. – М., 2011. – С. 11-13.
2. Гришин В.И. Опыт развития инфраструктуры «инновационного вуза» // 24-е Международные плехановские чтения: Тез. докл. – М., 2011. – С. 3-4.
3. Джурсаев Р.Х. Основы формирования духовных свойств личности // Сборник научно-методических статей УзНИИПН. – Ташкент, 2008. – С. 10-17.
4. Закирова С.А. Опыт развития инноваций в Тайване: возможности его использования в Узбекистане // Междунар. отношения. – 2010. – №4. – С. 65-67.
5. Ибрагимова С.А., Каюмова М.А. Инновационный характер управления качеством образования // 24-е Международные плехановские чтения: Тез. докл. – М., 2011. – С. 17-18.
6. Информационные технологии в образовании // ООН в России. – 2010. – №2. – С. 18. (www.unesco.org/moscow – Институт по информационным технологиям в образовании Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры – ЮНЕСКО в Москве). 13
7. Кабулов А.А. Некоторые аспекты инновационного развития бизнес-образования // 24-е Международные плехановские чтения: Тез. докл. – М., 2011. – С. 15-17.
8. Каримов И.А. Все наши устремления и программы – во имя дальнейшего развития Родины и повышения благосостояния народа // Правда Востока. – 26 января 2011.
9. Максакова Л.П. Роль науки и высшего образования при переходе республики на инновационные пути разви-

тия // 24-е Международные плехановские чтения: Тез. докл. – М., 2011. – С. 9-11.

10. Менликулов П.Р. и др. Совершенствование педагогической деятельности в медицинском учебном заведении // Сборник научно-методических статей УзНИИПН. – Ташкент, 2008. – С. 82-86.

11. О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан: Указ Президента Республики Узбекистан Ш.М. Мирзиёева. – Ташкент: Узбекистан, 2017.

12. Ревес И.Г. Педагогические инновации как неотъемлемая часть современных мировых тенденций развития образования // Сборник научно-методических статей УзНИИПН. – Ташкент, 2008. – С. 54-62.

13. Ходиев Б.Ю. Перспективные направления развития системы образования в республике Узбекистан // 24-е Международные плехановские чтения: Тез. докл. – М., 2011. – С. 4-7.

14. www.uza.uz – Национальное информационное агентство Республики Узбекистан.

15. www.wto.org – Международная торговая организация.

16. www.bcc.com.uz – Центр деловых связей в Республике Узбекистан.

17. www.unic.ru – Ежедневный бюллетень Информационного центра ООН в Москве.

18. www.uz – база данных сайтов Республики Узбекистан.

19. www.who.int/gtb – Всемирная организация здравоохранения.

Преобразования системы здравоохранения с целью улучшения качества жизни населения являются приоритетом государственной политики Узбекистана. Решение проблем с инновационным развитием учебного заведения, всемерное внедрение достижений науки и техники в медицинский образовательный процесс, взаимодействие учебных заведений с предприятиями и организациями становятся основой обеспечения его конкурентоспособности на рынке образовательных услуг.

Ключевые слова: система здравоохранения, инновационное развитие учебного заведения, рынок образовательных услуг.

Transformations of the health care system with the aim of improving the quality of life of the population are a priority of the state policy of Uzbekistan. Solving problems with the innovative development of the educational institution, the full implementation of scientific and technological achievements in the medical educational process, the interaction of educational institutions with enterprises and organizations become the basis for ensuring its competitiveness in the market of educational services.

ЭРОЗИЯ ЗУБОВ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ



К.м.н. Е.Н. Дубровская

Важной проблемой в настоящее время в современной стоматологии являются некариозные поражения, возникающие в период после прорезывания постоянных зубов. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению распространенности и интенсивности эрозии зубов [29, 30, 31].

Эрозия зубов – это убыль твердых тканей вследствие воздействия кислоты или хелатирующего агента [13], действующих на поверхности зуба без вовлечения бактериального фактора [4, 5]. Этот химический процесс приводит к нарушению структуры поверхностного слоя эмали, что в сочетании с механическим износом может привести эрозивному поражению зубов и необратимой потере твердых тканей [28].

Данные отчетов о распространенности эрозии зубов достаточно разнятся [29], тем не менее, большинство экспертов считают, что за последнее десятилетие отмечается значительное увеличение эрозивного поражения зубов, особенно среди подростков. Исследование, проведенное в Гааге (Нидерланды), среди двенадцатилетних детей, показывает значительное увеличение показателя эрозии с трех до двадцати трех процентов за четыре года наблюдений [30, 31]. В литературе имеются также данные, что эрозия зубов чаще встречается у женщин [8].

Различают две стадии поражения: начальную (эрозия эмали) и выраженную (эрозия эмали и дентина).

По глубине поражения выделяют 3 степени эрозии:

- степень I, или начальная, – поражены только поверхностные слои эмали;
- степень II, или средняя, – поражена вся толща эмалевого покрова зуба вплоть до дентин-эмалевого соединения;
- степень III, или глубокая, – поражены поверхностные слои дентина [1, 3].

Е.В. Боровский и соавт., а так же Ю.М. Максимов-

ский предлагают различать две клинические стадии эрозии – активную и стабилизированную, хотя, в целом, любая эрозия эмали и дентина характеризуется хроническим течением [1, 3, 9]. Для активной стадии характерна быстро прогрессирующая убыль твердых тканей зуба, которая сопровождается повышенной чувствительностью пораженного участка ко внешним раздражителям, особенно к химическому и холодному. При этом исчезает блеск эмали в области эрозии, что можно определить при высушивании ткани. Стабилизированная форма эрозии характеризуется более замедленным течением, отмечается сохранение блестящей поверхности в области поражения. Возможен переход стабилизированной стадии эрозии в активную [3].

Многочисленные научные исследования подтверждают связь происхождения эрозии зубов с кислотной деминерализацией эмали. К основным эндогенным причинам развития эрозивного поражения зубов относится длительное воздействие кислот и протеолитических ферментов (трипсин, пепсин) во время отрыгивания или при патологических состояниях как анорексия, булимия, гастроэзофагальный рефлюкс и длительная рвота во время беременности. Заброс желудочного сока, pH которого 1,0 – 3,0, а также пищеварительных ферментов ведет к эрозивному поражению эмали зубов [18-20].

В развитии эрозии важную роль играет и качественный состав, и количество слюны. Уменьшение скорости слюноотделения снижает возможность нормализации pH после приема пищи. Прием лекарственных препаратов (антидепрессанты, антипсихотические средства) и аутоиммунные заболевания, например, синдром Шегрена, влияют на буферную емкость слюны и скорость слюноотделения. Для стимуляции слюноотделения пациенты, страдающие ксеростомией, стараются больше употреблять кислых продуктов [21-23]. Развитие эрозии может быть связано и с эндокринной патологией, нарушением гормонального и минерального гомеостаза. Эрозивные поражения твердых тканей зубов у пациентов с гиперфункцией щитовидной железы выявляются в два раза чаще, чем у лиц с нормально функционирующей щитовидной железой. Установлена прямая связь между интенсивностью поражения зубов и длительностью течения тиреотоксикоза [3].

Окклюзионные перегрузки парафункции, абразивные факторы (излишнее давление при чистке зубов, использование жесткой щетки и паста с высоким RDA) увеличивает скорость эрозивного износа зубов [10].

К основным экзогенным причинам, которые приводят к возникновению эрозии зубов, можно отнести разжевывание кислотосодержащих лекарственных препаратов (витамин С, аспирин), частое употребление газированных напитков, фруктов, соков, особенно свежесжатых. При этом уровень pH снижается до критического значения 5,5, что ведет к деминерализации эмали [15-17].



Рис. 1. Эрозия зуба 2.3 и эрозия зуба 2.4

Таким образом, факторы риска, предрасполагающие к развитию эрозивного процесса, затрагивают не только стоматологию, но и другие разделы медицины [11, 12, 14]. Выделяют следующие факторы риска развития эрозии:

1. Употребление кислых продуктов, газированных напитков, фруктовых соков и других продуктов с низким уровнем pH.; разжевывание витаминов и некоторых лекарственных препаратов, содержащих кислоты; прием наркотических препаратов.
2. Расстройство пищевого поведения.
3. Заболевания желудочно-кишечного тракта, щитовидной железы.
4. Профессиональная вредность (работники на химических производствах, сомелье, виноделы, пловцы).
5. Низкая буферная емкость слюны, сниженная скорость слюноотделения [14].

Изменение культурных ценностей, появившаяся в последние годы мода на стройную фигуру способствовали распространению среди населения анорексии и булимии, что привело к росту эрозивных повреждений твердых тканей зуба [10].

Профилактика и лечение эрозии зубов и связанных с ней симптомов занимают одно из ведущих мест среди актуальных проблем современной стоматологии. Лечение эрозивных дефектов осуществляется путем снижения чувствительности дентина и закрытия их современными материалами [2]. Хорошо известно, что эрозия эмали, обнажая подлежащий дентин, в отличие от других видов стирания тканей, могут быть причинами факторами в этиологии гиперчувствительности дентина [6].

Гиперчувствительность дентина характеризуется острой кратковременной болью, возникающей в обнаженном дентине в ответ на внешний раздражитель,

обычно термический, дегидратирующий, осмотический или химический, при этом эту боль нельзя связать ни с какими другими стоматологическими заболеваниями или патологическими состояниями [24, 32].

Гидродинамическая теория наилучшим образом объясняет механизм развития и является общепризнанной теорией развития повышенной чувствительности дентина [61–63]. Внешние раздражители вызывают движение дентинной жидкости, изменения давления внутри дентинных канальцев, что активирует внутризубные нервные волокна и приводит к резкой кратковременной боли [34, 35]. Чаще боль носит транзиторный характер, возникая после воздействия раздражителя и быстро исчезает [32, 58, 64]. В соответствии с гидродинамической теорией, дентинные канальцы должны быть открыты на поверхности дентина и расширены возле пульпы. Сканирующая электронная микроскопия показала увеличение количества и размера канальцев «чувствительных зубов» по сравнению с «нечувствительными». В зубах с повышенной чувствительностью дентинные канальцы были открыты, а с нормальной чувствительностью – обычно заблокированы [36, 37]. Скорость движения дентинной жидкости пропорциональна радиусу канальца, что должно иметь клиническую значимость для лечения гиперчувствительности дентина.

Гиперчувствительность дентина – это многозвеньевой патологический процесс, требующий комплексных лечебно-профилактических мероприятий. Выделяют три группы средств, снижающих повышенную чувствительность дентина:

1. закрывающие дентинные канальцы с помощью приципитации белков (десенситайзеры с глютаральдегидом);
2. действующие на нервные окончания (калия нитрат, калия хлорид);
3. закрывающие дентинные канальцы с помощью минеральных солей (соли стронция, олова и др.) [25].

Существует два основных подхода к лечению гиперчувствительности. Первый заключается в прерывании передачи нервного импульса. Обычно для этого используют соли калия [32, 58, 64]. Калий деполяризует нервные волокна, вмешиваясь, таким образом, в процесс передачи болевого ответа. Подавляющее большинство десенсибилизирующих зубных паст содержит соль калия для обезболивания при повышенной чувствительности дентина [38–40]. В зубных пастах в равной степени используется нитрат калия (5%), хлорид калия (3,75%) и цитрат калия (5,5%). Из данных солей высвобождается 2%-ый ион калия, обладающий клинически доказанной активностью в отношении снижения чувствительности. В США десенсибилизирующие пасты обычно содержат 5%-ый нитрат калия [40]. Основным недостатком этого подхода заключается в том, что облегчение происходит не сразу и длится недолго. Более того, при прерывании лечения концентрация иона калия вокруг нервного волокна снижается и эффект облегчения чувствительности проходит [64].

Второй подход к лечению гиперчувствительности дентина состоит в obturации открытых дентинных канальцев. В данном подходе жидкость внутри канальцев изолируется от внешних раздражителей и не может передвигаться и вызывать боль [32, 58, 64]. Для этих целей могут быть использованы фторсодержащие зубные пасты. Высокая концентрация фтора способствует образованию кристаллов фторида кальция, которые закупоривают дентинные канальцы [10].

Некоторые имеющиеся на рынке средства для чистки зубов содержат obturiрующие вещества, в частности соли стронция и фторид олова. Данные вещества действуют путем преципитации нерастворимых металлических соединений с белковой матрицей дентина, частично закупоривая дентинные канальцы [43, 60]. Одним из недостатков хлорида стронция является его несовместимость с фтором. Поэтому паста на основе солей стронция не является оптимальным средством для ежедневного применения. Также зубные пасты, содержащие 10%-ый хлорид стронция менее эффективны, чем калийсодержащие пасты [42, 43]. С другой стороны соли олова так же имеют недостатки, такие как неприятный вкус и окрашивание зубов [64].

За последние годы производители оксида кремния приложили немалые усилия для улучшения чистящей способности и снижения абразивности. Имеются сведения, что новый кремниевый абразив доказал способность obturировать дентинные канальцы и уменьшать гидравлическую способность *in vitro*, и значительно снижать повышенную чувствительность дентина *in vivo*, обеспечивая тем самым эффективное облегчение гиперчувствительности [44-46].

В любом случае, без устранения этиологических факторов и их контроля любые лечебные манипуляции в отношении эрозии зубов будут давать лишь кратковременный эффект [24]. Markowits и Pashley пришли к выводу, что любое лечение, которое приводит к полной герметизации дентинных канальцев, будет восстанавливать здоровое состояние поверхности дентина [33]. Авторы предложили разработать новые обоснованные методы лечения, которые сделают дентин более устойчивым к физическим и химическим раздражителям за счет увеличения минеральной плотности дентина и запечатывания открытых канальцев кальций и фосфат-содержащими соединениями. Несмотря на разработку нескольких подходов к отложению фосфата кальция на поверхности зуба и обнадеживающие предварительные результаты, требуется провести больше исследований для обоснования исследований этих гигиенических средств в отношении снижения гиперчувствительности дентина [47-51].

Среда в полости рта насыщена кальцием и фосфатами. Слюна участвует в естественном механизме снижения повышенной чувствительности дентина за счет транспорта данных частиц в дентинные канальцы, obturiруя их и формируя поверхностный защитный слой из слюнного гликопротеина, кальция и фосфатов. Ни



Рис. 2. Эрозия зуба 2.3

стронций, ни оловосодержащие пасты не стимулируют накопление данных соединений на поверхности зуба [6, 42]. Была предложена комбинация аргинина, карбоната кальция с фтором для значительного улучшения эффекта снижения гиперчувствительности дентина при ежедневном применении [42, 64].

Сочетание аргинина и карбоната кальция местно создает щелочную среду, способствующую отложению эндогенных ионов кальция и фосфатов. Аминокислота аргинин при физиологических значениях pH имеет положительный заряд, бикарбонат является pH буфером и карбонат кальция – источник кальция, что легло в основу обоснования нового средства для облегчения гиперчувствительности дентина. Было показано, что новое средство, содержащее 8%-ый аргинин, нерастворимые соединения кальция (сочетание, известное как технология Pro-Argin™) и фториды, существенно помогает в профилактике и лечении гиперчувствительности дентина путем увеличения минерального компонента и закупорки дентинных канальцев. Ряд проведенных клинических исследований доказывает, что зубная паста, содержащая 8%-ый аргинин, карбонат кальция и 1450 ppm фторида в виде МФФ, доступная под коммерческим названием Colgate Sensitive Pro-Relief™, обеспечивает значительное уменьшение чувствительности и превосходит в этом имеющиеся на рынке лидирующие бренды десенсибилизирующих паст [53-55]. Кроме того, результаты исследований свидетельствуют о значительном снижении чувствительности мгновенно после непосредственного нанесения на зубы, и это действие поддерживается при последующем использовании дважды в день [54-55]. Зубная паста с 8% аргинина, карбонатом кальция и 1450 ppm МФФ обеспечивает мгновенное снижение чувствительности в отличие от десенсибилизирующих паст, содержащих 2%-ый ион

калия и 1450 ppm фторида на основе кремния (силики), которые не обладают таким эффектом. Этот факт является огромным прорывом для потребителей, страдающих подобным состоянием.

Несколько современных методик визуализации, в том числе конфокальная лазерная сканирующая микроскопия (КЛСМ), сканирующая электронная микроскопия (СЭМ) и атомно-силовая микроскопия (АСМ), дали возможность взглянуть изнутри на механизм действия технологии Pro-Argin™ и подтвердили тот факт, что средство с подобной технологией эффективно obturates дентинные каналы, а образующийся запечатывающий слой устойчив к воздействию кислот. Исследования с помощью КЛСМ также показали, что аргинин доставляется к внутренней поверхности дентинных каналов внутри образующейся минеральной пробки. Исследование химического состава с помощью энергодисперсионного рентгенофлуорисцентного анализа (ЭДРА) показало, что материал на поверхности дентина и внутри закупоренных дентинных каналов представлен преимущественно кальцием и фосфатами. Электронная спектроскопия для химического анализа (ЭСХА) подтвердила эти наблюдения и в дополнение к ним выявила наличие карбоната [57]. Изучение гидравлической проницаемости показало, что obturation дентинных каналов, достигнутая с помощью зубной пасты на основе технологии Pro-Argin™, приводит к снижению потока дентинной жидкости и ингибированию гидродинамического механизма развития гиперчувствительности. Также было подтверждено утверждение, что достигнутая obturation дентина является прочной, поскольку сниженная проницаемость поддерживалась на протяжении 7 дней в условиях повышенного пульпарного давления и после воздействия сильными кислотами [6, 57].

Kleinberg предположил, что аргинин физически адсорбируется на поверхности карбоната кальция *in vivo*, формируя положительно заряженный агрегат, который легко связывается с отрицательно заряженным дентином в области обнаженных поверхностей и внутри каналов [52]. Помимо этого, pH агрегата аргинин-карбонат кальция является достаточно щелочным, чтобы обеспечить осаждение кальция и фосфата из слюны и/или дентинной жидкости. Результаты исследований механизма действия согласуются с гипотезой Kleinberg и поддерживают идею о том, что взаимодействие аргинина и карбоната кальция *in vivo* запускает процесс отложения фосфата, в дополнение к аргинину, кальцию и карбонату на поверхности дентина и внутри дентинных каналов [57].

Так же существуют средства для obturation дентинных каналов в условиях стоматологической клиники. Среди инвазивных техник рекомендовано лазерное травление эмали [26]. Методы лечения гиперестезии могут сочетать в себе несколько механизмов. Примером служат герметики на основе органических смол и минеральных наполнителей с добавлением фторидов.

Однако выбор метода лечения гиперчувствительности дентина без учета дальнейшей утраты твердых тканей зуба приводит к рецидиву болевых ощущений через 3 - 12 месяцев после проведенного лечения [7].

В тех случаях, когда клиническая ситуация требует устранения эрозивных дефектов, лечение проводится терапевтическими и ортопедическими методами. Локализация эрозии диктует свои требования: на вестибулярных поверхностях – это эстетика, на окклюзионных – механическая прочность. По данным Ю.М. Максимовского, восстановление твердых тканей зуба при эрозии пломбировочным материалом часто является малоэффективным вследствие нередко возникающего нарушения краевого прилегания пломб и рецидива дефекта [3]. Инновационным методом закрытия эрозии является применение прямых композитных накладок COMPONEER CLASS V (Швейцария), изготовленных в заводских условиях [10]. Следует учитывать сложный механизм развития эрозивных поражений зубов и многообразие причинных факторов, вследствие чего лечение следует проводить дифференцировано и максимально индивидуализировать. К реставрационным методам относят восстановление люминирами, ультранирами, винирами (E-max, Empress, Finesse, Cergo, диоксида циркония и т. д.) [65]. При развитии дефекта на окклюзионной поверхности применяют полукоронки, а в тяжелых случаях протезируют коронками. Изготовление окклюзионной шины требуется при сочетанной патологии (бруксизм, повышенная стираемость и эрозии зубов) [10].

Таким образом, проблема эрозивного износа и гиперчувствительности дентина активно изучается в мировой стоматологии. К проблеме некариозных поражений зубов важен междисциплинарный подход, учитывая значимость влияния общесоматической патологии в развитии данного патологического процесса. Необходимо проводить диагностику заболеваний желудочно-кишечного тракта, эндокринных нарушений и выявление расстройств пищевого поведения. Важна мотивация пациентов вести здоровый образ жизни, разъяснение причин возникновения заболевания, рекомендация регулярного наблюдения у стоматолога.

«Здоровье – это бесценный дар природы, оно дается, увя, не навечно, его надо беречь». – И.В. Павлов.

Список литературы

1. Боровский Е.В., Леус П.А. Эрозия твердых тканей зуба // Стоматология. - 1971. - № 3. - С. 1-5.
2. Кудряшова В.А., Максимовский Ю.М., Гринин В.М. оценка качества пломб при лечении отдельных видов некариозных заболеваний зубов // Стоматолог. - 2005. - № 8. - С.21 -24.
3. Максимовский Ю.М. Поражения твердых тканей зубов при гипер- и гипопункции щитовидной железы, их профилактика и лечение: автореф. дис. ... докт. мед. наук. - М., 1981. - 39 с.
4. Мартоплас П.А. Эрозия твердых тканей зубов //

Современная стоматология. - 2007. - № 1. - С. 71-73.

5. Исследование механизма действия нового десенсибилизирующего средства для чистки зубов, содержащего 8,0% аргинина, интенсивно очищающую систему карбоната кальция и 1450 ppm фтора / С.А. Лавандер [и др.] // Американский журнал стоматологии. - 2010. - Т.23, А. - С. 25А – 31А.

6. Камминс Д. Последние достижения в лечении гиперчувствительности дентина: Клинически опробованное лечение для мгновенного и длительного снижения чувствительности // Американский журнал стоматологии. - 2010. - Т.23, А. - С. 5А – 24А.

7. Рослякова О.В., Никонова Т.Ю., Мишина В.И. Опыт лечения гиперестезии тканей зуба.// Материалы научно-практической конференции, посвященной памяти Ефима Ефимовича Платонова./ Под ред. проф. Г.М.Барера.-Москва 2004.-с.135-137.

8. Соловьева-Савоярова Г.Е., Дрожжина В.А. Эстрогены и некариозные поражения зубов. - Спб., 2012. - 140 с.

9. Федоров Ю.А., Дрожжина В.А. Клиника, диагностика и лечение некариозных поражений зубов // Новое в стоматологии. - 1997. - № 10. - С. 143-148.

10. Юдина Н.А. Эрозия зубов: терминология, диагностика, профилактика и лечение // Современная стоматология. - 2015. - № 1. - С. 8 - 13.

11. Lussi A. Erosive tooth wear – a multifactorial condition of growing concern and increasing knowledge // Monographs in Oral Science. - Basel, Karger. - 2006. - P. 1-8.

12. Ten Cate J. M., Imfeld T. Dental erosion [preface] // Eur. J. Oral. Sci. - 1996. - P. 104-149.

13. Imfeld T. Dental erosion. Definition, classification and links // Eur. J. Oral. Sci. - 1996. - Vol. 104 [2]. - P. 151-155.

14. Yan-Fang R. Dental Erosion: Etiology, Diagnosis and Prevention. - 2011. - <http://www.rdhmag.com>.

15. Hays G. L., Bullock Q., Lazzari E. P., Puente E. S. Salivary pH while dissolving vitamin C-containing tablets // Am. J. Dent. - 1992. - Vol. 5 [5]. - P. 269-271.

16. McCracken M., O'Neal S. J. Dental erosion and aspirin headache powders: a clinical report // J. Prosthodont. - 2000. - Vol. 9 [2]. - p. 95-98.

17. Grace E. G., Sarlani E., Kaplan S. Tooth erosion caused by chewing aspirin // J. Am. Dent. Assoc. - 2004. - Vol. 135 [7]. - P. 911-914.

18. Gilmour A. G., Beckett H. A. The voluntary reflux phenomenon // Brit. Dent. J. - 1993. - Vol. 175 [10]. - P. 368-372.

19. Meshramkar R., Patil S. B., Patil N. P. A case report of patient practising voga leading to dental erosion // Int. Dent. J. - 2007. - Vol. 57 [3]. - P. 184-186.

20. Scheutzel P. Etiology of dental erosion – intrinsic factors // Eur. J. Oral. Sci. - 1996. - Vol. 104 [2]. - P. 178-190.

21. Navazesh M., Christensen C., Brightman V. Clinical criteria for the diagnosis of salivary gland hypofunction // J.

Dent. Res. - 1992. - Vol. 71 [7]. - P. 1363-1369.

22. Piangprach T., Hengtrakool C., Kukiattrakoon B., Kedjarune-Leggat U. The effect of salivary factors on dental erosion in various age groups and tooth surfaces // J. Am. Dent. Assoc. - 2009. - Vol. 140 [9]. - P. 1137-1143.

23. Brand H. S. Tjoe Fat G. M., Veerman E. C. I. The effect of saliva on the erosive potential of three different wines // Austral. Dent. J. - 2009. - Vol. 54 [3] – P. 228-232.

24. Candian Advisory Board on Dentin Hypersensitivity. Consensus-based recommendations for the diagnosis and management of dentin hypersensitivity // Journal Canadian Dental Association. - 2003. - Vol. 69. - P. 221-226.

25. Stamm J. W. Multi-functional toothpastes for better oral health: a behavioural perspective // International Dental Journal. - 2007. - Vol. 57. - P. 351-363.

26. Aranha A. C., De Paula Eduardo C. Effects of Er: YAG and Er,Cr: YSGG lasers on dentine hypersensitivity short-term clinical evaluation // Lasers in Medical Science. - 2012. - Vol. 27. - P. 813-818.

27. P.-Y. Lin, Y.-W. Cheng, C.-Y. Chu et al. In-office treatment for dentin hypersensitivity: a systematic review and network meta-analysis // Journal of Clinical Periodontology. - 2013. - Vol. 40 [1]. - P. 53-64.

28. Huysmans MC, Chew HP, Ellwood RP. Clinical studies of dental erosion and erosive wear. Caries Res 2011;45[Suppl 1]:60-8.

29. Jaeggi T, Lussi A. Prevalence, incidence and distribution of erosion. Monogr Oral Sci 2006;20:44-65.

30. van Rijkom HM, Truin GJ, Frencken JE, König KG, van 't Hof MA,

31. Bronkhorst EM, Roeters FJ. Prevalence, distribution and background variables of smooth-bordered tooth wear in teenagers in the Hague, the Netherlands. Caries Res 2002;36:147-54.

32. Truin GJ, van Rijkom HM, Mulder J, van't Hof MA. Caries trends 1996-2002 among 6- and 12-year-old children and erosive wear prevalence among 12-year-old children in The Hague. Caries Res 2005;39:2-8

33. Addy M. Dentine hypersensitivity: New perspectives on an old problem. Int Dent J 2002;52 [Suppl 5] 367-375.

34. Markowitz K, Pashley DH: Discovering new treatments for sensitive teeth: The long path from biology to therapy. J Oral Rehabil 2007;35: 300-315.

35. West NX. Dentine hypersensitivity. In: Lussi A. Dental erosion. Monogr Oral Sci 2006;20:173-189.

36. Brännström M. Etiology of dentin hypersensitivity. Proc Finn Dent Soc 1992;88 [Suppl 1]:7-13.

37. Absi EG, Addy M, Adams D. Dentin hypersensitivity: A study of the patency of dentinal tubules in sensitive and non-sensitive cervical dentine. J Clin Periodontol 1987;14:280-284.

38. Absi EG, Addy M, Adams D. Dentin hypersensitivity: The development and evaluation of a replica technique to study sensitive and non-sensitive cervical dentine. J Clin Periodontol 1989;16:190-195.

39. Hodosh M. A superior desensitizer – Potassium nitrate. J Am Dent Assoc 1974;88:831-832.

40. Markowitz K, Kim S. The role of selected cations in the desensitization of intradental nerves. *Proc Finn Dent Soc* 1992;88 [Suppl 1]:39-54.
41. Oral health care drug products for over-the-counter home use; amendment to the tentative final monograph to include over-the-counter- relief of oral discomfort drug products. *Federal Register* 1991;56:185, 48302-48346.
42. Curro FA, Hays RD, Stewart B, Masters JG. Clinical effects of increasing toothpaste abrasivity on tooth hypersensitivity. *J Dent Res* 2008;87 [Sp Is]: [Abstr 1024].
43. Cummins D. The efficacy of a new dentifrice containing 8.0% arginine, calcium carbonate, and 1450 ppm fluoride in delivering instant and lasting relief of dentin hypersensitivity. *J Clin Dent* 2009;20 [Sp Is]:109-114.
44. Walters PA. Dentin hypersensitivity: A review. *J Contemp Dent Pract* 2005;6:1-10.
45. Patel R, Zaidel L, Chopra S, Prencipe M. CLSM study of dentin treated with triclosan/copolymer/silicon dioxide/NaF dentifrice. *J Dent Res* 2009;88 [Sp Is]:[Abstr 1924].
46. Zaidel L, Chopra S, Prencipe M. Effects of a triclosan/copolymer/silicon dioxide/NaF dentifrice on dentin permeability. *J Dent Res* 2009;88 [Sp Is]:[Abstr 1923].
47. Ayad F, Ayad N, Zhang YP, DeVizio W, Prencipe M, Hyman T, Proskin HM. Hypersensitivity reduction efficacy of a triclosan/copolymer/ silicon dioxide/NaF dentifrice. *J Dent Res* 2009;88 [Sp Is]:[Abstr 1423].
48. Kaufman HW, Wolff MS, Winston AE, Triol CW. Clinical evaluation of the effect of a remineralizing toothpaste on dentinal hypersensitivity. *J Clin Dent* 1999;10:50-54.
49. Ghassemi A, Hooper W, Winston AE, Sowinski J, Bowman J, Sharma N. Effectiveness of a baking soda toothpaste delivering calcium and phosphate in reducing dentinal hypersensitivity. *J Clin Dent* 2009;20:203-210.
50. Gillam DG, Tang JY, Mordan NJ, Newman HN. The effects of a novel Bioglass dentifrice on dentine sensitivity: A scanning electron microscopy investigation. *J Oral Rehabil* 2002;29:305-313.
51. Du MQ, Bian Z, Jiang H, Greenspan DC, Burwell AK, Zhong J, Tai BJ. Clinical evaluation of a dentifrice containing calcium sodium phosphosilicate [NovaMin] for the treatment of dentin hypersensitivity. *Am J Dent* 2008;21:210-214.
52. Wang Z, Sa Y, Sauro S, Cen H, Xing W, Ma X, Jiang T, Wang Y. Effect of desensitizing toothpastes on dentinal occlusion. A dentine permeability measurement and SEM in vitro study. *J Dent* 2010;38:400-410.
53. Kleinberg I. Sensistat. A new saliva-based composition for simple and effective treatment of dentinal sensitivity pain. *Dent Today* 2002;21:42-47.
54. An eight-week clinical study on Canadian adults. *J Clin Dent* 2009;20 [Sp Is]:10-16.
55. Docimo R, Montesani L, Maturo P, Costacurta M, Bartolino M, Zhang YP, DeVizio W, Delgado E, Cummins D, Dibart S, Mateo LR. Comparing the efficacy in reducing dentin hypersensitivity of a new toothpaste containing 8.0% arginine, calcium carbonate and 1450 ppm fluoride to a benchmark commercial sensitive toothpaste containing 2% potassium ion: An eight week clinical study in Rome, Italy. *J Clin Dent* 2009;20 [Sp Is]:137-143.
56. Ayad F, Ayad N, Delgado E, Zhang YP, DeVizio W, Cummins D, Mateo LR. Comparing the efficacy in providing instant relief of dentin hypersensitivity of a new toothpaste containing 8% arginine, calcium carbonate and 1450 ppm fluoride to a sensitive toothpaste containing 2% potassium ion and 1450 ppm fluoride, and to a control toothpaste with 1450 ppm fluoride: A three-day clinical study in Mississauga, Canada. *J Clin Dent* 2009;20 [Sp Is]:115-122.
57. Nathoo S, Delgado E, Zhang YP, DeVizio W, Cummins D, Mateo LR. Comparing the efficacy in providing instant relief of dentin hypersensitivity of a new toothpaste containing 8% arginine, calcium carbonate and 1450 ppm fluoride relative to a sensitive toothpaste containing 2% potassium ion and 1450 ppm fluoride, and a control toothpaste with 1450 ppm fluoride: A three-day clinical study in New Jersey, USA. *J Clin Dent* 2009;20 [Sp Is]:123-130.
58. Schiff T, Delgado E, Zhang YP, DeVizio W, Cummins D, Mateo LR. A clinical investigation of the efficacy of a dentifrice containing 8% arginine, calcium carbonate and 1450 ppm fluoride in providing instant relief of dentin hypersensitivity: The effect of a single direct topical application using a cotton swab applicator versus the use of a fingertip. *J Clin Dent* 2009; 20 [Sp Is]:131-136.
59. Pashley DH, Tay FR, Haywood VB, Collins MA, Drisko CL. Consensus-based recommendations for the diagnosis and management of dentin hypersensitivity. *Inside Dent* 2008;4 [Sp Is]:1-37.
60. Renton-Harper P, Midda M. NdYAG laser treatment of dentinal hypersensitivity. *Br Dent J* 1992;172:13-16.
61. Miller S, Truong T, Heu R, Stranick M, Bouchard D, Gaffar A. Recent advances in stannous fluoride technology: Antibacterial efficacy and mechanism of action towards hypersensitivity. *Int Dent J* 1994;44 [Suppl]:83-98.
62. Brännström M, Aström A. The hydrodynamics of dentin: Its possible relationship to dentinal pain. *Int Dent J* 1972; 22:219-227.
63. Kramer IRH. The relationship between dentin sensitivity and movement of the contents of dentinal tubules. *Br Dent J* 1955;98:391-392.
64. Matthews B, Vongsavan N. Interactions between neural and hydrodynamic mechanisms in dentine and pulp. *Arch Oral Biol* 1994;39 [Suppl]:87S-95S.
65. Cummins D. Dentin hypersensitivity: From diagnosis to a breakthrough therapy for everyday sensitivity relief. *J Clin Dent* 2009;20 [Sp Is]:1-9.
66. <https://stomatologclub.ru/stati/ortopediya-11/innovacionnaya-zamena-lyuminiram-ultraniry-277/>

УДК: 616.31-002.828-614.8.02

ЧАСТОТА И НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ



Бекжанова О.Е., Юсупалиходжаева С.Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт

За последние десятилетия во всем мире прогрессивно возрастает количество заболеваний, обусловленных условно-патогенными грибами рода *Candida* [2,3]. Микромицеты рода *Candida* из состава нормальной микрофлоры тела человека могут быть возбудителями заболеваний полости рта (кандидозного стоматита и кандидозно-ассоциированного пародонтита) [1,5]. Распространенность микозов в общей популяции составляет 20-25% (Navlickova B. et al., 2008). Одной из важнейших проблем стоматологии в последние годы становится кандидоз слизистой оболочки полости рта (СОПР), доля которого в структуре патологии СОПР достигла 40,0-45,0%. Возрастающее значение дрожжеподобных грибов рода *Candida* в развитии воспалительных процессов полости, видовое многообразие (*C. albicans*, *non-albicans*, *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. krusei*, *C. famata*), вирулентность, обусловленная генотипической и фенотипической нестабильностью, формирование устойчивости к антимикотическим препаратам, недостаточный терапевтический эффект приводят к увеличению удельного веса длительно текущих, рецидивирующих форм кандидоза у пациентов разного возраста [2,4,5].

Кандидозные заболевания полости рта могут протекать тяжело и существенно снижать качество жизни.

Нозологические формы кандидозного стоматита на стоматологическом приеме анализировались лишь небольшим числом авторов, при этом установлены различия в структуре и частоте нозологических форм

кандидоза СОПР [1,4]. Распространенность и этиология кандидозно-ассоциированных поражений полости рта пациентов в Узбекистане остается не изученной. Подобные исследования в Республике Узбекистан ранее не проводились.

Цель исследования

Определение распространенности и нозологических форм кандидозного стоматита у пациентов в Республике Узбекистан.

Материал и методы

В период с 2015 по 2017 гг. в поликлинику терапевтической стоматологии и на кафедру факультетской терапевтической стоматологии ТГСИ обратились 452 пациента в возрасте от 18 до 65 лет и старше с заболеваниями СОПР и пародонтита, у 173 (38,27±2,29%) из которых по результатам проведенной клинко-лабораторной диагностики диагностирован кандидоз слизистой оболочки полости рта.

В зависимости от возможных этиологических факторов возникновения заболевания обследованные были разделены на две группы. 1-ю группу составили 126 больных (71 женщина и 55 мужчин) с типичными клиническими проявлениями кандидоза СМОПР, у которых заболевание не было связано с протезированием. Во 2-ю группу были включены 47 пациентов (27 женщин и 20 мужчин), кандидоз у которых был диагностирован в течение 3-х лет после протезирования и первоначально квалифицировался как протезный стоматит.

У всех пациентов диагноз был сформулирован согласно Международной классификации МКБ-10 (ВОЗ, Женева, 1997): В 37.0 «Кандидозный стоматит».

Для подтверждения диагноза кандидоза СОПР использовали клинические и лабораторные методы: микроскопический, культуральный (микологический) и иммунологический.

Для количественного определения дрожжевых грибов выполняли посев на агаризованную среду Сабуро и дифференциально-диагностические среды Хай Хром Кандида-агар M1297A и M1297AR. Микологическое исследование проводили по традиционному алгоритму медицинской микологии (Сергеев А.И., 2000). Результаты количественной оценки выделения грибов регистрировали в Ig КОЕ на 1 мл. Для выявления лецитиназы использовали питательный молочно-желточный агар, на который осуществляли посевы культур *Candida* spp. с инкубацией в течение 18-24 часов при температуре 37°C. О наличии лецитиназы свидетельствовало образование радужного венчика (пигмента).

Клиническое стоматологическое обследование включало оценку состояния пародонтита (индекс гигиены ОНП-5; выявление кровоточивости десневых сосочков по Muhlemann; пародонтальный индекс по Russell); определяли степень потери прикрепления десны и ре-

зорбцию альвеолярной кости рентгенологически на ортопантомографе

Для статистической обработки использовали методики параметрической (средняя величина, ошибка средней величины $M \pm m$, коэффициент Стьюдента, вероятность различий p) и непараметрической обработки результатов. Для относительных величин (частота случаев, отношение количества выделенных штаммов к общему количеству и т.п.) определяли частоту (%). При проведении статистической обработки результатов использовали компьютерную программу Excel для Microsoft.

Результаты и обсуждение

В возникновении инфекционного воспалительного процесса в СОПР основная роль принадлежит болезнетворным микроорганизмам, которые и определяют степень воспалительной реакции. В настоящее время в этиологической структуре инфекционной патологии СОПР все больше стали преобладать представители условно-патогенной микрофлоры (УПМ), которые выработали достаточную резистентность к действию антибактериальных и антимикотических препаратов. Выделение представителя УПМ на СОПР еще не является свидетельством его значимости в воспалительном процессе, так как в норме эти микроорганизмы колонизируют различные биотопы организма. Не являются исключением и грибы рода *Candida* [3,5], являющиеся представителями УПМ полости рта.

Фермент лецитиназа является одним из факторов патогенности возбудителя и показателем более высокой активности гриба. Лецитиназа была определена у всех культур *Candida*. У всех пациентов титр грибов рода *Candida*, выделенных на СОПР был равен или превышал 10^3 КОЕ/мл.

В ходе обследования у 15 (8,67%) диагностирован острый псевдомембранозный кандидоз полости рта (B37.00), у 20 (11,56 $\pm$ 2,43%) – острый эритематозный атрофический кандидоз (B37.01), у 47 (27,17 $\pm$ 3,38%) – хронический гиперпластический кандидоз (B37.02), у 91 (52,60 $\pm$ 3,80%) – хронический атрофический кандидоз (B37.03) (стоматит под съемным зубным протезом, вызванный кандидозной инфекцией), который чаще определялся у пожилых пациентов, пользующихся съемными протезами – у 31 (25%). Таким образом, в результате клинического обследования выявлено преобладание хронических форм кандидоза полости рта, суммарная частота которых составила 79,77%.

Показателем, характеризующим упорное течение заболевания, является давность возникновения патологического процесса. По данным анамнеза и медицинских документов проведено уточнение длительности заболевания кандидозом полости рта (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, с увеличением возраста распространенность кандидоза СОПР возрастала. Основной удельный вес в общем объеме болеющих приходится на возрастной период от 34 до 64 лет и старше (более 135 пациентов, или 78,03 $\pm$ 3,15% от общего числа заболевших). Можно предположить, что столь высокая заболеваемость взрослого населения объясняется более высокой частотой фоновой соматической патологии, частым приемом антибиотиков и гормональных (стероидных препаратов).

Необходимо отметить, что подавляющее большинство обследованных, т.е. 95 (54,91 $\pm$ 3,78%) больных, имели длительность заболевания более 3-х лет; 51 (29,48 $\pm$ 3,46%) пациент страдал кандидозом от 1-го года до 3-х лет, лишь 27 (15,61 $\pm$ 2,76%) пациентов имели сравнительно короткий срок заболевания – до 1-го года (табл. 1).

Детальный анализ длительности кандидоза показал, что у пациентов в возрастных группах 18-22 года и 23-34 года максимальная длительность заболевания составляет до 1-го года – соответственно у 9 (15,20 $\pm$ 2,71%) и 12 (6,94 $\pm$ 1,94%) пациентов; длительность кандидоза от 1-го года до 3-х лет отмечалась соответственно у 6 (3,47 $\pm$ 1,39%) и 7 (4,05 $\pm$ 1,49%), лишь 3 (1,73 $\pm$ 0,99%) и 1 (0,57 $\pm$ 0,57%) обследованных имели длительность заболевания более 3-х лет.

Напротив, среди пациентов в возрастных группах 35-44 и 45-54 года преобладали лица с длительностью кандидоза более 3-х лет: соответственно 20 (11,56 $\pm$ 2,43%) и 32 (18,49 $\pm$ 2,95%); с длительностью заболевания 1-3 года было соответственно 18 (10,40 $\pm$ 2,32%) и 20 (11,56 $\pm$ 2,43%) больных, до 1-го года – 4 (2,31 $\pm$ 1,14%) и 2 (1,16 $\pm$ 0,81%). В возрастных группах 55-64 лет и старше 65 лет все пациенты имели длительность заболевания более 3-х лет.

Нами прослежена связь различных нозологических форм кандидоза полости рта с возрастом пациентов (табл. 2).

Анализ распределения различных нозологических форм кандидоза СОПР по возрасту выявил четкое преобладание острых форм заболевания у лиц молодого возраста. У пациентов в возрасте 35-44 года и старше чаще выявлялись хронические формы заболевания. Так, в возрастной группе 18-24 лет острый псевдомембранозный кандидоз СОПР встречался у 10 (5,78 $\pm$ 1,77%), а острый эритематозный – у 8 (4,62 $\pm$ 1,60%). В возрастной группе 23-34 лет хронический псевдомембранозный кандидоз обнаружен лишь у 3 (1,73 $\pm$ 0,99%) пациентов: при этом острый псевдомембранозный и эритематозный кандидоз диагностирован соответственно у 5 (2,89 $\pm$ 1,27%) и 12 (6,94 $\pm$ 1,94%) обследованных.

В возрасте старше 35 лет преобладали хронические формы заболевания, которые обнаружены у 135 (78,03 $\pm$ 3,15%) пациентов, в том числе хронический атрофический кандидоз диагностирован у 91



Таблица 1. Распределение пациентов в зависимости от длительности кандидоза полости рта

Возраст, лет	Длительность заболевания, лет			Всего
	до 1-го	1-3	более 3-х	
18-22	$\frac{9}{15,20} \pm 2,71$	$\frac{6}{3,47} \pm 1,39$	$\frac{3}{1,79} \pm 0,99$	$\frac{10}{10,40} \pm 2,32$
23-34	$\frac{12}{6,94} \pm 1,91$	$\frac{7}{4,05} \pm 1,19$	$\frac{1}{0,57} \pm 0,57$	$\frac{20}{11,56} \pm 2,43$
35-44	$\frac{4}{2,31} \pm 1,11$	$\frac{10}{10,40} \pm 2,32$	$\frac{20}{11,56} \pm 2,13$	$\frac{42}{24,78} \pm 3,26$
45-54	$\frac{2}{1,16} \pm 0,81$	$\frac{10}{11,56} \pm 2,13$	$\frac{32}{18,49} \pm 2,95$	$\frac{54}{31,21} \pm 3,50$
55-64	-	-	$\frac{2}{1,16} \pm 0,81$	$\frac{21}{12,14} \pm 2,18$
65 и старше	-	-	$\frac{10}{10,40} \pm 2,32$	$\frac{10}{10,40} \pm 2,32$
Всего	$\frac{27}{15,61} \pm 2,76$	$\frac{51}{29,18} \pm 3,46$	$\frac{95}{54,91} \pm 3,78$	$\frac{173}{100}$

Примечание. В числителе – абсолютное число пациентов с кандидозом СОПР; в знаменателе – %.

(52,60±3,80%), и хронический псевдомембранозный – у 47 (27,17±3,38%).

Кандидоз полости рта представляет собой серьезную проблему в связи с широкой распространенностью и рецидивирующими персистирующим характером течения. Этот вид возбудителя обнаруживается в полости рта примерно у 60% здоровых взрослых, чаще у женщин и курящих мужчин, причем концентрация грибов в полости рта при отсутствии зубов значительно выше (78,3%), чем при их наличии (36,8%) (Abu Gelteen K.H., Abu Galteen R.M., 1998).

В современной структуре кандидоза СОПР (по обращаемости к стоматологу) ведущее место занимают хронические формы (гипертрофический кандидоз – у 28,4%; атрофический кандидоз – у 30,9%).

Литература

1. Панченко А.Д. Изучение взаимосвязи возраста пациентов, характера зубных протезов и формы кандидоза полости рта // Стоматология – наука и практика. Перспективы развития: Материалы Всерос. науч.-практ. конф., посв. 50-летию стоматологического

факультета Волгоградского государственного медицинского университета. – Волгоград, 2011. – С. 410-413.

2. Панченко А.Д. Комплексная терапия кандидоза полости рта у пациентов со съёмными пластиночными протезами. – Саратов, 2013.

3. Панченко А.Д., Булкина Н.В. Частота встречаемости кандидоза полости рта в разной возрастной категории с различными ортопедическими конструкциями // Молодые ученые – здравоохранению региона: Материалы 71-й межрегион. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых с междунар. участием. – Саратов, 2010. – С. 381-384.

4. Суркова С.А. Особенности клинико-лабораторной диагностики инвазивной кандидозной инфекции слизистой оболочки полости рта // Dental Forum. – 2012. – №3. – С. 94-95.

5. Суркова С.А. Совершенствование методов лабораторной диагностики и обоснование терапии кандидоза слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2013. – 24 с.

Таблица 2. Распределение пациентов с различными нозологическими формами кандидоза СОПР по возрасту

Возраст, лет	Форма кандидозного стоматита				Всего (В.37)
	острый псевдомембранозный (В37.00)	острый эритематозный (В37.01)	хронический гиперпластический (В37.02)	хронический атрофический (В37.03)	
18-22	$\frac{10}{5,78} \pm 1,77$	$\frac{8}{4,26} \pm 1,60$	-	-	$\frac{18}{10,40} \pm 2,32$
23-34	$\frac{5}{2,89} \pm 1,77$	$\frac{1}{6,94} \pm 1,94$	$\frac{3}{1,73} \pm 0,99$	-	$\frac{20}{11,56} \pm 2,43$
35-44	-	-	$\frac{11}{6,38} \pm 1,85$	$\frac{31}{17,92} \pm 2,92$	$\frac{42}{24,78} \pm 3,26$
45-54	-	-	$\frac{20}{11,56} \pm 2,43$	$\frac{34}{19,65} \pm 3,02$	$\frac{54}{31,21} \pm 3,50$
55-64	-	-	$\frac{5}{2,89} \pm 1,27$	$\frac{16}{9,25} \pm 2,20$	$\frac{21}{12,14} \pm 2,48$
65 и старше	-	-	$\frac{8}{4,62} \pm 1,60$	$\frac{10}{5,78} \pm 1,77$	$\frac{18}{10,40} \pm 2,32$
Всего	$\frac{15}{8,47} \pm 2,14$	$\frac{20}{11,56} \pm 2,43$	$\frac{47}{27,17} \pm 3,38$	$\frac{91}{52,60} \pm 3,80$	$\frac{173}{100}$

Примечание. В числителе – абсолютное число пациентов с кандидозом СОПР; в знаменателе – %.

Цель: определение распространенности и нозологических форм кандидозного стоматита у пациентов в Республике Узбекистан. **Материал и методы:** в 2015-2017 гг. в поликлинику терапевтической стоматологии и на кафедру факультетской терапевтической стоматологии ТГСИ обратились 452 пациента в возрасте от 18 до 65 лет и старше с заболеваниями слизистой оболочки полости рта (СОПР) и пародонта, у 173 (38,27±2,29%) из которых по результатам проведенной клинко-лабораторной диагностики диагностирован кандидоз слизистой оболочки полости рта. **Результаты:** в возникновении инфекционного воспалительного процесса в СОПР основная роль принадлежит болезнетворным микроорганизмам, которые и определяют степень воспалительной реакции. В этиологической структуре инфекционной патологии СОПР преобладают представители условно-патогенной микрофлоры, выработавшие достаточную резистентность к действию антибактери-

альных и антимикотических препаратов. **Выводы:** кандидоз обнаруживается в полости рта примерно у 60% здоровых взрослых, чаще у женщин и курящих мужчин, причем концентрация грибов в полости рта при отсутствии зубов значительно выше (78,3%), чем при их наличии (36,8%).

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, условно-патогенные микроорганизмы, грибы рода Кандида, лабораторная диагностика.

Оғиз бўшлиғи шиллик каватида микоз инфекциянинг тарқалиши 40—88%ни ташкил этади. Ушбу касалликни эрта ва самарали ташхислаш, патогенези, даволаш ва касалликни олдини олиш чора тadbирлари тўлиқлигича ҳал этилмаган, мунозарали бўлиб, ушбу муомони ҳал этишга қўплаб клиник ва тажрибали ишлар бағишланган. Муаллифлар томонидан беморнинг ёшига боғлиқ

ҳолда кандидознинг турли шакллари ва учраш тезлиги ўрганиб чиқилган. Тадқиқот натижасида касалларнинг асосий миқдори 34 ёшдан 64 ёш ораллигидаги беморларга тўғри келиши аниқланди. Катта ёшдаги аҳолининг юқори касалланиш даражаси соматик патологиянинг ката миқдорда учраши, антибиотиклар ва гормонал (стероид воситалар) воситаларни тез тез қабул қилиш қилиш билан изоҳланади.

The prevalence of mycotic infections reaches 40 — 88%. Questions of early effective diagnostics, pathogenesis, therapy and prevention of this pathology in many respects remain unresolved, debatable though numerous both clinical, and experimental works are devoted to their studying. By authors it is studied the frequency and nosological forms of candidiasis connected with age of patients. At the same time the main specific weight in a total amount of diseases represents at the age period from 34 to 64 years and older sick people. The high incidence of adult population is explained by higher frequency of background somatic pathology, frequent reception of antibiotics and hormonal (steroid medicines).

УДК: 616.314.17-008.1:615.272

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА БИОПЛАНТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА



Хасанова Л.Э., Юнусходжаева М.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Воспалительные заболевания пародонта остаются одной из наиболее актуальных проблем стоматологии, а также серьезной медико-социальной проблемой, т.к. распространенность этой патологии сохраняется на высоком уровне и не имеет тенденции к снижению [2]. Кроме того, эти поражения представляют собой достаточно агрессивные стоматогенные очаги инфекции, инициирующие очагово-обусловленные соматические

заболевания [1,4-6]. Выбор метода лечения данной патологии представляет значительные трудности, так как пациенты с воспалительными заболеваниями пародонта плохо поддается консервативной терапии.

Длительные клинические наблюдения за пациентами с хроническим генерализованным пародонтитом свидетельствуют о необходимости применения при проведении комплексной терапии остеорегенерирующих препаратов. В настоящее время в связи с появлением большого количества разнообразных остеогенных материалов и отсутствием независимой информации о них у врача-стоматолога возникает проблема выбора правильного материала, необходимого для каждого конкретного клинического случая, в том числе и в пародонтологии при закрытом кюретаже пародонтальных карманов. Базовыми требованиями к остеопластическим материалам являются биологическая совместимость, бактериальная и вирусная безопасность, отсутствие токсичности и аллергенности.

Межклеточный матрикс костной ткани на 90% состоит из коллагена I типа, коллаген других типов занимает не более 5% от общей массы. Белковополисахаридными комплексами, основной структурной единицей которых являются гликозаминогликаны, представленные 5% оставшегося вещества от общей массы. Коллаген, введенный в рану, активирует синтез кислых гликозаминогликанов и фибрилlogenез. Исследования показали, что коллаген I типа необходим для дифференцирования остеобластов и минерализации остеоида [3]. Важнейшим компонентом межклеточного матрикса являются гликозаминогликаны. С ними связываются такие процессы, как подавление активности провоспалительных медиаторов и антигенных детерминант, межклеточная сигнализация и регуляция активности факторов роста, в том числе и фактора роста фибробластов [7].

Отечественный остеопластический материал биоплант — стерильный биопластический материал, в котором сохранена исходная волокнистая структура коллагена, представленная в удобной для хранения и использования форме (сухая лекарственная форма и инъекции). В экспериментальном исследовании показана высокая эффективность данного материала при замещении искусственно созданных костных дефектов.

Цель исследования

Клиническая оценка применения биопланта в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита легкой степени при закрытом кюретаже пародонтальных карманов.

Материал и методы

Под наблюдением находились 25 пациентов обоего пола в возрасте 22-35 лет с генерализованным пародонтитом легкой степени (ГПЛС) без соматической патологии. Основную группу составили 12 больных, в

группу сравнения включены 13 человек. У больных больных изучали жалобы, историю развития заболевания, анамнез жизни, проводили оценку стоматологического статуса.

Для объективной оценки состояния тканей пародонта до лечения, на 7-й и 14-й дни наблюдения и через 3 месяца проводили определение гигиенического индекса по Green – Vermillion (1964), папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса Parma (1960), пробу Шиллера – Писарева (1963), а также определение пародонтального индекса по Russel (1956), степени кровоточивости по Н.Р. Muhlemann, S. Son (1971), глубины пародонтальных карманов по ВОЗ (1990), патологической подвижности зубов по Евдокимову (1953). Диагноз заболевания пародонта ставили на основании клинических и рентгенологических данных. Всем больным проводилось общепринятое лечение хронического генерализованного пародонтита. На первом этапе лечения проводили обучение гигиене полости рта и контроль качества чистки зубов. Индивидуально подбирались средства гигиены. Устранение местных раздражающих факторов включало снятие зубных отложений; устранение травматических узлов и супраконтактов с помощью избирательное пришлифовывание по методике В. Jankelson (1970). Пациентам группы сравнения в дополнение к общепринятому лечению назначали дентальный гель Метрогил-Дента, 10% индометациновую мазь, полоскания и аппликация растительными препаратами.

У больных основной группы, наряду с общепринятым лечением, применяли сухую смесь биоплант, которую наносили на область десны после кюретажа под защитно-фиксирующую повязку в течение 5 дней.

Результаты и обсуждение

Больные обеих групп предъявляли жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов и приеме пищи, неприятный запах изо рта, изменение цвета десны, подвижность зубов. При объективном обследовании десневые сосочки и маргинальная десна были отечны, цианотичны, кровоточили при дотрагивании. Проба Шиллера – Писарева была положительной у всех обследованных. Глубина пародонтальных карманов достигала 3-3,5 мм. У всех больных были выявлены зубные отложения. При рентгенологическом исследовании обнаружена деструкция межальвеолярной перегородки на 1/3 длины корня. Клинические данные были подтверждены пародонтальными индексами, которые у больных двух групп статистически достоверных различий не имели.

В результате лечения положительная динамика наблюдалась у всех больных, однако лучшие клинические показатели получены у пациентов, у которых использовали биоплант, что подтверждалось и пародонтальными индексами.

После использования биопланта у всех пациентов 1-й группы уже после 3-5 сеансов наблюдался выра-

женный клинический эффект, который выражался в прекращении кровоточивости десен при чистке зубов, отсутствии запаха изо рта, значительном уменьшении болевых ощущений в деснах.

Проба Шиллера – Писарева на 14-й день была отрицательной у 93% больных, у остальных проба была слабоположительной. У больных наблюдалось исчезновение основных симптомов воспаления, слизистая десны приобрела бледно-розовую окраску, правильную конфигурацию, плотность. Во 2-й группе проба Шиллера-Писарева на 14-й день была отрицательной у 83,3% больных.

У больных 2-й группы индекс РМА на 7-й день наблюдения соответствовал $5,34 \pm 1,21\%$, к 14-му дню снизился до $1,32 \pm 0,08\%$. В 1-й группе индекс РМА приблизился на 14-й день к контрольным значениям – $0,43 \pm 0,04\%$; в КГ – 0%.

Индекс кровоточивости, который отражает тяжесть воспалительного процесса в пародонте, у больных 2-й группы был достоверно выше, чем 1-й, составив соответственно $0,41 \pm 0,08$ и $0,02 \pm 0,004$ балла. Значения индекса кровоточивости у больных 2-й группы на 7-й и 14-й дни наблюдения и через 3 месяца были достоверно ниже, чем в 1-й группе.

Индекс гигиены ОНН-S в 1-й и во 2-й группах снизился в пять раз: его значения составили соответственно $0,53 \pm 0,06$ и $0,57 \pm 0,02$ балла.

Рассматривая показатели пародонтального индекса, который характеризует тяжесть воспалительно-деструктивных изменений в пародонте, можно отметить, что после проведенного лечения они отличались от нормы, но были ниже исходных показателей. Его значение в 1-й группе до лечения составило $2,81 \pm 0,19$ балла, на 14-й день – $0,12 \pm 0,43$ балла. Во 2-й группе показатель до лечения был равен $2,76 \pm 0,14$ балла, на 14-й день наблюдения – $0,35 \pm 0,02$ балла. Статистически достоверной разницы в показателях всех групп не выявлено.

Осмотр полости рта через три месяца после лечения показал, что у пациентов 1-й группы сохранялась стабильная клиническая картина – отсутствовали жалобы, слизистая оболочка была бледно-розового цвета, индекс гигиены ОНН-S был равен $0,68 \pm 0,02$ балла, РМА – $1,72 \pm 0,27\%$, индекс кровоточивости – $0,23 \pm 0,14$ балла. Пациенты 2-й группы предъявляли жалобы на возобновившуюся кровоточивость десен при чистке зубов. При осмотре полости рта у них выявлялась гиперемия десневого края, кровоточивость при зондировании. Значения индексов выше, чем у пациентов 1-й группы: индекс РМА был равен на $4,87 \pm 0,35\%$, индекс кровоточивости – $1,35 \pm 0,67$ балла.

Таким, образом, полученные данные свидетельствуют об эффективности коллагеносодержащих пластинок биоплант в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита легкой степени, что подтверждается клиническими показателями.

Литература

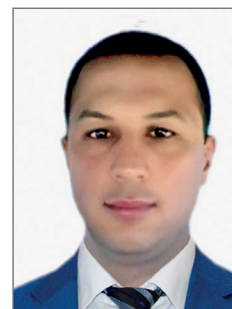
1. Арсеньев П.А., Саратовская Н.В. Синтез и исследование материалов на основе гидроксиапатита кальция // *Стоматология*. – 1996. – №6. – С. 74-79.
2. Арутюнова В.А. Лечение ран и трофических язв кожи коллагеновыми препаратами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 20 с.
3. Белоус А.М. Механизмы регенерации кости. – М.: Медицина, 2014. – 247 с.
4. Дмитриева Л.А. Современные аспекты клинической пародонтологии. – М., 2001. – 125 с.
5. Чупахин П.В. Использование нерезорбируемых мембран для направленной регенерации тканей пародонта: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001.
6. Шехтер А.Б. Заживление ран как ауторегуляторный процесс в механизме стимулирующего действия коллагена // *Арх. пат.* – 1977. – №5. – С. 25-33.
7. Franceschi R.T., Young J. Regulation of alkaline phosphatase by 1,25-dihydroxyvitamin D3 and ascorbic acid in bone-derived cells // *J. Bone Miner. Res.* – 2017. – Vol. 5. – P. 1157-1167.

Цель: клиническая оценка применения биопланта в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита легкой степени при закрытом кюретаже пародонтальных карманов. **Материал и методы:** под наблюдением находились 25 пациентов обоего пола в возрасте 22-35 лет с генерализованным пародонтитом легкой степени (ГПЛС) без соматической патологии. При лечении использован новый отечественный препарат биоплант – стерильный биопластический материал, в качестве растворителя использовался хлоргексидин. **Результаты:** полученные данные свидетельствуют об эффективности биопланта в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита легкой степени, что подтверждается клиническими показателями. **Выводы:** биоплант можно рекомендовать для лечения больных хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, биоплант, остеорегенерация, коллаген.

In 25 patients with generalized periodontitis of mild degree (GPM D) without somatic pathology were conducted examination and treatment of both sexes, aged 22-35 years. In the treatment was used a sterile bioplastic new domestic material "Bioplant", chlorhexidine was used as the solvent. The obtained data show effectiveness of the using collagen-containing plates of Bioplant in the complex treatment of chronic generalized periodontitis of mild degree, and it is confirmed by clinical indices.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИКОСТНЫХ ИМПЛАНТАТОВ



Сафаров М.Т., Дусмухамедов Н.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Анализ данных литературы показал, что почти 26% пациентов с частичным отсутствием зубов, которые нуждаются в ортопедическом лечении, по разным причинам отказываются от изготовления съёмных зубных протезов [1,5,6]. Для реабилитации таких больных на сегодняшний день широко используется дентальная имплантация в сочетании с усовершенствованными методиками изготовления несъёмных зубных протезов [8]. Одной из основных проблем дентальной имплантологии является профилактика осложнений воспалительного характера, частота которых в послеоперационном периоде может достигать 50% [7].

Для достоверной функциональной оценки ортопедического лечения больных с применением дентальных внутрикостных имплантатов изучается состояние жевательной мускулатуры человека [4]. Для изучения функционального состояния мышечного аппарата зубочелюстной системы широко применяется электромиография [2,3,8]. В процессе адаптации к зубным протезам укорачивается время жевательного цикла за счёт уменьшения количества жевательных движений и времени одного жевательного акта. Известно, что адаптация жевательных мышц к новым условиям происходит в первые 6 месяцев пользования протезом. Электромиография позволяет объективно оценить перестройку мышечного аппарата больного, а также воздействие жевательных нагрузок на дентальный имплантат после протезирования.

Цель исследования

Изучение функциональной эффективности мостовидного протезирования при концевых дефектах зубных рядов с применением внутрикостных имплантатов методом электромиографии.

Материал и методы

Под наблюдением были 40 пациентов с концевыми дефектами зубных рядов после мостовидного протезирования с применением внутрикостных имплантатов. Электромиографические исследования проводились нами в области собственно-жевательных и височных мышц на аппарате Нейротех (Россия) в покое и при максимальном сжатии. Программную систему Нейротех использовали на IBM-совместимом компьютере PC/AT 486 в среде Windows 95. В качестве биоусилителя в аппаратно-программном комплексе применяли 4-канальный биоусилитель электромиографа фирмы Медикор. Использовали стандартные пластинчатые электроды, которые накладывали на предварительно обезжиренную спиртом кожу и закрепляли лейкопластырем. После наложения электродов приступали к работе с диалоговым меню программной системы Нейротех.

Все больные были разделены на 3 группы. 1-ю группу составили 12 больных с односторонними и двусторонними концевыми дефектами зубных рядов, во 2-ю группу включены 14 больных после проведения операции внутрикостной имплантации, в 3-ю группу вошли 14 пациентов, которым были установлены мостовидные протезы с дистальной опорой на дентальные имплантаты.

Результаты исследования

При сравнении функциональной активности височных и собственно жевательных мышц до ортопедического лечения у больных 1-й группы была выявлена следующая закономерность. На интактной стороне биоэлектрическая активность (БЭА) собственно жевательных мышц была в 1,5 раза выше, а височных мышц – в 2,3 раза выше, чем на стороне дефекта.

Электрофизиологические показатели мышечной активности у пациентов с двусторонними концевыми дефектами колебались довольно в широких пределах и зависели от типа жевания. Следует отметить, что у 80% пациентов данной группы был выявлен преимущественно односторонний, а именно правосторонний тип жевания, а у 20% больных – равномерный двусторонний.

При одностороннем типе жевания средние значения БЭА на рабочей стороне были в 1,8 раза выше для соб-

ственно жевательных мышц и в 2,1 раза выше – для височных мышц. У пациентов с равномерным типом жевания БЭА была примерно одинаковой справа и слева.

При проведении электромиографических исследований у больных 2-й группы выявлена следующая динамика биоэлектрической активности жевательных мышц. При сжатии челюстей максимальная амплитуда БЭА составляла в m. masseter здоровой стороны 440 ± 120 мкВ; m. masseter на стороне адентии – 180 ± 70 мкВ, m. temporalis – 392 ± 110 мкВ; m. temporalis здоровой стороны – 728 ± 191 мкВ. Коэффициент координации для собственно жевательных мышц при жевании в среднем составил $2,4 \pm 0,13$, для височных мышц – $0,5 \pm 0,13$; в покое для собственно жевательных мышц – $0,4 \pm 0,13$, для височных – $2,1 \pm 0,13$, что свидетельствовало о дискоординации в работе жевательных мышц.

Через 3 месяца после проведенной имплантации с ранней функциональной нагрузкой на имплантат наблюдалось некоторое снижение БЭА мышц в состоянии покоя. В среднем для собственно жевательных мышц разница составила 20% (m. masseter на здоровой стороне 280 ± 81 мкВ, m. masseter на стороне адентии – в области введенного имплантата – $190 \pm 5,0$ мкВ).

У височных мышц БЭА в покое снизилась в среднем на 25% и составляла: m. temp. на стороне адентии 450 ± 11 мкВ; m. temp. на здоровой стороне – 210 ± 4 мкВ. При сжатии челюстей БЭА m. masseter зд. – 460 ± 98 , на стороне адентии – 397 ± 143 мкВ; m. temp. зд. – 650 ± 200 мкВ; m. temp. ад. – 610 ± 200 мкВ.

Коэффициент координации для собственно жевательных мышц при сжатии составил $1,2 \pm 0,08$; для височных мышц $1,07 \pm 0,06$. Коэффициент координации для m. masseter в покое – $0,72 \pm 0,05$; для m. temporalis – $0,5 \pm 0,03$. Это произошло за счет изменений БЭА собственно жевательных и височных мышц, что свидетельствует о выравнивании координационных соотношений работы жевательных мышц (табл.).

Через 12 месяцев у больных 3-й группы после ранних функциональных нагрузок сохранялась динамика к нормализации координационной работы жевательных мышц. По данным ЭМГ отмечается увеличение активности жевательных мышц при ранних функциональных нагрузках.

Электромиографическое исследование у больных 2-й группы демонстрировало такую же картину, но происходило это более медленно, чем у пациентов 3-й группы – к 12 месяцу, что указывало на процесс адаптации жевательной мускулатуры к ортопедическим конструкциям и координационную перестройку БЭА (табл.).

Таблица. Показатели БЭА жевательной мускулатуры при ранней функциональной нагрузке на имплантат у пациентов 2-й (числитель) и 3-й (знаменатель) группы, мкВ

Исследованные мышцы	Срок наблюдения, мес.		
	исходно	3-й	12-й
m. masset. (адентия)	$\frac{180 \pm 64}{190 \pm 74B}$	$\frac{397 \pm 143}{280 \pm 81}$	$\frac{399 \pm 77}{310 \pm 100}$
m. masset. (здоров.)	$\frac{440 \pm 120}{430 \pm 110}$	$\frac{460 \pm 98}{400 \pm 100}$	$\frac{450 \pm 120}{420 \pm 115}$
m. temp. (адентия)	$\frac{392 \pm 110}{400 \pm 98}$	$\frac{610 \pm 200}{420 \pm 110}$	$\frac{600 \pm 187}{520 \pm 130}$
m. temp. (здоров.)	$\frac{728 \pm 191}{700 \pm 210}$	$\frac{650 \pm 200}{568 \pm 120}$	$\frac{660 \pm 210}{560 \pm 130}$

Результаты электромиографического исследования показали, что исходно у большинства пациентов в состоянии покоя регистрировалась слабая биоэлектрическая активность жевательных мышц. После ранних функциональных нагрузок координированная работа мышц восстанавливалась, и увеличивалась их функциональная активность.

Анализ электромиографических показателей у больных 3-й группы выявил видимые изменения функционального состояния исследуемых жевательных мышц в зависимости от срока имплантации и последующего протезирования.

Таким образом, результаты электромиографических исследований подтвердили восстановление функционального состояния жевательных мышц при ортопедическом лечении больных с различными дефектами зубных рядов с использованием дентальных имплантатов. Полученные нами данные являются объективным свидетельством перестройки рефлекторных механизмов мышечного аппарата в различные сроки наблюдений.

Литература

1. Гветадзе Р.Ш. Оценка биоэлектрической активности жевательных мышц больных в зависимости от сроков имплантации // *Стоматология*. – 1999. – Т. 78, №4. – С. 43-44.
2. Гветадзе Р.Ш., Амирханян А.Н. Функциональная перестройка зубочелюстной системы при протезировании с опорой на имплантаты // 4-я Всероссийская научно-практическая конференция. – М., 2000. – С. 161-162.
3. Гветадзе Р.Ш., Матвеева А. А. Диагностика и прогнозирование функционального состояния тканей протезного ложа в дентальной имплантологии // *Пробл. стоматол. и нейростоматол.* – 1999. – №2. – С. 38-40.

4. Дудко А.С, Шалатишина О.И. и др. Биоэлектрическая активность жевательных мышц при протезировании на зубных имплантатах // *Новое в стоматологии*. – 1994. – №3. – С. 24-27.

5. Иванова Г.Г., Акулов С.А. Изменение тонуса жевательных мышц до и в процессе лечения вторичных деформаций зубных рядов, // *Сб. реакции тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта на стоматологические материалы*. – М., 1990. – С. 31-32.

6. Матвеева А.И., Ширина Д.Д., Дронов Д.А. Роль клинических методов диагностики в повышении эффективности лечения с использованием имплантатов // *Материалы 5-й Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов*. – СПб, 2000. – С. 86.

7. Матвеева А.И., Кулаков А.А. Комплексные методы диагностики в дентальной имплантации и возможности прогнозирования результатов лечения // *Мед. помощь*. – 1995. – №6. – С. 14-17.

8. Садыков М.И. Клинико-функциональная оценка эффективности протезирования больных при полной адентии с использованием дентальной имплантации // *Стоматология*. – 2003. – №4. – С. 52-54.

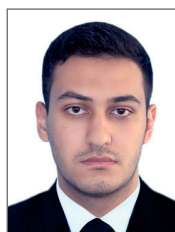
Цель: изучение функциональной эффективности мостовидного протезирования при концевых дефектах зубных рядов с применением внутрикостных имплантатов методом электромиографии. **Материал и методы:** у 40 пациентов с концевыми дефектами зубных рядов после мостовидного протезирования с применением внутрикостных имплантатов проводились электромиографические исследования в области собственно-жевательных и височных мышц. **Результаты:** результаты электромиографических исследований подтвердили восстановление функционального состояния жевательных мышц при ортопедическом лечении больных с различными дефектами зубных рядов с использованием дентальных имплантатов. **Выводы:** полученные данные являются объективным свидетельством перестройки рефлекторных механизмов мышечного аппарата в различные сроки наблюдений.

Ключевые слова: концевые дефекты зубных рядов, мостовидное протезирование, внутрикостные имплантаты, функциональное состояние жевательных мышц, электромиография.

When analyzing literary sources, it was found that for orthopedic treatment of patients with partial absence of teeth, up to 26% of patients for various reasons refuse to make removable dentures. For the rehabilitation of such patients, dental implantation is widely used today in combination with improved methods for the production of non-removable dentures [8]. One of the main problems of dental implantology is the prevention of complications of an inflammatory nature, whose frequency in the postoperative period can reach 50%.

УДК: 616.314-77+616.716.1/.2-007.23

УЛУЧШЕНИЕ ФИКСАЦИИ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ В УСЛОВИЯХ ВЫРАЖЕННОЙ АТРОФИИ В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ БУГРОВ



Мусаева К.А., Асом Б.В., Салиев С.У.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Полноценное функционирование жевательного аппарата является одним из критериев здоровья человека и обеспечения высокого качества жизни. Отсутствие зубов или плохие зубные протезы существенно снижают последний показатель.

Полные съемные протезы, которые применяются более 150 лет, являются традиционным и наиболее распространенным способом восстановления зубных рядов при полной потере зубов. Невзирая на это, совершенствование методов ортопедического лечения при полной утрате зубов остается актуальной проблемой, особенно если учесть, что условия для фиксации протезов в полости рта с возрастом неизбежно ухудшаются, а требования больных к протезам остаются неизменными.

При выборе полного съемного протеза в качестве замещающей и восстанавливающей конструкции перед врачом встает вопрос о методе его фиксации в полости рта. Целесообразность способа фиксации – одно из условий, обеспечивающих функциональную ценность полных съемных протезов.

Методика объемного моделирования, разработанная П.Т. Танрынкулиевым и дополненная Г.Л. Саввиди, позволяет увеличить площадь замыкающего клапана, тем самым улучшая фиксацию и стабилизацию протеза. К сожалению, эта методика не дает положительных результатов при выраженной атрофии в области верхне-

люстных бугров, осложненных пологой формой ската альвеолярного гребня.

Цель исследования

Улучшение фиксации полных съемных пластиночных протезов на верхней челюсти в условиях выраженной атрофии в области верхнечелюстных бугров путем создания дополнительных клапанов в области небных отверстий.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 6 пациентов в возрасте от 58 до 65 лет, которые были разделены на 2 группы: рабочую группу составили 3 пациента с выраженной атрофией в области верхнечелюстных бугров, контрольной группой служили 3 больных с равномерной атрофией I и II степени. Пациентам контрольной группы были изготовлены полные съемные пластиночные протезы по общепринятой методике (краевой замыкающий клапан). Больным рабочей группы было изготовлено 2 вида протезов: по общепринятой методике, по общепринятой методике, дополненной созданием дополнительных клапанов в области небных отверстий.

Для определения силы отрыва протеза применяли динамометр Teclockdt-300. Сила отрыва протеза измерялась в центральной и двух боковых позициях.

Результаты и обсуждение

У пациентов контрольной группы в условиях равномерной атрофии I и II степени при определении силы отрыва протезов была установлена умеренная степень адгезии: у одного больного ее величина составила 452 г, у второго – 502 г, у третьего – 488 г. (табл.).

Полученные нами результаты сопоставимы с данными исследования, проведенными в Читинской государственной медицинской академии (патент RU 2323700; Писаревский Ю.Л., Соловьев С.Н.):

У пациентов рабочей группы с выраженной атрофией в области верхнечелюстных бугров также определяли силу отрыва протезов, изготовленных по общепринятой методике, которая составила 180-230 г.

Затем мы определяли силу отрыва протезов с дополнительными клапанами в области небных отверстий у пациентов рабочей группы, которая варьировала от 400 до 500 г.

Согласно результатам исследования, у пациентов рабочей группы при изготовлении полных съемных пластиночных протезов по общепринятой методике (краевой замыкающий клапан) сила отрыва составила 180-230 г, а при изготовлении полного съемного пластиночного протеза с дополнительными клапанами в области небных отверстий – 400-500 г.

Закключение

У пациентов рабочей группы использование полных съемных пластиночных протезов с дополнительными клапанами в области небных отверстий обеспечивает хорошую фиксацию протеза в условиях выраженной атрофии в области верхнечелюстных бугров.

Проведенные исследования помогли определить целесообразность изготовления дополнительных клапанных зон в условиях выраженной атрофии в области верхнечелюстных бугров и в целом улучшили фиксацию протезов.

Литература

1. Наумович С.А., Матвеев А.М. Методы фиксации и стабилизации съемных пластиночных протезов: Учеб. пособие. – Минск, 2009. – 49 с.
2. Арутюнов С.Д., Трезубов В.Н. Современные методы фиксации полных съемных зубных протезов: Учеб. пособие для мед. вузов. – М.: ТЕИС, 2003. – 123 с.
3. Лебеденко И.Ю., Каливраджиян Э.С. Протезирование при полном отсутствии зубов: Руководство по ортопедической стоматологии. – М., 2014. – 397 с.
4. Танрынкулиев П.Т. Клиника и протезирование больных с беззубыми челюстями. – Ашхабад, 1988. – 45 с.
5. Танрынкулиев П.Т., Саввиди Г.Л. Методика объемного моделирования. – Ашхабад, 1996. – 93 с.

Цель: улучшение фиксации полных съемных пластиночных протезов на верхней челюсти в условиях выраженной атрофии в области верхнечелюстных бугров путем создания дополнительных клапанов в области небных отверстий. **Материал и методы:** 3 пациентам с выраженной атрофией в области верхнечелюстных бугров (контрольная гр.) были изготовлены полные съемные пластиночные протезы по общепринятой методике (краевой замыкающий клапан). 3 больных рабочей группы было изготовлено 2 вида протезов: по общепринятой методике, по общепринятой методике, дополненной созданием дополнительных клапанов в области небных отверстий. **Результаты:** у пациентов рабочей группы использование полных съемных пластиночных протезов с дополнительными клапанами в области небных отверстий обеспечивает хорошую фиксацию протеза в условиях выраженной атрофии в области верхнечелюстных бугров. **Выводы:** проведенные исследования помогли определить целесообразность изготовления дополнительных клапанных зон в условиях выраженной атрофии в области верхнечелюстных бугров и в целом улучшили фиксацию протезов.

Степень адгезии	Верхняя челюсть (г/см ²)	Нижняя челюсть (г/см ²)
Сильная	5,6-6,5	3,2-4,8
Умеренная	4,8-5,6	2,4-3,2
Достаточная	3,6-4,8	1-2,4
Недостаточная	Ниже 3,6	Ниже 1

верхняя челюсть, выраженной атрофии в области верхнечелюстных бугров, полные съемные пластиночные протезы, сила отрыва протезов.

The problem of fixing complete removable dentures remains relevant to this day. Especially this problem arises before the doctor, when the atrophy of the alveolar process of the upper jaw is most pronounced in the region of the maxillary tubercles.

The success of prosthetics of complete removable plate prostheses directly depends on several factors: the safety of anatomical retention points, the compliance of the mucous membrane of the prosthetic bed

The problem of fixation of complete removable plate prostheses is particularly important for the unevenness of the atrophy of the alveolar ridge, especially in the region of the maxillary tubercles, complicated by the flat form of the alveolar ridge slope (Gavrilov EI)

Key words: complete removable dentures, anatomical retention, prosthesis fixation, atrophy of maxillary tubercles, additional valves.

Хулоса

Тадкикотни максиди анъанавий усул билан таъриладиган тулик олинадиган протезларни ва танглай сохасида жойлашган кошимча клапан зоналар хосил килинган протезлар фиксация сифатини таккослаш.

Тулик олинадиган протезларни фиксациясини т. maxilla сохасидаги юкори даража атрофия холатида танглай сохасида кошимча клапан зоналарни яратиш натижасида ишончли самарадорлик булди.

Таблица. Сила отрыва полных съемных пластиночных протезов с верхней челюсти при равномерной атрофии I и II степени

Степень адгезии	Пациент №1	Пациент №2	Пациент №3
Умеренная	452 г	502 г	488 г

УДК: 616.314-77+616.716.1/.2-007.23

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА PERIO-FLOW® ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИИМПЛАНТИТА



Мукимов О.А., Олимов А.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Сегодня практически каждая клиника (частная и государственная) предлагает такой вид стоматологической помощи, как имплантация, которая является альтернативой традиционному лечению во многих клинических ситуациях. Однако, несмотря на широкое внедрение дентальной имплантации в стоматологическую практику, расширение показаний к ней и лавинообразный рост количества устанавливаемых стоматологами имплантатов, количество осложнений не уменьшается. Наблюдаемые у пациентов ближайшие после имплантации результаты свидетельствуют о высоком уровне стоматологической помощи, однако в научной литературе появляется все больше сведений о риске отдаленных осложнений. Одной из основных проблем имплантологии становится воспаление тканей, окружающих остеоинтегрированный имплантат. На совещании Европейской Федерации пародонтологов на основе современной научной доказательной базы было выработано согласованное мнение об инфекционно-воспалительных поражениях в области дентальных имплантатов. Предложено выделять периимплантационный мукозит и периимплантит. Мукозит в области имплантата – это воспаление окружающих мягких тканей без нарушения остеоинтеграции. Дентальный периимплантит – это воспалительная реакция тканей, окружающих остеоинтегрированный имплантат, сопровождающаяся потерей опорной кости. Диагноз периимплантита устанавливают на основании рентгенологически выявленных изменений кости в виде кратерообразной деструкции в окружности шейки и даже верхней трети имплантата (рис. 1, 2).

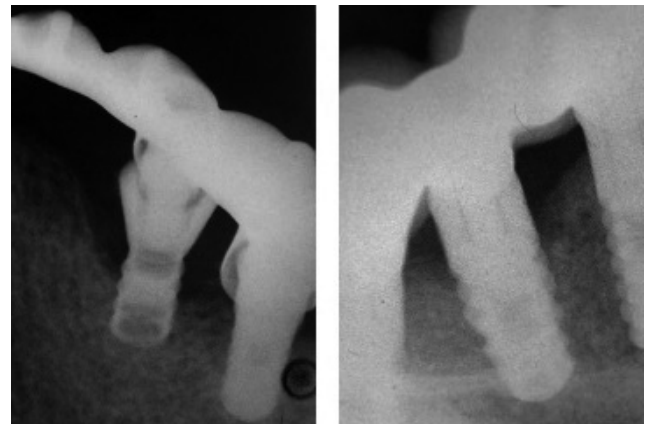


Рис. 1, 2. Рентгенологическая картина периимплантита.

Считают, что мукозит может возникать у 80% лиц, имеющих дентальные имплантаты, а развитие периимплантита описано у 28-56% обследованных (Lindhe J., Meyle J., 2008). По другим данным, мукозит наблюдается у 60-80% лиц, имеющих дентальные имплантаты, а развитие периимплантита описано у 10-56% пациентов (Zitzmann N.U., Berglundh T., 2011). В нашей клинической практике подобные явления встречаются с частотой, соответствующей данным научной литературы.

Патологические изменения вокруг имплантатов могут возникать как в ближайшие сроки после протезирования, так и по прошествии нескольких месяцев и даже лет. Основными факторами развития осложнений в ближайшем послеоперационном периоде могут стать ошибки при выполнении хирургических процедур и проведении протезирования, тогда как основной причиной развития воспалительного процесса периимплантатных тканей в отдаленном послеоперационном периоде является несоблюдение пациентом графика регулярных посещений пародонтолога (гигиениста) или их отсутствие.

Главными факторами риска развития периимплантита являются отсутствие рациональной регулярной гигиены естественных зубов и ортопедических конструкций в полости рта и наличие в анамнезе пародонтита. Многочисленные микробиологические исследования указывают на то, что функционирование имплантатов сопровождается развитием биопленок на внекостных поверхностях имплантата и протеза, а микробиота этой поддесневой биопленки сходна с таковой в пародонтальных карманах при пародонтите, при этом биопленка в трансмукозной (пришеечной) области супраконструкций имплантатов способна вызвать хроническое продуктивное воспаление в периимплантных тканях и привести к периимплантационному мукозиту и периимплантиту (Датдеева М.О., 2010). Ключевая роль в развитии периимплантита принадлежит микрофлоре биопленки (рис. 3), представляющей собой сообщество микроорганизмов, сгруппированных в микроколонию, защищенных вырабатываемым ими липополисахаридным матриксом.

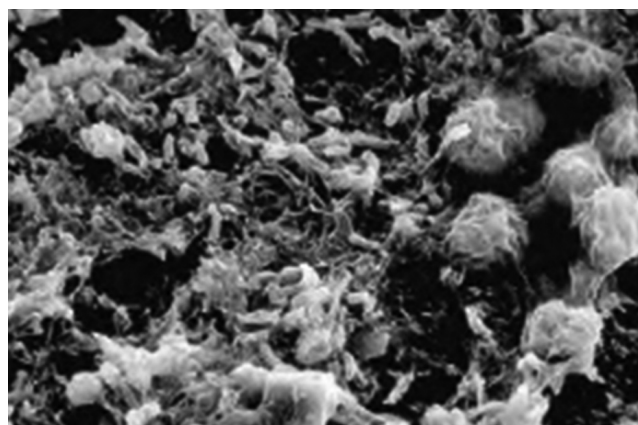


Рис. 3. Поддесневая биопленка.

Причинно-следственная связь между накоплением микробной биопленки и развитием воспаления в тканях, окружающих имплантат, подтверждена в экспериментальных и клинических исследованиях (Heitz-Mayfield L.J., Lang M.A., 2000). Развившийся периимплантит, клиническая и микробиологическая картина которого сравнима с таковой при пародонтите, приводит к сокращению срока службы всей имплантационной конструкции.

Механизм действия Perio-Flow® при работе над десной и до 5 мм под десной аналогичен таковому метода Air-Flow. Воздух из турбины поступает в шланг, далее в камеру с порошком, там равномерно смешивается с ним – получившаяся смесь идет к носику аппарата. Наконечник имеет два канала: по внешнему осуществляется подача воды, по внутреннему – воздушно-порошковой смеси. Одновременно вода совершенно отдельно от порошковой смеси движется к носику, где они выходят вместе, не смешиваясь. Вода окружает оболочкой порошковую смесь, формируя (индуцируя) рабочую струю смеси, не давая распыляться ей в стороны, доводя ее до поверхности зуба. Водно-воздушная струя с тонкодисперсным чистящим порошком, сила которой регулируется в зависимости от индивидуальной клинической ситуации, удаляет биопленку (рис. 4).

Субгингивальная обработка при глубине периимплантатного кармана более 5 мм проводится при помощи

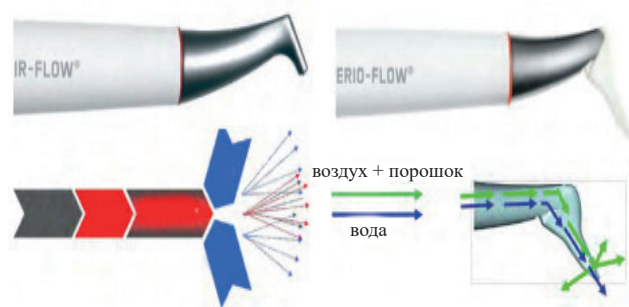


Рис. 4. Механизм воздушно-абразивного метода Perio-Flow® над десной (слева) и субгингивально (справа).

наконечника Perio-Flow с одноразовым стерильным носиком Perio, обеспечивающим тройную конусообразную подачу – легкий доступ и циркуляцию порошка глицина, воздуха и воды (рис. 4). Форма насадки обеспечивает низкое динамическое давление воздуха. Одноразовые насадки гарантируют гигиеничность. Мягкое применение биокINETической энергии оригинального метода Perio исключает риск повреждения десны и образования царапин на поверхности абатмента и имплантата, обеспечивает легкий доступ в любую зону и 100% удаление биопленки без повреждений.

Дно периимплантатного кармана не повреждается, а полноценно очищается от биопленки, некротических масс и зрелых грануляций. Благодаря распылению порошка под давлением в трех плоскостях происходит успешное восстановление биосовместимости покрытых биопленкой поверхностей, за счет чего глубина периимплантатного кармана уменьшается.

По данным некоторых авторов (Schwarz F., Ferrari D., Popovski K. et al., 2008), применение аквакинетической технологии Perio Flow – воздушно-абразивная над- и поддесневая обработка порошком глицина диаметром частиц 25 мкм (EMS, Швейцария) – позволяет удалить 99,9% биопленки, не повреждая поверхности имплантата.

Цель исследования

Сравнительная оценка клинической эффективности аквакинетического метода Perio-Flow (EMS, Швейцария) в комплексном лечении пациентов с периимплантитом и периимплантатным мукозитом и традиционных методов.

Материал и методы

Изучены результаты лечения параимплантационных воспалительных заболеваний у 17 больных в возрасте 24-56 лет, из них 9 мужчин и 8 женщин (основная группа). Срок пользования имплантатами (всего 24), которые были как на фронтальных участках, так и в области премоляров и жевательных зубов – от 1-го года до 7 лет. Большинство пациентов обратились с жалобами на кровоточивость, отделяемое из десны, дискомфорт, у 5 (29,4±0,7%) обследованных периимплантит протекал бессимптомно и был диагностирован во время осмотра.

Все наблюдаемые нами пациенты были подвергнуты клиническому обследованию, кроме того у них проводились рентгенологические, микробиологические и гигиенические исследования.

Диагноз периимплантатный мукозит поставлен 2 пациентам, у остальных периимплантит был подтвержден рентгенологически.

Контрольную группу составили 5 человек, которым проводилось стандартное лечение: профессиональная гигиена пьезоэлектрическим аппаратом PIEZON 700 (EMS), в области имплантатов – инструментом PI (EMS) с пластиковым покрытием (рис. 5), удаление налета неабразивными пастами механическим методом. Многоканальный, автоклавируемый инструмент PI, которым проводилась очистка имплантатов от зубных отложений,

имеет запатентованное полиэфир-кетонное покрытие, безопасное для поверхности имплантатов и керамики, работает с пьезоэлектрическим наконечником посредством присоединения через эндочак на 1200.

У пациентов основной группы, помимо стандартной профессиональной гигиены, проводилось удаление биопленки методом субгингивальной аквакинетической обработки Perio Flow (EMS) на 2-й день (2-е посещение) и через 6 недель (5-е посещение) (рис. 6).



Рис. 5. Профессиональная гигиена имплантатов ультразвуковым методом с помощью специального инструмента.

В комплекс лечения больных обеих группах включались мотивация к рациональной гигиене полости рта (ГПР), обучение особенностям гигиены при наличии дентальных имплантатов с индивидуальным подбором основных и дополнительных средств гигиены, местная и



Рис. 6. Удаление биопленки в периимплантатных карманах глубиной до 5 мм обычным наконечником Air-flow порошком Perio, при глубине более 5 мм наконечником Perio-flow со специальным стерильным пластиковым носиком.

по показаниям общая противомикробная и противовоспалительная терапия, витаминотерапия, местная иммунотерапия, физиотерапия.

Результаты лечения оценивали с помощью общепризнанных клинических методов: определяли глубину зондирования вокруг имплантата или периимплантатного кармана (ПИК), цвет периимплантатной десны, консистенцию, наличие или отсутствие экссудата из периимплантатной бороздки (кармана), величину периимплантатной маргинальной костной резорбции, упрощенный индекс ГПР ОНІ-S (Green J.C., Vermillion J.K., 1963), индекс для количественного определения налета в придесневой области Silness – Loe (S-L) (Silness J., Loe, H., 1964), индекс РМА (papillarmarginal-alveolar) (Schour I., Massler M., 1947 в модификации С. Parma).

По показаниям проводилась прицельная рентгенография. Анализ клинических параметров и индексную оценку проводили в каждое из посещений пациента (в 1-й, 2-й, 5-й и на 10-й день, через 6 недель, через 3 и 6 мес.) – всего 7 посещений.

Полученные результаты были обработаны стандартными статистическими методами.

Результаты исследования

До лечения у обследованных обеих групп имели место высокие показатели индекса Silness – Loe ($2,35 \pm 0,2$ в основной и $2,28 \pm 0,1$ в контрольной группе) и ОНІ-S (соответственно $2,81 \pm 0,22$ и $2,65 \pm 0,51$), что указывало на неудовлетворительную ГПР. Индекс РМА в среднем $58,5 \pm 2,8\%$ в основной и $57,3 \pm 2,4\%$ в контрольной группе.

Как видно из полученных нами данных, уровень ГПР (по значениям индекса ОНІ-S), до лечения у пациентов двух групп различавшийся незначительно, на 5-й день (к 3-му посещению) в основной группе достиг $0,38 \pm 0,33$, оставаясь на этом уровне. У пациентов контрольной группы уровень гигиены был хуже и, снизившись к 4-му посещению (через 10 дней) до $0,48 \pm 0,27$, через 6 недель составлял $0,53 \pm 0,23$ ($p < 0,001$).

Уровень гигиены придесневой области согласно значению индекса Silness – Loe на фоне проводимой терапии значительно повысился на фоне инструктажа по гигиене и проводимой терапии у больных обеих групп, немного ухудшившись к 5-му посещению (через 6 нед.). В последующие посещения в значениях индекса уже установлена разница: в основной группе через 3 месяца этот показатель был равен $0,92 \pm 0,31$, в контрольной – $1,96 \pm 0,38$ ($p < 0,001$), через 6 месяцев – соответственно $0,87 \pm 0,11$ и $2,14 \pm 0,23$ ($p < 0,001$), несмотря на регулярный контроль с коррекцией гигиены.

В результате исследования было установлено, что в процессе лечения состояние тканей десны вокруг имплантатов, которое оценивали с помощью индекса РМА, у пациентов обеих групп улучшилось, составляя к моменту в 5-го, 6-го и 7-го посещения соответственно $12,1 \pm 0,8$, $11,7 \pm 0,6$ и $11,9 \pm 0,9$. У лиц контрольной группы к 6-му и 7-му посещениям этот показатель был хуже, чем через 6 недель – соответственно $13,6 \pm 1,7$, $16,9 \pm 1,3$ и $17,8 \pm 2,1$. В результате проведенного лечения было зафиксировано уменьшение глубины ПИК у больных обеих групп. Причем в основной группе отмечалась большая редукция глубины ПИК и через 6 недель, и через 3 месяца, и через 6 месяцев ($p < 0,01$) по сравнению с контролем (рис. 7).

По данным клинического исследования нами установлено, что уже на 5-й день после начала лечения значения индекса придесневого налета, упрощенного индекса гигиены, пародонтального индекса значительно снизились. При этом различия между значениями изучаемых индексов до лечения и через 5 дней после его начала в группах пациентов, которые получали терапию с Perio Flow и у которых использовался традиционный метод, были статистически достоверными. Уменьшение

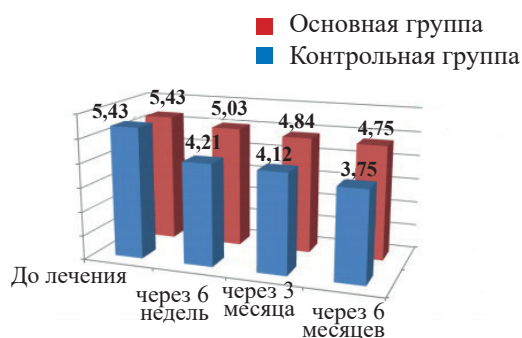


Рис. 7. Средние значения глубины периимплантатного кармана у пациентов с периимплантитом.

воспалительной инфильтрации в тканях десны около имплантатов было подтверждено клинически. У больных основной группы с применением метода Perio Flow отмечалось более заметное и быстрое улучшение по ряду клинических показателей. В контрольной группе через 3 и 6 месяцев у некоторых пациентов наблюдался рецидив воспаления и ухудшение гигиенических показателей, что нашло свое отражение в индексах. Пациентам провели снятие образовавшегося налета, были даны дополнительные инструкции по гигиене полости рта.

Сравнительный анализ двух методов по показателям редукции глубины ПИК выявил статистически достоверно большую эффективность исследовательского метода по сравнению с контролем ($p < 0,01$). Через 3 и 6 месяцев от начала лечения исследовательский метод привел к более значительному уменьшению глубины ПИК по сравнению с методом, используемым в контрольной группе, что мы объясняем лучшим восстановлением биосовместимости тканей периимплантатного кармана во время аквакинетической обработки за счет разрушения биопленки по сравнению с традиционным способом.

Выводы

1. График динамического наблюдения пациентов с дентальными имплантатами: через месяц после имплантации, далее каждые 3-4 месяца, при стойкой ремиссии – 2-3 раза в год. При осмотре оцениваются цвет, структура и консистенция десны, наличие гиперемии, отека и экссудата. При необходимости проводится легкое зондирование, оцениваются также подвижность, фиксация протеза, наличие зубных отложений (индексы гигиены, при необходимости пародонтальные индексы: индекс кровоточивости, индекс распространенности воспалительного процесса). Рентгенография проводится для проверки уровня кости.

2. В норме за первый год после операции потеря кости должна быть в пределах 1-1,5 мм, а затем замедлиться и составлять 0,2 мм каждый последующий год.

Литература

1. Безверхов Ю.Н. Новый медикаментозный метод борьбы с воспалительными осложнениями в дентальной

имплантологии // Новые технологии в физиотерапии. – М., 2002. – С.49-51.

2. Болотанова М.К., Орлов А.А., Потемкин А.В. Коррекция аутоиммунных состояний с целью устранения патологических звеньев, препятствующих физиологическому остеогенезу // Стоматология. – 2010. – №1. – С. 30-32.

3. Браун А., Краузе Ф., Хан Г. Субъективные болевые ощущения при лечении пародонта системой Вектор // Клини. стоматол. – 2002. – №4. – С. 25-31.

4. Бразрмайстер К.Д. Микробиологическая диагностика заболеваний пародонта // Новое в стоматологии. – 2003. – №7. – С. 62-64.

5. Герасимович И.С. Применение высоких технологий как основа эффективного управления качеством пародонтологической помощи // Клини. стоматол. – 2003. – №1. – С. 72-76

Цель: сравнительная оценка клинической эффективности дентальной имплантации (EMS, Швейцария) в комплексном лечении пациентов с периимплантитом и периимплантатным мукозитом и традиционных методов.

Материал и методы: изучены результаты лечения параимплантационных воспалительных заболеваний у 17 больных в возрасте 24-56 лет, из них 9 мужчин и 8 женщин (основная группа), со сроками пользования имплантатами от 1-го года до 7 лет. **Результаты:** сравнительный анализ двух методов по показателям редукции глубины ПИК выявил статистически достоверно большую эффективность исследовательского метода по сравнению с контролем ($p < 0,01$). Через 3 и 6 месяцев от начала лечения исследовательский метод привел к более значительному уменьшению глубины ПИК по сравнению с методом, используемым в контрольной группе, что мы объясняем лучшим восстановлением биосовместимости тканей периимплантатного кармана во время аквакинетической обработки за счет разрушения биопленки по сравнению с традиционным способом. **Выводы:** график динамического наблюдения пациентов с дентальными имплантатами: через месяц после имплантации, далее каждые 3-4 месяца, при стойкой ремиссии – 2-3 раза в год. При необходимости проводится легкое зондирование, для оценки уровня – рентгенография.

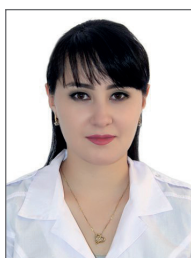
Ключевые слова: дентальная имплантация, периимплантит, традиционное лечение, аквакинетический метод.

The etiopathological aspects of periimplantitis of the Perio-Flow method are the most promising in complex treatment. In the prevention of peri-implantitis is the use of methods of disposal that are safe for implants.

Application of the aquakinetic method in the complex treatment of patients with periimplantitis in patients with a schedule of regular visits to the periodontal in the framework of supportive periodontal therapy and surgery.

УДК: 616.314-002-06]-07/.08-053.2/5

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ НА ОСНОВЕ АЛГОРИТМИТИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ



**Абдуазимова Л.А., Ризаев Э.А.,
Джалилова Ф.Р., Дусмухамедова А.Ф.**

*Ташкентский государственный стоматологический институт
Ташкентский институт усовершенствования врачей*

Лечение осложнений кариеса является одним из самых сложных разделов современной детской терапевтической стоматологии [23]. В связи с этим принципиальное значение приобретает качество оказываемого эндодонтического лечения, определяющее положительный прогноз в плане длительного функционирования зуба [2].

Ошибки при лечении осложнений кариеса (от раскрытия полости зуба до obturation системы корневых каналов), возникающие на всех этапах, приводят к развитию ряда серьезных осложнений в сопредельных анатомо-топографических отделах челюстно-лицевой области [27]. Даже при идеальном заполнении корневого канала пломбировочным материалом эндодонтические осложнения, обусловленные перфорацией корня, избыточным выведением пломбировочного материала, фрагментацией инструмента в канале, резорбцией верхушки корня, возникают в 5% случаев, [28]. Частота встречаемости всех осложнений составляет 15-60% [3,9-11], при этом в молярах осложнения встречаются в 96% случаев [4]. Удовлетворительно пломбируются все корневые каналы только в 5,4-13,4% зубов [18]. Неэффективное и некачественное первичное эндодонтическое стоматологическое лечение становится причиной удаления зубов у 6% пациентов с хроническим периодонтитом [13].

Во время механической обработки полости зуба и корневых каналов при терапевтическом лечении пуль-

питов и периодонтитов возможны перфорации твердых тканей зубов, частота которых варьирует от 3 до 12% от общего количества осложнений [12,16,20]. В США в год фиксируется до 2 млн 400 тыс. случаев эндодонтических перфораций [1,15,16]. Появившееся соустье между периодонтом и полостью зуба является причиной возникновения воспалительного процесса в зоне перфорации, который приводит к патологическим изменениям в тканях периодонта за счет разгерметизации системы корневых каналов и бактериальной инвазии посредством сообщения между эндодонтическим пространством и полостью рта, что в 85,3% зубов вызывает резорбцию костной ткани и цемента [22], а в отдаленные сроки приводит к потере зуба [19]. Поэтому перфорации следует рассматривать как существенный фактор, ограничивающий возможности эндодонтического лечения и значительно ухудшающий его прогноз [11], но не являющийся абсолютным показанием к удалению зубов с осложнениями кариеса. Однако в стоматологии неоправданно часто прибегают к удалению зубов при перфорации твердых тканей зуба [21,22]. До настоящего времени отсутствует единый стандартизированный подход к методологии их лечения, не существует четких показаний для закрытия перфораций, дискуссионным является вопрос о выборе материала для их obturation.

Таким образом, высокая распространенность осложнений кариеса среди стоматологических заболеваний, не всегда успешное их эндодонтическое лечение, обусловленное низким качеством закрытия перфорационных отверстий, отсутствие четких показаний к выбору способа закрытия перфораций и алгоритмов их ликвидации, а также сложность реабилитации пациентов с данной патологией, послужили основанием для дальнейшего исследования.

Цель исследования

Совершенствование эндодонтического лечения осложнений кариеса у детей путем разработки и внедрения алгоритма диагностики для выбора методов и средств закрытия перфораций твердых тканей зуба.

Материал и методы

Исследование включало в себя несколько последовательных этапов:

- выявление неблагоприятных исходов эндодонтического лечения и их причин на основании анализа результатов рентгенологического исследования;
- изучение особенностей топографии и этиологии корневых перфораций твердых тканей зубов;
- ретроспективное изучение случаев повторного эндодонтического лечения зубов с перфорацией твердых тканей и разработка прогностического критерия оценки исхода;
- уточнение классификации перфораций твердых тканей зубов для клинического использования, создание алгоритмов выбора метода закрытия перфорационных отверстий твердых тканей зубов и повторного эндодонтического лечения зуба с перфорацией;

- оценка клинической эффективности эндодонтического лечения зубов с корневой перфорацией по предложенным алгоритмам.

Материалом для исследования служили компьютерные томограммы, прицельные внутриротовые снимки 1000 зубов, в которых оценивали качество пломбирования по компьютерным томограммам, зубы с перфорацией твердых тканей, в которых изучены особенности локализации и этиологии перфорационных отверстий, медицинские карты стоматологического больного и записи в них о лечении корневых перфораций, зубы с диагнозом K04.5 (62,7) периодонтит и перфорация твердых тканей, в которых дана оценка качества лечения в ближайшие и отдаленные сроки, зубы с диагнозом K04.5 (62,7) хронический апикальный периодонтит, осложненный корневой перфорацией, которые подверглись лечению согласно разработанным алгоритмам с закрытием перфорационного отверстия и с последующей диспансеризацией.

На клиническом этапе объектами исследования явились 66 пациентов в возрасте от 10 до 18 лет (39 девочек и 27 мальчиков) без выраженной общесоматической патологии с диагнозом периодонтит – K04.5 (62,7), которые нуждались в повторном эндодонтическом лечении по причине наличия дефекта твердых тканей зуба в виде корневой перфорации. Условия отбора зубов в группы исследования были стандартизированы по диагнозу, уровню перфорационного отверстия, его размеру и размеру очага деструкции костной ткани, что позволяет считать полученные результаты сопоставимыми. Всего повторное эндодонтическое лечение с закрытием перфорационного отверстия было проведено в 72 зубах.

Зубы с корневой перфорацией по группам исследования были распределены в зависимости от использованного метода лечения (табл. 1).

Таблица 1. Распределение зубов в зависимости от метода лечения

Группа	Лечение осуществлялось согласно:	Количество зубов
1-я	разработанным алгоритмам	18
2-я	алгоритмам, но без использования средств оптического увеличения	18
3-я	алгоритмам, но без использования перидонтальной матрицы	18
4-я	алгоритмам, но без активации ирригационного раствора ультразвуком	18

Использовались рентгенологический, аналитический, клинический, статистический методы исследования.

Перфорации классифицировали по разработанной и адаптированной для клинического использования и прогнозирования результата «Комплексной клинической классификации перфораций твердых тканей зубов».

Оценка качества повторного эндодонтического лечения проводилась в несколько этапов: непосредственно после лечения, в ближайшие и отдаленные сроки с помощью критериев, обозначенных в стандартах эндодонтического лечения. На этапе лечения оценивалось качество закрытия перфорации и obturation корневых каналов. Критерии оценки: наличие рентгеноконтрастного материала по форме и объему, совпадающими с формой и размером перфорации и не выходящими за пределы контуров зуба. В ближайшие сроки – по наличию клинических симптомов непосредственно после лечения и через две недели. В отдаленные сроки, через 6, 12 и 18 месяцев проводилось рентгенологическое исследование каждого вылеченного зуба.

Балльная система оценки результатов лечения, основанная на сроках устранения клинических симптомов и сроках восстановления рисунка костной ткани в зоне дефекта, позволила провести полноценную статистическую обработку данных, которая осуществлялась с использованием методов математической статистики с помощью программ Microsoft Excel, Stat Soft Statistica 12.

Результаты и обсуждение

Отсутствие единого определения понятия «перфорации твердых тканей зуба» позволило опираться на следующую трактовку: перфорация твердых тканей зуба – это патологическое (ятрогенное или резорбтивное) сообщение полости зуба или системы корневых каналов с полостью рта или с тканями периодонта.

На первом этапе исследования было установлено значимое количество дефектов и недостатков эндодонтического лечения, способствующих развитию периодонтитов. Согласно полученным результатам, качественное эндодонтическое лечение встречается менее чем в 42% случаев. При этом качество эндодонтического лечения значительно ниже в зубах со сложной анатомией,ковыми являются первые моляры верхней и нижней челюсти (16,67-32,82% случаев качественного лечения), по сравнению с зубами, имеющими простое анатомическое строение, к которым относятся боковые резцы и первые премоляры нижней челюсти (73,33-78,48%).

Причиной неуспешного эндодонтического лечения в 10,89% случаев послужили перфорации твердых тканей зубов, что, несомненно, подтверждает необходимость проведения дальнейших этапов исследования. Перфорации наиболее часто выявлялись в первых молярах нижней и верхней челюсти, а также в клыках верхней челюсти, что соотносится с общим распределением дефектов и недостатков (табл. 2).

В 47,78% случаев перфорации не были своевременно диагностированы. Обращает на себя внимание большое количество случаев апикальной резорбции, требующих повторного эндодонтического лечения – 46,84% всех перфораций, а также перерасширение апикального отверстия – 19,30%. Структура перфораций твердых тканей зуба представлена на рис. 1.

Таблица 2. Структура дефектов и недостатков лечения осложнений кариеса во всех группах зубов

Вид ошибки	Общее количество зубов, %
Негерметичная реставрация	23,94
Обтурация корневого канала, не доходя до физиологического сужения	23,87
Не обтурированный корневой канал	12,37
Перфорация твердых тканей зуба	10,89
Дефектов эндодонтического лечения не установлено	10,40
Выведение пломбировочного материала за апикальное отверстие	9,71
Не пройденная ступенька корневого канала	3,89
Низкая плотность обтурации корневых каналов	2,93
Не обойденный фрагмент инструмента	1,17
Не обтурированное крупное ответвление основного корневого канала	0,83



Рис. 1. Структура перфораций твердых тканей зубов.

Таким образом, несмотря на то, что процент перфораций в общей структуре неблагоприятных исходов является незначительным, в большинстве случаев наличие перфорационного отверстия в твердых тканях зуба способствует возникновению неблагоприятных исходов в отдаленные сроки. Высокий процент неудач эндодонтического лечения связан с наличием различных вариантов перфораций твердых тканей зуба, что указывает на недостаточную изученность методов и материалов, применяемых для устранения данного дефекта.

На втором этапе выявляли факторы, провоцирующие создание перфораций твердых тканей зубов, и изучали особенности их топографии.

Более 70% перфораций стенки корневого канала выявлено на верхней челюсти, тогда как перерасширение апикального отверстия чаще встречалось в первых молярах нижней (37%) и верхней челюсти (20%).

Для определения адекватного плана лечения необходимо учитывать выявленные топографические особенности перфораций. Одной из таких особенностей является наличие более чем в 70% случаев ложного канала к перфорационному отверстию. Результаты исследования указывают на роль кривизны корневого канала как одного из этиологических факторов перфорации. Так, в 83% случаев перфорация сопряжена с изгибом корневого канала. Причем, большая часть перфораций создается либо до, либо на уровне изгиба корневого канала: в устьевой трети – в

93% случаев, в средней трети – в 85%, а в апикальной трети – 61% перфорационных отверстий располагается после изгиба.

Наличие большого количества перерасширений апикального отверстия (более 59% всех обнаруженных перфораций) подтверждает необходимость их дальнейшего изучения. В 74% случаев эта категория представлена апикальной резорбцией, которая, в свою очередь, чаще возникает при непройденных корневых каналах (61% от апикальной резорбции) и реже при пройденных корневых каналах (39%).

Кроме изгиба корневого канала, к факторам, способствующим созданию перфораций, можно отнести условия, затрудняющие эндодонтический доступ, а именно наличие дентинного плеча, корневого штифта, облитерации устья корневого канала, которые часто приводят к возникновению перфораций в устьевой и средней трети; наличие фрагмента инструмента и твердого материала в канале, что часто способствует созданию перфорационных отверстий в средней и апикальной трети.

Вместе с тем имеется четкая взаимосвязь локализации перфорационных отверстий от направления и угла изгиба канала. Характерной локализацией перфораций была область изгибов корневых каналов с углом: для медиальных изгибов – более 22 градусов, для дистальных и вестибулярных изгибов – более 26-30 градусов, для оральных изгибов – более 30 градусов, что, скорее всего, связано со сложностью доступа в данных направлениях. Подавляющее большинство всех перфораций (81%) выполнено по наружной кривизне канала.

Таким образом, перфорации твердых тканей зубов следует считать осложнением, тесно связанным с ошибками на эндодонтическом приеме, как при первичном, так и при повторном лечении. Анатомо-топографические особенности строения системы корневых каналов являются одним из этиологических факторов перфорации и определяют их локализацию, размеры и форму.

На третьем этапе изучали эффективность используемых в настоящее время методов лечения хронического периодонтита, осложненного перфорацией твердых тканей зуба. В последующем использовали методику прогнозирования исхода консервативного лечения зуба с корневой перфорацией. В основу этой методики положены как анатомо-топографические особенности самих перфораций и патологических процессов деструкции костной ткани, так и выбранные методы и средства лечения. Для этого было проведено ретроспективное исследование случаев повторного эндодонтического лечения зубов с перфорацией твердых тканей. Всего было отобрано 86 клинических случаев, содержащих объем данных, полностью соответствующих анкетным.

В процессе исследования выявлен незначительный процент успешных исходов эндодонтического лечения – 46,23% перфораций. В зависимости от локализации перфорации неуспех составил от 38 до 69% случаев; для резорбтивных перфораций – 58,06%, для ятрогенных – 52,00%. Анализ полученных данных показал, что на по-

ложительный исход значимое влияние оказывали факторы локализации и диагностики перфорации: расположение корневой перфорации до изгиба, полнота обработки корневого канала, размер перфорационного отверстия; а также факторы обработки и obturation: использование коффердама, оптического увеличения, конусность доступа, применение гипохлорита натрия, использование УЗ-активации ирригационных растворов.

Согласно данным ретроспективного исследования, после закрытия фуркационных осложненных перфораций и перерасширений апикального отверстия клинические симптомы часто сохраняются длительное время, а для перфораций других локализаций характерно их более быстрое устранение, причем, в среднем в 50% случаев непосредственно после лечения. Также на интенсивность болевого симптома влияет размер перфорационного отверстия. Сразу после лечения клинические симптомы исчезли у 45% больных с диаметром перфорационного отверстия менее 1 мм, у 17,39% – при размере 1-2 мм, при размерах перфорации более 2 мм устранение дискомфорта сразу после ее закрытия отметили 66,67% пациентов.

Полученные данные указывают на то, что использование врачами современных материалов, методов и технологий при эндодонтическом лечении зубов с перфорациями способствует скорейшему устранению клинических симптомов.

Очаги деструкции костной ткани восстанавливались с разной скоростью при наличии перфораций разного уровня. Медленнее, в основном в течении 6-12 месяцев, шло восстановление костной ткани при перерасширениях апикального отверстия и перфораций стенки канала в средней трети. Полное восстановление в сроки до 6 месяцев наблюдалось у 50-57% пациентов с остальными локализациями. При этом у ятрогенных перфораций восстановление костного рисунка в целом проходило быстрее, чем у резорбтивных, для которых характерны сроки более 18 месяцев.

Вместе с тем, на сроки реабилитации влияет размер очага деструкции костной ткани. При увеличении размеров дефекта костной ткани и размеров перфорационного отверстия наблюдается тенденция к увеличению сроков реабилитации. На сроки восстановления костного рисунка в области перфорации положительное влияние оказывало использование коффердама, УЗ-активации ирригационных растворов, оптического увеличения, инструментов большей конусности, гипохлорита натрия, временной obturation ГОК.

На основании многолетнего опыта лечения стоматологических заболеваний и результатов исследований нами был разработан и научно обоснован алгоритм диагностики такого заболевания как кариес (рис. 2).

При сравнении результатов клинического и ретроспективного исследования установили, что использование предложенного алгоритма повышает эффективность лечения зубов с корневой перфорацией на 48,21%. У пациентов 2-й, 3-й и 4-й групп лечение было более эффективным, чем в ретроспективном исследовании.

Таким образом, при анализе качества эндодонтического лечения осложнений кариеса выявлен высокий процент

неблагоприятных исходов (58,35%), чаще встречающихся в зубах со сложной анатомией (в молярах верхней и нижней челюсти). Перфорации твердых тканей зубов различной этиологии и локализации составляют 10,89% от общего количества неблагоприятных исходов и чаще обнаруживаются в зубах 3.6, 4.6 (33,86%), 1.6, 2.6 (20,89%), а также в зубах 1.3, 2.3 (20,89%). В структуре перфораций обращает на себя внимание большое количество случаев резорбции апикального отверстия (46,84% от всех перфораций), требующих повторного эндодонтического лечения.

Анатомо-топографические особенности строения системы корневых каналов являются одним из этиологических факторов перфорации и определяют их локализацию, размеры и форму. При этом установлен ряд этиологических факторов, наиболее часто влияющих на возникновение перфорации: изгиб корневого канала, наличие дентинного плеча, корневого штифта, пломбировочного материала или фрагмента инструмента в корневом канале, облитерация последнего или пульповой камеры. Выявленные особенности топографии перфораций твердых тканей зубов, не включенные в существующие классификации, необходимо учитывать при выборе метода и способа их закрытия.

Использование разработанного алгоритма диагностики позволяет повысить эффективность лечения зубов с перфорацией твердых тканей.

Практические рекомендации заключаются в том, что при обнаружении перфорации твердых тканей зуба необходимо определить следующие параметры: уровень перфорации, способ обработки основного корневого канала, наличие искусственного канала до перфорационного отверстия, тип доступа к перфорации, размер перфорационного отверстия, этиологию перфорации, степень инфицированности.

При планировании лечения зуба с корневой перфорацией для уточнения её анатомо-морфологических особенностей, выявления факторов, способствующих её возникновению, оценки очагов воспаления в периапикальных тканях целесообразно применение алгоритма диагностики заболевания.

Литература

1. Абрамова Н.Е., Леонова Е.В. Опыт повторного эндодонтического лечения зубов с плохим прогнозом на успех // *Эндодонтия Today*. – 2003. – №1-2. – С. 60-65.
2. Алямовский В.В., Курочкин В.Н. Совершенствование протокола направления пациентов на эндодонтическое лечение с использованием стоматологического микроскопа // *Эндодонтия Today*. – 2010. – №3. – С. 54-57.
3. Барер Г.М., Антанян А.А. Сравнительная оценка точности и надежности показаний апекслокаторов *endoestapex* (Россия), *rootzx* (Япония) и *apexfinder* (США): исследование *in vitro* // *Эндодонтия Today*. – 2003. – №1-2. – С. 12-18.
4. Болячин А.В. Основные принципы и методики ирригации системы корневого канала в эндодонтии // *Эндодонтия*. – 2008. – №1-2. – С. 45-51.
5. Боровский Е.В. Опыт применения штифтов *Roeko* с



Рис. 2. Алгоритм диагностики кариеса.

гидроксидом кальция для временного пломбирования корневых каналов // Дентальные технологии. – 2001. – №2. – С. 37-37.

6. Боровский Е.В. Состояние эндодонтии в цифрах и фактах // Клин. стоматол. – 2003. – №1. – С. 38-40.

7. Боровский Е.В. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения // Новости Dentsply. – 2003. – №8. – С. 8-11.

8. Гажва С.И. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения разных групп зубов // Уральский мед. журн. – 2011. – №5. – С. 17-21.

9. Гажва С.И., Кучер В.А., Кулькова Д.А. Использование оптической микроскопии для устранения ошибок и неблагоприятных исходов эндодонтического лечения осложнений кариеса // Фундамент. исследования. – 2013. – №5-1. – С. 58-62.

10. Гажва С.И. и др. Оценка эффективности алгоритмов лечения деструктивных форм периодонтита, осложненного корневой перфорацией // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – №3. Режим доступа: <http://www.science-education.ru/117-13553> (дата обращения 17.10.2014).

11. Горячев Н.А. Консервативная эндодонтия: Практик. руководство. – Казань: Медицина, 2002. – 140 с.

12. Зорян А.В. Повторное эндодонтическое лечение: современные стандарты и технологии // Эндодонтия Today. – 2009. – №4. – С. 40-47.

13. Иорданишвили А.К., Толмачев И.А., Сагалый А.М. Анализ причин удаления зубов и качество заполнения ме-

дицинской документации в хирургическом кабинете стоматологической поликлиники // Институт стоматологии. – 2008. – Т. 3, №40. – С. 28-29.

14. Копьев Д. Ошибки и осложнения в процессе эндодонтического лечения. Простые правила их профилактики. Ч. 2. // Эндодонтия Today. – 2007. – №2. – С. 59-63.

15. Коэн С., Бернс Р. Эндодонтия; Под ред. проф А.М. Соловьевой/ Пер. с англ. – М.: Изд. дом «STBOOK», 2007. – 1021 с.

16. Кукушкин В.Л., Смирницкая М.В. О лечении фуркационных перфораций моляров // Эндодонтия Today. – 2009. – №3. – С. 54-56.

17. Луницына Ю.В. Опыт применения ультразвука для повторного эндодонтического лечения // Пробл. стоматол. – 2011. – №1. – С. 30-31.

19. Мамедова Л.А. Ошибки и осложнения в эндодонтии. – Н. Новгород, 2006. – 48 с.

20. Мингазеева Ю.А., Ким В.В. Закрытие перфораций корневых каналов // Эндодонтия Today. – 2009. – №1. – С. 45-48.

21. Митронин А.В. Применение материала «аргцем» в лечении больных с перфорациями зубов // Российский стоматол. журн. – 2003. – №6.

22. Митронин А.В., Максимовский Ю.М. Мониторинг лечения хронического апикального периодонтита у пациентов разных возрастных групп [Электронный ресурс]. ежим доступа: <http://www.medicus.ru> (дата обращения (дата обращения 04.09.2014)

23. Пожиток Е.С. Оптимизация эндодонтического лечения осложнений кариеса временных зубов у детей: Дис. ... канд. мед. наук: – Н. Новгород, 2010. – 148 с.

24. Рабинович И.М., Корнетова И.В. Опыт применения высоких технологий в эндодонтии // Эндодонтия Today. – 2013. – №2. – С. 12-16.

25. Романова Т.В. Исследование клинической эффективности новой методики антибактериальной обработки осложненных внутриканальных перфораций твердых тканей зуба // Аспирантский вестн. Поволжья. – 2012 – №5-6. – С. 218-221.

26. Романова Т.В. Роль 3d компьютерной томографии в диагностике перфораций корней зубов // Аспирантский вестн. Поволжья. – 2010. – №7-8. – С. 204-206.

27. Сирак С.В., Копылова И.А. Профилактика осложнений, возникающих вовремя и после эндодонтического лечения зубов (по результатам анкетирования врачей-стоматологов) // Междунар. журн. эксперимент. образования. – 2013. – №8. – С. 104-107.

28. Тураев Н.Г., Исмоилов А.А., Аиуоров Г.Г. Эндодонтические аспекты лечения эндодонтогенного синдрома (обзор литературы) // Науч.-практ. журнал ТИППМК. – 2012. – №2. – С. 56-62.

Цель: совершенствование эндодонтического лечения осложнений кариеса у детей путем разработки и внедрения алгоритма диагностики для выбора методов и средств закрытия перфораций твердых тканей зуба. **Материал и методы:** изучены медицинские карты стоматологических больных и записи в них о лечении корневых перфораций, а также 66 пациентов в возрасте от 10 до 18 лет (39 девочек и 27 мальчиков) без выраженной общесоматической патологии с диагнозом периодонтит – K04.5 (62,7), которые нуждались в повторном эндодонтическом лечении по причине наличия дефекта твердых тканей зуба в виде корневой перфорации.

Результаты: как показали наблюдения, перфорации твердых тканей зубов следует считать осложнением, тесно связанным с ошибками на эндодонтическом приеме. Одним из этиологических факторов перфорации, определяющих их локализацию, размеры и форму являются анатомо-топографические особенности строения системы корневых каналов. **Выводы:** при планировании лечения зуба с корневой перфорацией для уточнения её анатомо-морфологических особенностей, выявления факторов, способствующих её возникновению, оценки очагов воспаления в периапикальных тканях целесообразно применение алгоритма диагностики заболевания.

Ключевые слова: дети, кариес зубов, эндодонтическое лечение, перфорации твердых тканей зубов.

It is very important and purposeful to use cone beam CT in planning teeth treatment with a root perforation in order to reveal anatomic-physiological features of the tooth and factors conducting. It is development and to evaluate foci of inflammation in periapical tissues.

УДК: 616.315-007.254-089.844-036.8:519.8

МАТЕМАТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА НА ОСНОВЕ ОЦИФРОВАННЫХ СИГНАЛОВ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ



**Шомуродов К.Э., Кодиров Р.Х.,
Шамсиев Р.А., Мирхусанова Р.С.**

Ташкентский государственный стоматологический институт,
Самаркандский государственный медицинский институт

Нарушения речи и артикуляции при врожденной расщелине неба является актуальной проблемой современной челюстно-лицевой хирургии детского возраста. По классификации Всемирной организации здравоохранения ринофония и ринолалия причислены к голосовым расстройствам. Установлено, что несбалансированный резонанс провоцирует развитие всех других патологических изменений фонетической стороны речи. При врожденных расщелинах нёба или нёбно-глоточной недостаточности носовая полость становится парным резонатором ротовой. В соответствии с законами акустики частота колебаний этого парного резонатора накладывается на частоту колебаний основного тона. В результате значительно изменяется акустический спектр голоса. В нем появляются дополнительные форманты назализации. Носовой резонанс или открытая назализация лишают голос звонкости и полноты. Голос становится монотонным, гнусавым, глухим [1,4].

Одной из важнейших характеристик чистоты речи является звукопроизношение. В настоящее время отмечается активизация исследований нарушения артикуляции на основе акустического спектра звуков с использованием современной аппаратуры и программных средств. Этот подход позволяет объективно оценить эффективность различных методов фониатрического, логопедического и оперативного лечения.

Работа по исправлению риноплазии предусматривает строгую физиологически обоснованную последовательность действий. В первую очередь проводятся мероприятия по компенсации недостаточности нёбно-плоточного затвора. Тем самым подготавливается анатомо-физиологический базис для нормализации речи.

Оперативная и точная оценка степени врожденно-го дефекта на небе позволяет существенно повысить эффективность лечебного процесса, сократить сроки лечения и реабилитации больных с данной патологией.

Цель исследования

Разработка интегральных характеристик, позволяющих адекватно оценить эффективность различных способов уранопластики у детей с врожденной расщелиной неба на основе объективных характеристик звукопроизношения.

Материал и методы

Для решения поставленной задачи был использован массив клинических данных 45 детей в возрасте от 3 до 7 лет с диагнозом «Врожденная расщелина неба», прошедших реабилитацию в клинике детской челюстно-лицевой хирургии при ТГСИ. Звукопроизношение оценивали по показателям его акустического спектра. Оцифровка звукового спектра была произведена при помощи звукового редактора Audacity версия 2.2.2.

Больные были разделены на 3 группы по 15 в каждой в зависимости от способа пластики на небе:

- способ уранопластики по Азимову применен (1-я гр.);
- способ уранопластики по Бардаху (2-я гр.);
- способ уранопластики по Л.Е. Фроловой (3-я гр.).

Задача заключалась в построении интегральных характеристик прогноза исхода оперативного вмешательства на основе значений показателей акустического спектра звука, соответствующих моменту «до лечения».

Как правило, при исследовании медицинских систем и процессов, мы имеем дело с данными статистического характера. Именно поэтому для выявления закономерностей, то есть для построения математических моделей, широко используется регрессионный анализ. И здесь активно применяется метод наименьших квадратов, являющийся базовым

методом регрессионного анализа.

Метод наименьших квадратов всесторонне изучен и имеет несколько теоретических обоснований. Оценки по методу наименьших квадратов обладают минимально возможной дисперсией в классе всех линейных несмещенных оценок и являются соответственно наилучшими линейными несмещенными оценками неизвестных параметров функции [2].

Построение математической модели производилось в виде линейной регрессии при помощи метода наименьших квадратов [3]:

$$\Psi(x) = \sum_{i=1}^n a_i x_i + a_0 \quad (1)$$

с учетом критерия минимизации:

$$E[\Psi(x) - S]^2 \rightarrow \min \quad (2)$$

где: $\Psi(x)$ – интегральная характеристика оценки эффективности лечения расщелины неба;

a_i – весовые коэффициенты признаков;

x_i – значения характеристик фонетического произношения;

a_0 – свободный член.

E – оператор математического ожидания;

S – исход лечения расщелины неба.

$S=0$ соответствует норме,

$S=1$ – соответствует патологии.

При построении моделей прогноза исходов с помощью метода наименьших квадратов на параметры модели накладывалось условие их эффективности не ниже уровня $p < 0,05$ по t-критерию.

В результате расчетов была получены модели следующего вида:

для звука «Б»

$$y(1) = 118,169867 + 1,305791x(1)$$

$$y(2) = 11,827731 + 1,235153x(1)$$

$$y(3) = 136,113363 + 1,503616x(1)$$

для звука «Д»

$$y(1) = 80,576581 + 2,381380x(2)$$

$$y(2) = 67,273087 + 3,105550x(3)$$

$$+ 376,819405x(4)$$

$$y(3) = 88,580216 + 2,617191x(2)$$

для звука «Ж»

$$y(1) = 92,902424 + 1,008996x(1)$$

$$y(2) = 118,946971 + 1,292367x(1)$$

$$y(3) = 155,480218 + 1,69185x(1)$$

для звука «П»

$$y(1) = -51,403117 - 3,509515x(3) - 957,348722x(4)$$

$$y(2) = 102,217455 + 1,169185x(1)$$

$$y(3) = 12,776743x(2) - 5,408319x(3) - 308,185207x(4)$$

для звука «С»

$$y(1) = 38,681433 + 0,446250x(1)$$

$$y(2) = 97,722048 + 1,131248x(1)$$

$$y(3) = 76,109166 + 0,880515x(1)$$

для звука «Ш»

$$y(1) = 75,869976 + 0,815847x(1)$$

$$y(2) = 81,523897 + 0,874846x(1)$$

$$y(3) = 81,466525 + 0,875558x(1)$$

для слова «БАНАН»

$$y(1) = 78,083832 + 0,850648x(1)$$

$$y(2) = 72,432365 + 0,787539x(1)$$

$$y(3) = 86,438489 + 0,941690x(1)$$

для слова «ДАЛА»

$$y(1) = 56,776302 + 0,624417x(1)$$

$$y(2) = 110,825061 + 1,219764x(1)$$

$$y(3) = 69,747765 + 0,767402x(1)$$

для слова «ПУФАК»

$$y(1) = 84,991340 + 0,847295x(1)$$

$$y(2) = 87,785304 + 0,874465x(1)$$

$$y(3) = 104,362804 + 1,041450x(1)$$

для слова «САМОЛЁТ»

$$y(1) = 87,566333 + 0,938914(1)$$

$$y(2) = 94,910100 + 1,017998x(1)$$

$$y(3) = 116,421991 + 1,250136x(1)$$

где:

$x(1)$ – максимальный уровень произношения (дБ);

$x(2)$ – минимальный уровень произношения (дБ);

$x(3)$ – средний уровень произношения (дБ);

$x(4)$ – продолжительность произношения (с).

Расчеты производились на персональном компьютере типа IBM Pentium с использованием пакета статистических программ Statistica 6.

Эффективность полученной модели была апробирована в клинической практике у детей с врожденной расщелиной неба – пациентов клиники детской челюстно-лицевой хирургии. При этом модельные прогностические значения показали высокий уровень соответствия клиническим наблюдениям, который составил 95%.

Это послужило основанием для разработки на базе полученных моделей прогноза программных

средств «Оценки эффективности методов лечения детей с врожденной расщелиной неба на основе произношения звуков» (Zvuk.exe) №DGU05309 и «Оценки эффективности методов лечения детей с врожденной расщелиной неба на основе произношения слов» (Slovo.exe) №DGU05310, на которые в Агентстве по интеллектуальной собственности РУз получены свидетельства об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин.

Литература

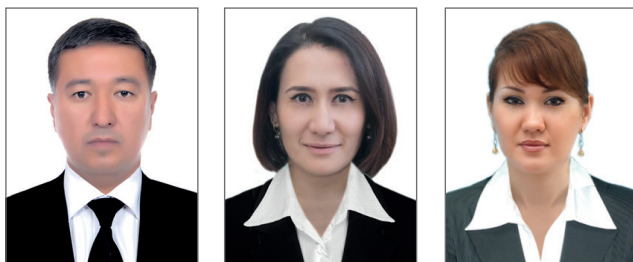
1. Ермакова И.И. *Коррекция речи и голоса у детей подростков*. – М.: Просвещение: АО «Учеб. лит.», 1996. – 143 с.
2. Кремер Н.Ш. *Теория вероятностей и математическая статистика: Учебник для вузов*. – М., ЮНИТИ-ДАНА, 2001.
3. Мхитарян В.С., Трошин Л.И., Адамова Е.В. и др. *Теория вероятностей и математическая статистика*. – М., 2002.
4. Фоменко И.В. *Нарушение речи у детей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области // Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии*. – Волгоград, 2010. – Т. 67. – С. 27-29.

Цель: разработка интегральных характеристик, позволяющих адекватно оценить эффективность различных способов уранопластики у детей с врожденной расщелиной неба на основе объективных характеристиках звукопроизношения. **Материал и методы:** для решения поставленной задачи был использован массив клинических данных 45 детей в возрасте от 3 до 7 лет с диагнозом «Врожденная расщелина неба», прошедших реабилитацию в клинике детской челюстно-лицевой хирургии при ТГСИ. Звукопроизношение оценивали по показателям его акустического спектра. **Результаты:** эффективность полученной модели была апробирована в клинической практике у детей с врожденной расщелиной неба – пациентов клиники детской челюстно-лицевой хирургии. При этом модельные прогностические значения показали высокий уровень соответствия клиническим наблюдениям, который составил 95%. **Выводы:** оперативная и точная оценка степени врожденного дефекта на небе позволяет существенно повысить эффективность лечебного процесса, сократить сроки лечения и реабилитации больных с данной патологией.

Ключевые слова: врожденная расщелина неба, нёбно-глоточная недостаточность, ринолалия, уранопластика, звук.

УДК: 616.716.1-089.23:614.314-089.23:66/67

ВЛИЯНИЕ БАЗИСА ОРТОДОНТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ НА ТКАНИ ТВЁРДОГО НЁБА НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ РАСШИРЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ



**Ризаев Ж.А., Муслимова Д.М.,
Ризаева С.М., Рахманова О.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Самым серьёзным вкладом в развитие ортодонтологии является фундаментальная работа российских исследователей Ф.Я. Хорошилкиной и Ю.М. Малыгина. «Основы конструирования и технология изготовления ортодонтических аппаратов», в которой изложены основные принципы конструирования, классификация и клинико-лабораторные этапы изготовления ортодонтических аппаратов (ОА), а также исследование П.Д. Маиляна, в котором дан анализ эффективности лечения предложенных им конструкций [2,6].

Однако известные механически действующие ОА при всем их многообразии не гарантируют от возможных осложнений, связанных с их применением. В доступной нам литературе мы не нашли сведений о конструкциях съёмных ОА, снижающих травматизацию десневой ткани при использовании расширяющих ОА, что привлекло наше внимание и что является одной из задач настоящей работы [1,4].

Действительно, при всей важности ортодонтического лечения следует помнить, что в полость рта вводятся конструкции, которые могут оказывать негативное воздействие на окружающие ткани. ОА с декомпрессионным слоем обладает большей терапевтической эффективностью по сравнению с традиционно применяемыми конструкциями [3,5].

Цель исследования

Изучение влияния базиса ОА на ткани твёрдого нёба.

Материал и методы

В клинических испытаниях нами использовался модифицированный ОА, позволяющий достигать тех же намеченных целей, но с меньшей травматизацией тканей. Для сведения к минимуму вышеупомянутых явлений мы усовершенствовали используемый ортодонтический аппарат путем избирательного нанесения эластичной пластмассы на внутреннюю поверхность базисной пластинки, что позволяет усилить нагрузки при ортодонтическом расширении боковых краёв твёрдого нёба, где расположен оральный скат альвеолярного отростка верхней челюсти с имеющимися в нем крупными сосудами, нервами, слюнными железами к подслизистой жировой клетчаткой.

При использовании расширяющей базисной нёбной пластинки его регулировочный винт активировали 2 раза в неделю по $\frac{1}{4}$ оборота. Таким образом, за месяц производилось два полных оборота, а за 4 месяца – 8 оборотов.

При полном расхождении запаса хода винта ширина раздвигания составляет 8 мм. Следовательно, за один оборот винта, т.е. за две недели, расширение составляет 1 мм.

Под наблюдением были 52 ребёнка (мальчики и девочки) в возрасте 7-12 лет с сужением верхней челюсти, нуждающиеся в ортодонтическом лечении. Пациенты методом случайной выборки были разделены на две группы. 22 больных 1-й группы при активации механизма расширения раз в неделю получали медикаментозное лечение анасеп-гелем в среднетерапевтической детской дозе на протяжении 12 недель. 32 детям 2-й группы на всех этапах лечения на фоне медикаментозной терапии проводилась лазерная коррекция восстановительных процессов когерентным излучением $\lambda=0,63$ мкм. Мощность 24 мВт с экспозицией по 2 мин на каждое поле раз в неделю всего 12 процедур аппаратом Матрикс ВЛОК с внутренними ротовыми насадками.

Результаты и обсуждение

Сразу после установки ОА пациентов отмечали чувство инородного тела во рту, изменение речи и вкусовых ощущений, однако эти неприятные ощущения вскоре проходили. Уже в течение первой недели становились заметны признаки ороговения слизистой, которая на границах ОА приобретала бледно-розовый цвет. При очередной активации стоматоскопически выявляются выраженные очаговые травмы слизистой оболочки альвеолярного отростка, твёрдого нёба и переходной складки у большей части пациентов. Некоторые больные жалуются на трудности при приёме пищи, жевании. Со временем вследствие привыкания жалобы уменьшаются, однако гиперемизированные участки у пятой части больных имели место, что требовало коррекции отдельных звеньев барьерно-защитных звеньев слизистой оболочки полости

рта лекарственными или физиотерапевтическими средствами.

Хотя, как было отмечено ранее, мы использовали менее травматичный ОА с декомпрессионным покрытием, тем не менее, у больных наблюдались очаговые воспалительные явления. Их площадь и степень повреждения слизистой оболочки зависели от длительности воздействия расширяющего базисного аппарата. Иными словами, выраженность повреждения пропорциональна приложенной расширяющей силе (табл.).

Уже спустя неделю после установки ОА появились первые очаги травматизации, площадь которых составляла $2,8 \pm 0,12$ отн. ед. Спустя две недели после начала лечения размеры очагов воспаления (ОВ) достоверно увеличились в 2 раза и достигли $4,2 \pm 0,16$ отн. ед. ($t=7,0$; $p<0,01$). Наиболее интенсивный рост очагов воспаления приходится на время между 2-й и 4-й неделями, когда площадь воспаления достигла $14,1 \pm 0,50$ отн. ед. Затем в течение 2-го месяца пользования ортодонтическим аппаратом площадь ОВ практически не менялась, регистрировалась лишь тенденция к их росту ($t=1,8$; $p>0,05$). Однако на заключительном этапе наблюдения, в течение 3-го месяца пользования расширяющим аппаратом вновь наблюдался некоторый достоверный рост ОВ до $17,7 \pm 0,6$ отн. ед.

Таблица. Площадь очагов воспаления твёрдого нёба в различные сроки пользования расширяющим ОА, отн. ед.

Срок наблюдения	Площадь воспаления, отн. ед.	t	P
1 нед.	$2,8 \pm 0,12$	7,0	<0,01
2 нед.	$4,2 \pm 0,16$		
3 нед.	$8,0 \pm 0,32$		
1 мес.	$14,1 \pm 0,50$	9,9	<0,01
2 мес.	$15,1 \pm 0,55$	1,8	>0,05
3 мес.	$17,7 \pm 0,60$	3,1	<0,01

Таким образом, полученные нами данные позволяют сделать заключение, что деформирующая сила, приложенная к расширяющему ортодонтическому аппарату, даже при условии нанесения декомпрессионного покрытия, полностью не предупреждает возникновение очагов травматизации. Наши исследования помогут выбрать оптимальное сопутствующее лечение и устранить ОВ.

Литература

1. Дмитриенко С.В., Воробьев А.А., Краюшкин А.И. Морфологические особенности челюстно-лицевой области при аномалиях и деформациях и методы их диагностики: Учеб. пособие. – М., 2009. – 144 с.
2. Кузнецова Г.В., Попова И.В., Хабиб М. Зависимость положения окклюзионной плоскости от морфологического состояния зубочелюстной системы // Ортодонтия. – 2003. – №3. – С. 2-8.

3. Кустулиди С.А. Сравнительная характеристика пластики с накусочной площадкой и аппарата Андрейзена – Хойля // Междунар. журн. прикладных и фундамент. исследований. – 2016. – № 11 (ч. 4). – С. 703-704.

4. Леонова Э.Л. Морфометрические основы ортодонтических вмешательств на нижней челюсти у детей различного возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 23 с.

5. Профит У.Р. Современная ортодонтия. – М., 2017. – 560 с.

6. Bishara S.E. Text book of ortodontics. – Saunders company, 2001. – 98 p.

Цель: изучение влияния базиса ортодонтических аппаратов на ткани твёрдого нёба. **Материал и методы:** под наблюдением были 52 ребёнка (мальчики и девочки) в возрасте 7-12 лет с сужением верхней челюсти, нуждающиеся в ортодонтическом лечении. 22 больных 1-й группы при активации механизма расширения раз в неделю получали медикаментозное лечение анасеп-гелем в среднетерапевтической детской дозе на протяжении 12 недель. 32 детям 2-й группы на всех этапах лечения на фоне медикаментозной терапии проводилась лазерная коррекция восстановительных процессов когерентным излучением $\lambda=0,63$ мкм. **Результаты:** даже при использовании менее травматичного ортодонтического аппарата с декомпрессионным покрытием у больных на слизистой оболочке полости рта наблюдались очаговые воспалительные явления, площадь и степень которых зависели от длительности воздействия расширяющего базисного аппарата. **Выводы:** деформирующая сила, приложенная к расширяющему ортодонтическому аппарату, даже при условии нанесения декомпрессионного покрытия, полностью не предупреждает возникновение очагов травматизации. Поэтому необходимы дальнейшие исследования с целью выбора оптимального сопутствующего лечения и устранения очагов воспаления.

Ключевые слова: дети, ортодонтические аппараты, ткани твёрдого нёба, очаги травматизации, медикаментозная терапия.

This article considers the influence of the modified orthodontic apparatus on the tissues of the hard palate, in order to prevent traumatization and foci of mucosal inflamma. The modified orthodontic devices were made for 22 patients. At different times, the influence of the combined material of the apparatus on the mucosa of the hard palate.

УДК: 616.314-616.716.1/.2]-089.23+376.36

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ И ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО УСТРАНЕНИЮ ПРОИЗНОСИТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ



**Нигматова И.М., Нигматов Р.Н.,
Иногамова Ф.К.**

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
школа №18 г. Ташкента*

Вопрос о влиянии аномалий и деформаций зубочелюстной системы на речевую функцию затрагивается в работах отечественных и зарубежных специалистов. Неправильное строение артикуляционного аппарата является одной из самых распространенных причин недостатков звукопроизношения. По мнению Г.П. Со-
снина, А.В. Крицкого (1988), аномалии и деформации зубочелюстной системы препятствуют нормальной артикуляции звуков, способствуют закреплению привычек неправильной артикуляции и затрудняют их ло-

гопедическую коррекцию. Ограничение подвижности языка в результате аномалии его уздечки способствует нарушению артикуляции.

Цель исследования

Разработка и апробация методики дифференцированной ортодонтической и логопедической помощи по устранению произносительных расстройств у детей с аномалиями зубочелюстной системы, проводимой на фоне ортодонтического лечения.

Материал и методы

Исследование проводилось в течение 3-х лет (2016-2018 гг.) в школе №18 Мирзо-Улугбекского района города Ташкента и на кафедре ортодонтии и зубного протезирования Ташкентского государственного стоматологического института. Стоматологическому обследованию были подвергнуты 505 детей в возрасте от 6 до 14 лет, из них 232 мальчика и 273 девочки. Из числа обследованных отобраны 148 детей (основная группа), в том числе 86 (58,11%) мальчиков и 62 (41,89%) девочек, которым был проведен комплекс диагностических, лечебных и логопедических мероприятий.

Результаты обследования были объединены в зависимости от возраста обследованных, характеризующего период формирования прикуса. Пациенты основной группы были на 2 подгруппы: 1-я – ранний сменный прикус (6-9 лет) – 90 (60,81%) детей, из них 51 мальчик и 39 девочек; 2-я подгруппа – поздний сменный прикус (10-14 лет) – 58 (39,19%) детей, в том числе 35 мальчиков и 23 девочки. Контрольную группу составили 69 детей, из 28 (40,6%) мальчиков и 41 (59,4%) девочка, в возрасте от 6 до 14 лет с физиологической окклюзией и отсутствием аномалий и деформации зубочелюстной системы (ЗЧС), отобранных во время профилактического осмотра (табл. 1).

Всем детям проводили клинические, гигиенические, антропометрические, фотометрические, рентгенологические, функциональные и логопедические исследования.

При осмотре ротовой полости ребенка внимание обращали на такие следующие показатели:

Таблица 1. Распределение детей в зависимости от возрастной группы и пола, абс. (%)

Подгруппа	Контрольная группа (нейтральный прикус)			Основная группа (нарушение функции ЗЧС)			Всего
	м	д	итого	м	д	итого	
1-я (ранний сменный прикус)	12 (17,4)	14 (20,3)	26 (37,7)	51 (34,5)	39 (26,4)	90 (60,8)	116 (53,5)
2-я (поздний сменный прикус)	16 (23,2)	27 (39,1)	43 (62,3)	35 (23,6)	23 (15,5)	58 (39,2)	101 (46,5)
Всего	28 (40,6)	41 (59,4)	69 (100)	86 (58,1)	62 (41,9)	148 (100)	217 (100)

Примечание. м – мальчики, д – девочки.

- состояние слизистой оболочки рта, которое может нарушаться наличием у ребенка вредной привычки прикусывания;

- преддверие ротовой полости – достаточной глубины, среднее или мелкое;

- уздечка верхней губы – размер нормальный или аномальный, оценивается место его прикрепления. При диастеме в случае легкой растяжимости уздечки операция осуществляется до того, пока не прорезались постоянные зубы.

- состояние уздечки нижней губы – если она крепится к десневому сосочку, проводят рассечение;

- оценка прорезывания зубов – нормальное, запоздалое или преждевременное, непарное или парное, последовательность;

- прикус – положение нижних и верхних зубов при смыкании относительно друг друга. Основные признаки того, что прикус у ребенка сформирован правильно:

Очень часто патология речи возникает в результате повреждений речевых органов, именно их характер позволяет определить содержание дальнейшей работы. Необходимо обратить внимание ортодонтон и логопедов на одинаковые моменты в их работе и заинтересовать в необходимости тесного сотрудничества для того, чтобы своевременно обнаружить нарушения строения артикуляционного аппарата, требующие специальной медицинской коррекции, и оказать пациентам профессиональную помощь.

Человеческий речевой аппарат условно разделяют центральный и периферический отделы (рис. 1).

Кроме того, центральный отдел подразделяют на двигательную и воспринимающую части. Периферический отдел речедвигательного анализатора – это органы голосообразования, артикуляции и дыхания.

Результаты проведенных нами клинических и дополнительных исследований показали, что из числа обследованных 505 детей аномалии прикуса имелись у 323 (63,9%). Чаще диагностировались прогнатический прикус, который обнаружен у 99 (19,6%) детей, из них 53 (10,5%) 1-й и 46 (9,1%) – 2-й группы. Глубокий прикус обнаружен у 51 (10,1%) обследованного, в том числе у 24 (4,8%) 1-й и у 27 (5,3%) – 2-й группы. Прогенический прикус имел место у 41 (8,1%) ребенка, из них 24 (4,8%) 1-й и 17 (3,4%) – 2-й группы.

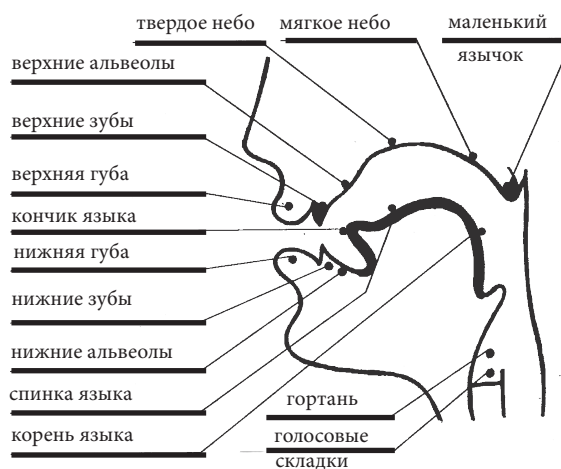


Рис. 1. Схематическое изображение речевого аппарата человека.

На основании проведенных исследований выявлено 148 (29,3%) функциональных нарушений, в том числе нарушение носового дыхания – у 48 (9,5%), инфантильное глотание – у 36 (7,1%), нарушение речи – у 64 (12,7%) (табл. 2).

Анализ результатов обследования показывает, что распространенность аномалий и деформаций у детей в периоде сменного прикуса очень высока и составляет, по нашим данным, 63,9%. Но, несмотря на высокий процент распространенности аномалий и деформаций зубов, зубных рядов и прикуса, оказание стоматологической помощи, в том числе ортодонтической и логопедической, этим детям не высока и составляет всего 6,93%, а логопедическое лечение проводится еще реже.

Все обследованные дети в зависимости от состояния твердых и мягких тканей полости рта и наличия дефекта речи, от степени нарушения носового дыхания были направлены на консультацию и лечение к соответствующим специалистам (табл. 3).

Таким образом, под нашим наблюдением находились 148 (из них 90 мальчиков и 58 девочек) детей в возрасте 6-14 лет, имевших различную речевую патологию.

В процессе исследования было установлено, что эффективность ортодонтической работы повышается при проведении ее совместно и одновременно с лого-

Таблица 2. Распространенность функциональных нарушений среди детей 6-14 лет

Вредные привычки	1-я группа (6-9 лет)		2-я группа (10-14 лет)		Всего, абс. (%)
	всего	м/д	всего	м/д	
Ротовое дыхание	25	14/11	23	18/5	48/9,5
Инфантильное глотание	22	13/9	14	8/6	36/7,1
Нарушение речи	43	24/19	21	9/12	64/12,7
Всего	90	51/39	58	35/23	148/29,3

Примечание. м – мальчики, д – девочки.

Таблица 3. Число детей, нуждающихся в лечебно-консультативной помощи, абс. (%)

Направление к специалисту	1-я группа (6-9 лет)	2-я группа (9-14 лет)	Всего
К терапевту-стоматологу	91 (18,1)	103 (20,4)	194 (38,4)
К хирургу-стоматологу	112 (22,2)	74 (14,7)	186 (36,8)
К логопеду при нарушении речи	43 (8,5)	21 (4,2)	64 (12,7)
К ЛОР-врачу	66 (13,1)	78 (15,4)	144 (28,5)

педическим лечением. Это обусловлено тем, что при ортодонтическом воздействии формируются новые артикуляторные условия, обеспечивающие новые кинетические и кинестетические ощущения. Такие изменения способствуют более быстрому преодолению патологических артикуляторных автоматизмов и формированию нормальных произносительных механизмов в ходе логопедической работы, что, в свою очередь, позволяет нормализовать произносительную сторону речи.

В связи с нарастающей потребностью в ортодонтической и логопедической помощи детскому населению, а также изыскания возможности снижения затрат на ортодонтическое лечение, R. Hinz в 2006 г. рекомендовал практикующим врачам использовать «профилактическую лестницу»: первая ступень: использование соски-пустышки Dentistar (от рождения до 2-х лет); вторая ступень: использование вестибулярной пластинки Stoppi для отвыкания от соски-пустышки (от 2-х до 4-х лет); третья ступень: использование стандартной вестибулярной пластинки MUPPY (от 4-х до 8 лет); четвертая ступень: профилактика при помощи преортодонтических трейнеров (от 6 лет и старше) (рис. 2).



Рис. 2. Стандартные вестибулярные пластинки MUPPY.

Для коррекции аномалии прикуса нами использованы специальные трейнеры и вестибулярные пластинки — силиконовые мягкие позиционеры, с помощью которых корректировали положение языка, что способствовало нормализации баланса внутриоральных и приоральных мышц. Логопед, работая с ребенком, рекомендовал пользоваться вестибулярными пластинками специальных модификаций: с целью правильного позиционирования языка — с проволочной заслонкой, чтобы провести разминку языка перед тем, как выполнять специализированные упражнения — с бусинкой. Такие пластинки помогали логопеду быстро и эффективно поставить сложные звуки.

Трейнеры и вестибулярные пластинки являются стандартными аппаратами, не требующими снятия слепков, индивидуального изготовления. Они позволяют просто и безболезненно на ранней стадии устранить нарушение прикуса. В результате использования таких аппаратов можно не только провести коррекцию прикуса, нормализовать положение языка и его функции, но и нормализовать также тип глотания и дыхания, улучшить осанку и общее развитие организма малыша. При этом, уже корректируя прикус, логопед может использовать специальные артикуляционные упражнения, которые также позволяют ускорить ортодонтическое лечение.

Выводы

1. Логопед должен владеть знаниями об аномалиях зубочелюстной системы в зависимости от возраста ребенка; он поможет обнаружить дефекты его строения, а это позволит предположить наличие механической дислалии. Чтобы предотвратить ошибки, важно учитывать степень зависимости правильной звуковой артикуляции от конкретно обнаруженной аномалии строения артикуляционного аппарата.

2. Детей с аномалиями зубочелюстной системы можно разделить в группу детей, у которых аномалии органов артикуляции обуславливают нарушения произношения, и группу детей, у которых аномалии артикуляционных органов отягощают произносительные расстройства.

3. Произносительные расстройства, обусловленные аномалиями органов артикуляции, более резистентны к методам логопедического воздействия и требуют дифференцированного ортодонтического подхода лечения.

4. В первом периоде смешанного прикуса завершается развитие речи. На нее оказывает значительное влияние положение передних зубов. Нарушение дикции приводит к возникновению специфического стресса и определенных стереотипных мышечных сокращений. К концу данного периода практически окончательно формируется дикция ребенка.

Литература

1. Брагин Е.А., Вакушина Е.А. Современные методы диагностики, прогнозирования и лечения нарушений смыкания зубных рядов // Ставрополь, 2006. – С. 60-83.
2. Бушан М.Г. Справочник по ортодонтии. – Кишинёв: Картня Молдавенияскэ, 1990. – 485 с.
3. Волосовец Т.В., Соболева Е.А. Нарушение речи детей с врожденными расщелинами губы и неба // Рос. стоматол. журн. – 2001. – №4. – С. 34-36.
4. Григоренко Н.Ю., Синяева М.Л. Логопедический и медицинский аспекты органической дислалии и способы ее коррекции // Дефектология. – 2000. – № 4. – С. 22-23.
5. Дистель В.А., Сунцов В.Г., Вагнер В.Д. Пособие по ортодонтии. – М., 2000. – С. 137-141.
6. Соснина Г.П., Крицкий А.В. Механизм нарушения речи больных с врожденными расщелинами неба и способы их устранения // Вопр. клин. стоматол. – 1988. – №1. – С. 53-55.

Цель: разработка и апробация методики дифференцированной ортодонтической и логопедической помощи по устранению произносительных расстройств у детей с аномалиями зубочелюстной системы, проводимой на фоне ортодонтического лечения. **Материал и методы:** исследование проводилось в течение 3-х лет (2016-2018 гг.) в школе №18 Мирзо-Улугбекского района города Ташкента и на кафедре ортодонтии и зубного протезирования Ташкентского государственного стоматологического института. Стоматологическому обследованию были подвергнуты 505 детей в возрасте от 6 до 14 лет. Из числа обследованных отобраны 148 детей (основная группа), в том числе 86 (58,11%) мальчиков и 62 (41,89%) девочек, которым был проведен комплекс диагностических, лечебных и логопедических мероприятий. **Результаты:** было установлено, что эффективность ортодонтической работы повышается при проведении ее совместно и одновременно с логопедическим лечением. При ортодонтическом воздействии формируются новые артикуляторные условия, обеспечивающие новые кинетические и кинестетические ощущения, что способствует более быстрому преодолению патологических артикуляторных автоматизмов и формированию нормальных произносительных механизмов в ходе логопедической работы, что, в свою очередь, позволяет нормализовать произносительную сторону речи. **Выводы:** произносительные расстройства, обусловленные аномалиями органов артикуляции, более резистентны к методам логопедического воздействия. При этом следует помнить, что дикция ребенка окончательно формируется к концу периода сменного прикуса.

Ключевые слова: дети, зубочелюстные аномалии, период сменного прикуса, произносительные расстройства, ортодонтическая и логопедическая помощь.

УДК: 616.98-022.6:617.52

ПРОЯВЛЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



Храмова Н.В., Атаков С.С., Тураханов С.В.

Ташкентский государственный стоматологический институт,
Ташкентская медицинская академия

По данным отчета Объединённой программы организации объединённых наций по ВИЧ/СПИД, в 2016 году на планете проживали 36,7 млн человек, инфицированных ВИЧ; из них 1,8 млн заразились ВИЧ; 1 млн человек умерли от СПИДа (рис. 1, 2) [1,4]. Известно, что с начала самой эпидемии 35 млн человек умерли от сопутствующих СПИДу болезней [3]. На сегодняшний день 50% ВИЧ-пациентов – женщины; 2,3 млн инфицированных – дети; 55% – ВИЧ-пациенты в возрасте до 25 лет (до 80%, из них проживают в Восточной Европе) [5,6].

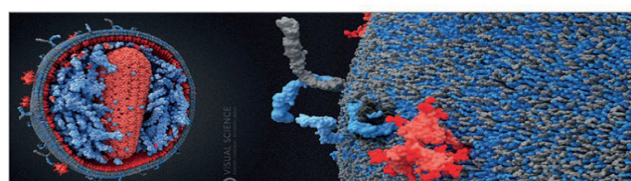
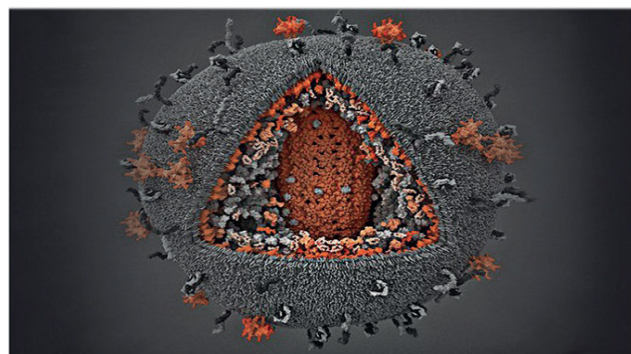


Рис. 1. 3D-модель вируса иммунодефицита человека.

Принимая во внимание вышесказанное, а также разнообразие клинической картины проявления ВИЧ-инфекции, необходимо знать основные заболевания, которые косвенно могут сигнализировать о наличии ВИЧ-инфекции у пациента (рис. 3).

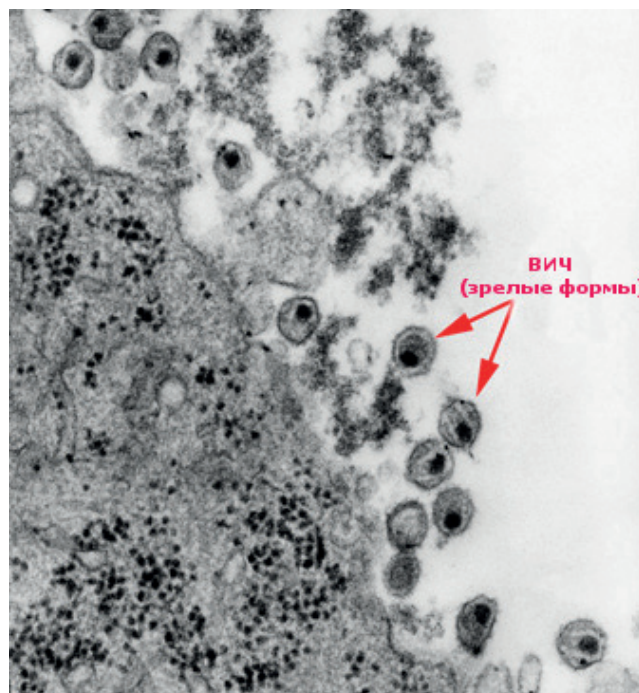


Рис. 2. ВИЧ в реальности.

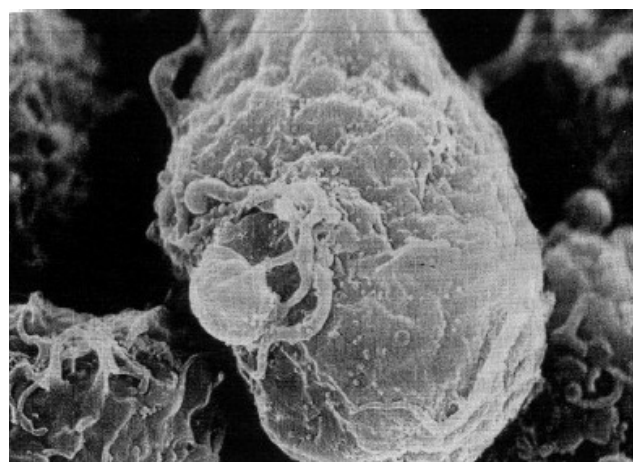


Рис. 3. Механизм действия вируса иммунодефицита человека на здоровые клетки.

Последовательность осмотра пациента врачом-стоматологом для обнаружения клинических симптомов ВИЧ-инфекции имеет большое значение, так как патологические изменения в полости рта, на слизистой оболочке полости рта (СОПР) возникают наиболее рано. Именно слизистая оболочка рта в силу своих иммунологических особенностей часто становится местом первых, начальных клинических проявлений ВИЧ-инфекции. Для диагностики поражения слизистой оболочки рта у ВИЧ-инфицированных больных принята рабочая классификация, согласно которой все поражения разделены на три группы [4]:

Таблица. Классификация поражений СОПР и челюстно-лицевой области у ВИЧ-инфицированных

Вид поражения	Часто встречающиеся	Редко встречающиеся
Грибковые инфекции	Кандидоз* - псевдомембранозный - эритематозный - гиперпластический - ангулярный хейлит	гистоплазмоз криптококкоз геотрихоз
Бактериальные инфекции	Линейная эритема десен* - некротический язвенный пародонтит* - некротический стоматит	внутриклеточный актиномикоз, вызываемый <i>Mycobacterium avium</i>
Вирусные инфекции	Простой герпес* - опоясывающий герпес - цитомегаловирус - волосистая лейкоплакия	вирус папилломы человека, бородавки в полости рта, остроконечная кондилома, очаговая эпителиальная гиперплазия
Новообразования	Саркома Капоши* - лимфомы (кроме лимфомы Ходжкина)	
Прочие	Рецидивирующее афтозное изъязвление* - лицевой паралич – тригеминальная невропатия - рецидивирующая тромбоцитопеническая пурпура - крупное - малое - герпетическое	иммунная тромбоцитопеническая пурпура увеличение лимфатических желез ксеростомия меланотическая пигментация

Примечание. * – Поражения в полости рта, являющиеся маркерами ВИЧ-инфекции.

1-я группа: поражения, четко связанные с ВИЧ-инфекцией.

В эту группу включены следующие нозологические формы: стойкие кандидозы (эритематозный, псевдомембранозный, гиперпластический); волосистая лейкоплакия; маргинальный гингивит; язвенно-некротический гингивит; деструктивный пародонтит; саркома Капоши; неходжкинская лимфома.

2-я группа: поражения, менее четко связанные с ВИЧ-инфекцией: бактериальные и вирусные инфекции; заболевания слюнных желез; тромбоцитопеническая пурпура.

3-я группа: поражения, которые могут быть при ВИЧ-инфекции, но не связаны с ней.

Наибольший интерес вызывают и наиболее часто встречаются поражения, относящиеся к 1-й группе.

В таблице (см. с. 42) дана классификация о частоте поражения СОПР и челюстно-лицевой области у ВИЧ-инфицированных больных [2].

Известно, что течение заболевания имеет 4 клинические стадии, каждой из которых на СОПР и челюстно-лицевой области присущи свои специфические симптомы.

I стадия. Острая инфекция. Характеризуется повышением температуры, появлением насморка, кашля, сыпи на коже, часто имеются признаки гриппа. Через 2-3 недели данный активный период проходит. Однако в 60-70% случаев острое начало болезни может отсутствовать. При этом пациент, не зная о собственных проблемах, может заражать других. Для острой ВИЧ-инфекции характерно также наличие лейкопении (лимфопении) и тромбоцитопении. Серологические реакции на наличие ВИЧ становятся положительными примерно через 5-8 недель после начала острой фазы заболевания.

II стадия. Асимптомная инфекция. Клинические проявления болезни (наличие ВИЧ-инфекции) отсутствуют. Установить диагноз можно только, организовав специальные лабораторные исследования.

III стадия. Персистирующая генерализованная лимфаденопатия. Возникает через 3-5 лет после II стадии. При ослаблении иммунитета происходит увеличение лимфоузлов, становятся частыми головные боли, случается расстройство кишечника, замечен упадок сил. Чаще всего в процесс вовлекаются шейные, подмышечные, паховые, бедренные и даже подколенные лимфатические узлы. Диаметр их от 0,5 до 2 см, иногда 4-5 см и более. По мере прогрессирования заболевания происходит атрофия лимфоидной ткани. Уже в терминальной стадии лимфатические узлы обычно уплотняются и уменьшаются в размерах. При проведении медицинского лечения возможно кратковременное улучшение. Обычно человек трудоспособен. Именно в этой стадии больные наиболее часто обращаются к челюстно-лицевому хирургу с жалобами на появления

увеличение лимфатических узлов челюстно-лицевой области и шеи [3].

Приводим случай из клинической практики. В клинику взрослой челюстно-лицевой хирургии ТГСИ обратился больной Р., 32 лет, с жалобами на появление множественных припухлостей лица и шеи. Из анамнеза: 2 года назад был установлен диагноз ВИЧ-инфекция. Больной не получает специфического лечения, имеет вредные привычки. Был поставлен диагноз: множественные аденоабсцессы лица и шеи. Под местной анестезией произведено вскрытие абсцессов, назначена антибактериальная терапия (рис. 4-6).



Рис. 4. Фото больного Р. до операции.



Рис. 5. Участки депигментации на коже у больного Р.

Рис. 6. Этап вскрытия абсцесса у больного Р.

IV стадия. Пре-СПИД и собственно СПИД. По мере развития инфекционного процесса иммунная система полностью разрушается не только патогенными, но и обычными микробами. Поражены слизистые оболочки, лимфоузлы, дыхательная система, желудочно-кишечный тракт, органы зрения, нервная система. При проявлении ВИЧ-инфекции наиболее типичны следующие симптомы: потеря массы тела на 10% и более; лихорадка длительно — более 1-го месяца; диарея более 1-го месяца; затяжные, рецидивирующие или не поддающиеся стандартной терапии пневмонии; постоянный кашель более 1-го месяца; затяжные, рецидивирующие

вирусные, бактериальные, паразитарные болезни; сепсис; увеличение лимфоузлов двух и более групп выше 1-го месяца; подострый энцефалит; слабоумие у ранее здоровых людей.

Последняя стадия ВИЧ-инфекции – непосредственно СПИД – протекает в трех клинических формах: онко-СПИД (саркома Капоши и лимфома головного мозга), нейро-СПИД (разнообразные поражения ЦНС и периферических нервов), инфекто-СПИД (многочисленные инфекции). Наиболее распространен СПИД в легочной форме (примерно 50-80% больных). Примерно в 15-20% случаев СПИД выражается в наличии вторичной инфекции, которая поражает центральную нервную систему (менингит, энцефалит, абсцессы головного мозга и др.). Примерно в 2-3% случаев возникает опухоль головного мозга, приводящая к его атрофии.

Интерес представляет саркома Капоши – один из наиболее характерных клинических проявлений СПИД-а. Опухоль образуется из лимфатических сосудов. Слизистые оболочки рта и половых органов, конъюнктивы поражаются у 30% больных СПИДом. В полости рта в большинстве случаев саркома Капоши локализуется на твердом и мягком небе, в области желобоватых сосочков корня языка, реже – на деснах. В начале своего развития саркома Капоши имеет вид эритематозных пятен диаметром 0,5-3,0 см либо плотных эластических бледно-розовых или буро-коричневых узелков размером 5х8 мм. Постепенно узлы увеличиваются, под ними образуется инфильтрат, цвет их становится вишнево-красным, фиолетовым или коричневым. Впоследствии узлы часто разделяются на доли и изъязвляются. Изъязвления на слизистой оболочке рта наблюдаются значительно чаще, чем на коже. Поражения в полости рта болезненны до стадии изъязвления. Саркома Капоши, локализованная на десне, по внешнему виду напоминает эпюлис [3].

Приводим случай из клинической практики. В клинику взрослой челюстно-лицевой хирургии ТГСИ обратилась больная С., 60 лет, с жалобами на появление припухлости правой половины лица. Из анамнеза: припухлость держится в течение нескольких месяцев, помимо этого больная много лет страдала постгерпетической невралгией. В анализах лейкопения, высокая СОЭ. С целью установки диагноза была проведена биопсия тканей. В ходе обследования у больной была обнаружена ВИЧ-инфекция. В данном случае имелся характерный для саркомы Капоши фи-



Рис. 7. Фото больной С.

олетовый окрас кожи и инфильтрация мягких тканей (рис. 7).

К другим значимым проявлениям ВИЧ-инфекции относятся: в любом периоде в полости рта могут появиться телеангиэктазии на фоне слабовыраженных эритематозных пятен, а также петехиальные и пурпурозные высыпания.

Заключение

Наиболее реальным средством защиты от ВИЧ-инфекции является постоянная настороженность и бдительность врача, основанная на знаниях клинических проявлений заболевания.

Литература

1. Европейская базовая стратегия снижения бремени ТБ/ВИЧ. – ВОЗ, 2003. – 34 с.
2. Рабинович И.М., Голиусов А.А., Гуревич К.Г. и др. Профилактика ВИЧ/СПИДА в стоматологической практике: Метод. рекомендации. – М., 2006. – 35 с.
3. Янушевич О.О., Робустова Т.Г. Атлас инфекционных болезней в стоматологии. – М., 2017. – С. 122-128.
4. <http://www.dentoday.ru/>

5. *Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) (2001) HIV and AIDS in the Americas: An epidemic with many faces. – Washington: Pan American Health Organization.*

6. *United Nations General Assembly (2001) Declaration of Commitment on HIV/AIDS: «Global Crisis-Global Action». United Nations Special Session on HIV/AIDS, New York, 25-25-27 June. Available at: <http://www.unaids.org/UNGASSI/index.html>.*

Статья посвящена одной из наиболее актуальных проблем – оценке клинических проявлений ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области. Подробно изложена клиническая картина ВИЧ-инфекции в зависимости от клинической стадии заболевания. В качестве иллюстрации приводятся клинические случаи ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области у двух пациентов. Авторы подчеркивают, что ВИЧ-настороженность у врача-стоматолога поможет предупредить распространение этой смертельной на сегодняшний момент инфекции.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, челюстно-лицевая область, саркома Капоши.

The current issue of clinical manifestations of HIV infection in the maxillofacial area has been discussed in the article. The clinical picture of HIV infection is described in detail, depending on the clinical stage of the disease. Clinical cases of HIV infection in the maxillofacial area are presented. Observance of HIV-alertness in the practice of a dentist will help reduce the risk of spreading this deadly infection to date.

Maqolada maxillofacyadagi OIV infektsiyasining klinik ko'rinishlarining dolzarbligi muhokama qilindi. OIV infektsiyasining klinik ko'rinishi kasallikning klinik bosqichiga qarab batafsil tavsiflanadi. Maksillofasiyal sohada OIV infektsiyasining klinik ko'rinishlari keltirilgan. Tish shifokorining amaliyotida OIVga chidamliligiga rioya qilish ushbu o'lik infektsiyani tarqalish xavfini kamaytirishga yordam beradi.

УДК: 616.214-089.28]-08-06

АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ



**Гаффоров С.А., Абдиримов И.С.,
Сабилов Б.Ю.**

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Результатом лечебной работы врачей-стоматологов ортопедов является конкретная, иногда весьма сложная композиция зубного протеза, состоящая из множества элементов, требующая различных материалов и технологических решений. Однако оценка самого протеза как результата лечебной работы не может дать точного и объективного ответа о качестве лечения конкретного пациента. В экспертизу вовлекаются множество факторов, влияющих на состояния всей зубочелюстной системы в том числе общее соматическое состояние пациента [1,2].

Качество стоматологического ортопедического лечения в первую очередь определяют качество протеза, который восстанавливают функции зубочелюстной системы, обеспечивает эстетический оптимум и удовлетворенность пациента ортопедической конструкцией [2,4]. Неудовлетворенность пациентов качеством лечения и возникновение обоснованных жалоб связаны с нарушением общепринятых правил диагностики и проведения ортопедического лечения, а также нарушением технологии изготовления металлокерамических протезов [3,4].

Цель исследования

Анализ ошибок и осложнений, наиболее часто встречающихся при применении металлокерамических протезов.

Материал и методика

Было проанализировано состояние 56 несъемных протезов: 8 фарфоровых коронок, 12 металлокерами-

ческих коронок, 6 металлокерамических мостовидных протезов, удаленных у больных по различным причинам. В зависимости от срока нахождения в полости рта зубные протезы были разделены на 4 группы.

К 1-й группе мы отнесли 16 протезов со сроком пользования 2-3 года, ко 2-й – 12 протезов со сроком пользования 3-4 года, к 3-й – 13 протезов со сроком пользования 4-5 лет, к 4-й – 15 протезов со сроком использования 5 лет и более.

Во время клинического осмотра оценивались такие качественные характеристики протеза как его протяженность, количество опорных зубов, качество краевого прилегания к уступу, характер окклюзионных взаимоотношений между зубными рядами, состояние десны, состояние искусственных зубов (цвет, форма, размер).

Качество эндодонтического лечения опорных зубов определяли по рентгенограмме. Культевые штифтовые вкладки оценивали по длине корневой части (фиксирующий) и плотности краевого ее прилегания к корневному каналу [2,3].

Результаты и обсуждение

Анализ полученных нами результатов выявил следующие ошибки и осложнения при протезировании металлокерамическими протезами:

- 1) ошибки на клинических этапах при протезировании (врачебные ошибки);
- 2) ошибки на лабораторных этапах изготовления металлокерамических протезов (технические ошибки);

В первой группе имеют место ошибки как на этапах подготовки к протезированию, так и на этапах самого протезирования. На этапах подготовки к протезированию наблюдается неудовлетворительное качество эндодонтического лечения, выполнения депульпирования опорных зубов при отсутствии показаний, нечеткое краевое прилегание культевых штифтовых вкладок как к поверхности корня, так и к корневному каналу. На клинических этапах большую группу ошибок составляют излишняя конусность опорных зубов после препарирования, повреждение круговой связки зуба и маргинальной десны вследствие чрезмерно глубокой припасовки протезов и препарирования без уступа.

При проверке расцементированных конструкций полости наблюдалась неточность краевого прилегания и повреждения маргинальной десны, которые свидетельствуют об ошибках при получении оттисков.

Выявленные нами ошибки повлекли за собой ряд осложнений, таких как расцементировка протезов, сколы керамики (рис. 1), травматический гингивит, рецессия десны (рис. 2), изменение цвета десны вокруг коронок (рис. 3).

Ко второй группе ошибок были отнесены изготовление металлокерамических протезов низкого качества. Практически игнорирование общепринятых правил изготовления привело к значительной дискредитации ортопедического лечения металлокерамикой, клинические преимущества которого обусловлено сочетанием функциональных качеств (точность изготовления, прочность) с высокими эстетическими и биологиче-



Рис. 1. Сколы керамики.



Рис. 2. Травматический гингивит, рецессия десны.



Рис. 3. Изменение цвета десны вокруг коронок.

скими свойствами керамики. При изучении толщины металла пришеечной зоны было обнаружено, что его толщина составляет 0,2 мм, что не соответствует требуемым нормативам

Подводя итог вышесказанному, выделим наиболее важные моменты, необходимые для ежедневной работы врача-ортопеда при работе с металлокерамикой:

- 1) тщательное обследование и планирование препарирования зубов согласно клиническим и анатомо-топографическим условиям в каждом конкретном клиническом случае;
- 2) создание идеальных условий для обеспечения ретенции и устойчивости реставрации:
 - при препарировании зуба под одиночную коронку 5-7 градусов,
 - при препарировании зубов под мостовидные протезы 7-12 градусов;
- 3) надежное обезболивание мягких и твердых тканей перед началом препарирования, что обеспечит врачу-стоматологу максимально комфортные условия для работы;
- 4) использование достаточного водяного охлаждения (50 мл/мин) и хорошо центрированных шлифовальных инструментов для предотвращения термического раздражения пульпы зуба;
- 5) изготовление временных конструкций из пластмассы с идеально подогнанными и отполированными краями;
- 6) использование различных медикаментозных препаратов под временные конструкции для предотвращения осложнений со стороны культи зуба;
- 7) цвет металлокерамического протеза при естественном освещении должен полностью соответствовать цвету естественных зубов пациента с учетом цветовой структуры тканей зуба.

Литература

1. Арутюнов С.Д., Лебеденко И.Ю. *Одонтопрепарирование под ортопедические конструкции зубных протезов*. – М.: Практ. медицина, 2007.

2. Малый А.Ю. *Дискуссионные аспекты препарирования опорных зубов. Одонтопрепарирование*. – М., 2003.

3. Пашиян Г.А. *К вопросу об ответственности медицинских работников по гражданским искам в случаях ненадлежащего оказания стоматологической помощи*. – М., 2001.

4. Шевченко Д.П., Левенец А.А., Самотесов П.А. *Пульпа зуба и металлокерамические протезы*. – Красноярск: Изд-во КрасГМА, 2003.

Цель: анализ ошибок и осложнений, наиболее часто встречающихся при применении металлокерамических протезов. **Материал и методы:** проанализировано состояние 56 несъемных протезов: 8 фарфоровых коронок, 12 металлокерамических коронок, 6 металлокерамических мостовидных протезов, удаленных у больных по различным причинам. В зависимости от срока нахождения в полости рта зубные протезы были разделены на 4 группы. **Результаты:** при протезировании металлокерамическими протезами были выявлены ошибки на клинических этапах при протезировании (врачебные ошибки), а также ошибки на лабораторных этапах изготовления металлокерамических протезов (технические ошибки), которые повлекли за собой ряд осложнений, таких как расцементировка протезов, сколы керамики, травматический гингивит и др. **Выводы:** для каждодневной работы врача-ортопеда при работе с металлокерамикой необходимо тщательное некоторых условий, в том числе обследование и планирование препарирования зубов, создание идеальных условий для обеспечения ретенции и устойчивости реставрации, надежное обезболивание мягких и твердых тканей перед началом препарирования и др.

Ключевые слова: стоматологическое ортопедическое лечение, металлокерамические конструкции, ошибки и осложнения на этапах лечения.

Резюме

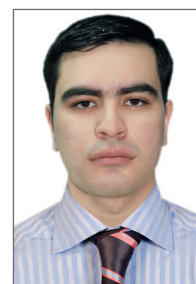
Ушбу мақолада металлокерамик тиш протезларини қўллаш жараёнида энг кўп учрайдиган хато ва асоратлар таҳлил қилинади. Врач ортопед-стоматологнинг ҳар кунги иш жараёни учун зарур бўлган энг муҳим масалалар бу хато ва асоратларини олдини олиш мақсадида ажратиб кўрсатилган.

Summary

This article analyzes the mistakes and the most frequently encountered complications in the practice of the usage of metal-ceramic dentures. The most important points, which are necessary during work of orthopedic dentist using metal-ceramic construction in order to eliminate mistakes and complications, are highlighted.

УДК: 616.314-089.23:66/67

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТИТАНОВЫХ ДЕСНЕВЫХ ОПОР КАРАПЕТЯНА К.Л.



**Махкамов М.Э., Карапетян К.Л.,
Алимджанов К.К., Саидов Э.Р.,
Зайнутдинов М.О.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Одним из критериев качества жизни человека в XXI веке является здоровье, при этом очень важную роль играет современная стоматологическая помощь. При восстановлении дефектов зубных рядов приоритетом для пациента являются функциональность, эстетика, комфорт и удобство при гигиене. Планируя конструкцию протеза, стоматологи часто ориентируются на технологии, которые широко применяются в практической стоматологии и зарекомендовали себя как достойные методы протезирования. Однако наука не стоит на месте, в практическую стоматологию внедряются новые испытанные технологии, которые дополняют или кардинально отличаются от существующих методов протезирования. Учитывается не только конструкция, но и материал, из которого изготавливается протез.

Сегодня на первом месте по эстетическим и гигиеническим показателям стоит метод дентальной имплантации. Его широко применяют как наиболее функциональный и результативный метод лечения с широкими эстетическими возможностями. Однако есть пациенты, которые отказываются от операции дентальной имплантации из-за состояния здоровья, боязни операции

онного вмешательства или нехватки финансов. Еще одна причина, которая может не устроить пациентов, – это срок лечения имплантации в два этапа. Съемное протезирование имеет минимальные противопоказания, однако дискомфорт, эстетический и гигиенический аспект отталкивает пациента от принятия решения в его пользу. Травма краевого пародонта съемным протезом сопровождается болями и воспалением слизистой, как следствие, многие пациенты вынуждены отказываться от его использования.

Тезис «В XXI веке – без съемных протезов» может показаться громким и вызывающим, однако в этом есть доля истины. Преимущества метода на титановой опоре по отношению к съемному протезу:

- постоянная фиксация протеза в полости рта;
- комфорт при приеме пищи, максимальная функциональность протеза;
- отсутствие нарушения дикции;
- максимальный косметический эффект;
- удобство при соблюдении гигиены полости рта;
- отсутствие аллергии;
- биосовместимость медицинского титана;
- невысокая стоимость титановой опоры;
- минимальные сроки изготовления протеза (до 12 рабочих дней). Многолетний практический опыт позволил нам в этом убедиться.

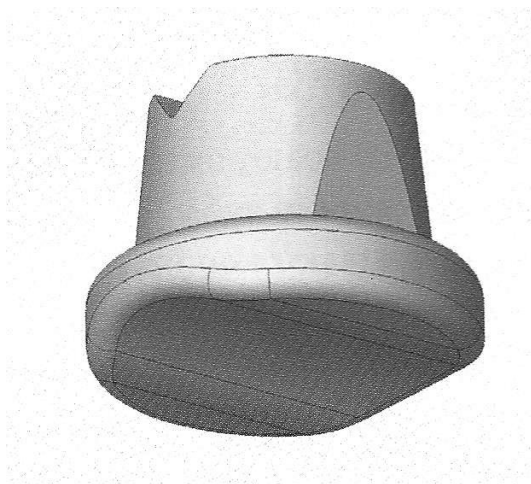


Рис. 1. Опора десневая титановая Карапетяна К.Л.

Представляем авторский инновационный метод протезирования на опоре десневой титановой Карапетяна К.Л. (рис. 1). Данный метод – не альтернатива общеизвестным и широко применяемым методам, а дополнение, которое увеличивает возможности врача при оказании ортопедической помощи пациенту. Показания к применению:

- концевой дефект одно- или двусторонний;
- включенный дефект большой протяженности;
- включенный дефект с отсутствием одного зуба (рис. 2). Опора, изготовленная из медицинского титана марки Titan Grade 4+, готова к применению. Линейка размеров титановых опор расширяет возможности для ее применения.

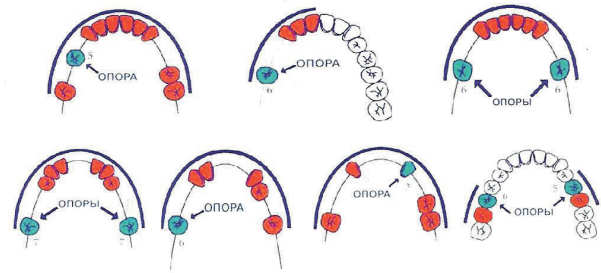


Рис. 2. Показания к протезированию на опоре.

Протезирование подразделяется на два этапа. Первый этап – подготовка слизистой в области установки опоры. Обязательное восстановление дефекта зубного ряда временным съемным протезом занимает от четырех до шести месяцев для достижения первичной атрофии и уплотнения слизистой в области установки опоры. Однако можно перейти ко второму этапу непосредственно в случае, если пациент обратился к врачу с уже имеющимся съемным протезом. Второй этап – протезирование. Зубному технику необходимо только подобрать опору нужного размера и приступить к моделировке каркаса протеза. Протез фиксируют на временный цемент на срок от 2-х до 3-х недель. Контрольно-диагностический период временной фиксации необходим для формирования ложа и уплотнения слизистой непосредственно под опорой. Критериями контроля качества протезирования для врача являются:

- отсутствие жалоб пациента на боли при приеме пищи;
- отсутствие баланса каркаса;
- расцементировка временной фиксации не ранее двух недель;
- отсутствие воспаления слизистой под опорой;
- отсутствие микрофлоры в области седла опоры.

В период временной фиксации врач может обнаружить баланс конструкции на опорных зубах или расцементировку протеза. Это значит, что под опорой произошло формирование ложа и уплотнение слизистой. Следовательно, необходимо заменить данную опору в протезе на аналогичную большего размера, после чего вышеперечисленные проблемы исчезнут.

Метод имеет показания и условия к применению. Если придерживаться их, то стабильный и предсказуемый результат гарантирован. Условия протезирования:

- высота слизистой 2-3 мм, плотная с минимальной податливостью;
- выраженный альвеолярный гребень (овальной формы) в области установки опоры;
- при концевом дефекте количество искусственных зубов не более количества опорных зубов;
- обязательное наличие антагониста в области установки опоры;
- высота от центра альвеолярного гребня до антагониста не менее 6 мм;

- отсутствие подвижности опорных зубов;
- качественное восстановление опорных зубов; – отсутствие воспаления слизистой в области протезирования;
- множественный контакт по всей окклюзии;
- наличие промывной зоны под искусственной коронкой, соседней с опорой.

Противопоказания:

- протезирование на опоре в области удаленного зуба в течение шести месяцев;
- подвижная слизистая высотой более 3 мм;
- подвижные опорные зубы;
- некачественное восстановление культи опорных зубов;
- глубокий прикус;
- отсутствие антагониста в области установки опоры.

Преимущества метода:

- четыре размера опор по высоте (рис. 3);
- опора готова к применению, отсутствует этап ее обработки;

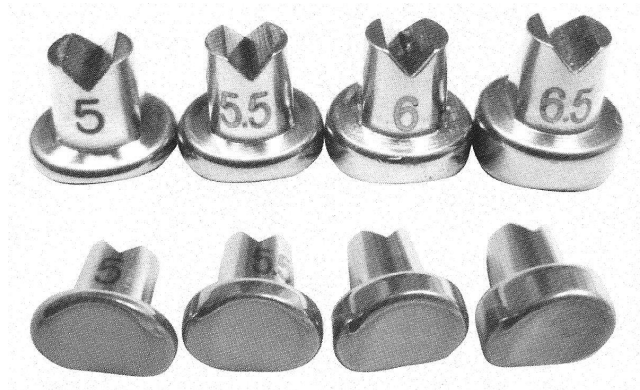


Рис. 3. Размеры опор десневых титановых Карапетяна К.Л.

- сокращение срока лабораторного этапа;
- отсутствие дополнительных затрат;
- низкая стоимость опоры.

Все вышеперечисленные преимущества способствуют минимизации стоимости опоры.

Приведем клинический пример использования десневых титановых опор Карапетяна К.Л. в клинике «СТОМАПЛАНЕТ» города Ташкента (рис. 4, 5).

Все пациенты, которые пользуются протезами на десневой титановой опоре Карапетяна, отмечают комфорт при приеме пищи и удобство гигиены полости рта.

Литература

1. Морозов А.Е., Хашина М.В., Мельникова К.С. система протезирования на стеклянных опорах // *Здоровье и образование в XXI веке: Сб. науч. тез. и статей.* – М., 2009. – Т. 11, №2. – С. 159.

2. Арутюнов С.Д., Карапетян К.Л., Арутюнов А.С. и др. Временный несъемный мостовидный зубной протез: Патент на изобретение RUS 2332957 17.11.2006.



Рис. 4. Металлокерамическая конструкция с применением опор десневых титановых опор Карапетяна К.Л. при концевых и включенных дефектах.



Рис. 5. Вид протеза в полости рта.

3. Рахманкулов Р.А., Валеев М.Б. Новая система протезирования на стеклянных опорах ZX-27 // Современная стоматология: Сб. науч. тр., посв. 125-летию основателя кафедры ортопедической стоматологии КГМУ профессора И.М. Оксмана. – Казань, 2017. – С. 403-408.

4. Карапетян К.Л. Протезирование несъемными конструкциями на «опоре десневой титановой Карапетяна К.Л.» // Мед. алфавит. – 2017. – Т. 3, №24. – С. 24-25.

5. Кравцова А.В. Клинико-функциональное обоснование применения эстетических конструкций в комплексном лечении пациентов с хроническим генерализованным пародонтизом: Дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2009.

6. Астахова И.А., Сафаров Т.С., Тебенова Г.М., Баянбаев М.А Усовершенствование изготовления несъемных конструкций на основе биостеклокерамики (БСК) // Здоровоохр. Кыргызстана. – 2014. – №1. – С. 77-79.

Описан авторский инновационный метод протезирования на десневой титановой опоре Карапетяна К.Л. Предложенный метод расширяет возможности врача при оказании ортопедической помощи пациенту. Конструкция легка в использовании и изготавливается из инертного материала титана. Приведены клинические случаи эффективного использования десневой титановой опоры Карапетяна К.Л., показаны этапы ее применения.

Ключевые слова: стоматологическая помощь, протезирование, дентальная имплантация, титановые десневые опоры Карапетяна К.Л.

Given article presents the author's innovative method of prosthetics relying on the gingival titanic Karapetyan K. L. This method empowers the physician's capabilities in providing orthopedic assistance to the patient. The structure is made of an inert titanium material and easy to use. The article represents clinical cases of effective use of the gum titanium background of Karapetyan K.L., and its step by step application is shown.

Ушбу мақолада К.Л. Карапетяннинг титанли милк таянчига протезлаш лиинновацион муаллифлик усули келтирилган. Ушбу усул беморларга ортопедик ёрдам кўрсатиш имкониятларини кенгайтиради. Қўллаш жихатдан констукция осон ва инерт титан хом ашёсидан тайёрланган. Мақолада К.Л. Карапетяннинг титанли милк таянчини самарали қўллашни клиник мисоллари келтирилган, унинг қўлланишини босқичма-босқич кўрсатилган.

УДК: 616.314.11-089.23:615.464:666.5

ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИК WAX-UP И МОК-UP ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ВОССТАНОВЛЕНИИ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ ВИНИРАМИ



**Ризаева С.М., Муслимова Д.М.,
Ибрагимова Х.Х.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Качество производства зубов как отдельной единицы благодаря навыкам зубных техников, улучшению материалов и совершенствованию технологий, достигло очень высокого уровня. Однако эстетика зубов требует и визуальной гармонии с окружающими элементами. В течение длительного времени в стоматологии анализу лица уделялось мало внимания. С развитием эстетических требований взаимоотношению зубов с окружающими тканями и структурами стали придавать большее значение (Руфенахт К., 2008). Рост эстетических требований пациентов к реставрациям передних и боковых зубов привел к необходимости разработки новых материалов, обеспечивающих высокую прочность и оптимальные эстетические характеристики.

В настоящее время реальной альтернативой цельнокерамическим и металлокерамическим коронкам являются керамические виниры. С помощью виниров можно быстро изменить улыбку человека, не причиняя значительного дискомфорта, и ограничиться минимальным препарированием зубов. Полированная поверхность реставраций по текстуре близка к поверхности эмали, что способствует сохранению здорового состояния мягких тканей. Виниры обладают естественной флуоресценцией, проводят, поглощают и отражают свет точно так же, как и естественная эмаль. Такие консер-

вативные реставрации позволяют удовлетворять самые высокие требования пациентов.

В эстетической стоматологии термин Wax-up означает восковое моделирование. В стоматологии, как правило, моделируются зубы, а точнее – будущий результат стоматологического лечения. Одной из задач любого специалиста является, как можно более точно выявить все ожидания и предпочтения пациента. Например, если выполняются керамические коронки на передние зубы, то отправлять постоянные конструкции 20 раз в печь нецелесообразно. В таком случае врач и пациент могут прийти к единому знаменателю с помощью методики Wax-up. Доктор демонстрирует восковое моделирование пациенту, затем с помощью специальной технологии переносит в рот. Таким образом, во рту у пациента появляются временные конструкции Mok Up. Такие конструкции просто необходимы пациентам со стираемостью зубов, когда нужно серьезно повышать прикус, при больших протезных работах, при проблемах с суставом и т.д. Пациент имеет возможность использовать временные конструкции, которые будут максимально приближены к постоянным зубам.

Цель исследования

Обоснование необходимости применения методик Wax-up и Mok-Up при ортопедическом восстановлении фронтальных зубов винирами.

Материал и методы

Протезирование винирами осуществлено 9 пациенткам женского пола (средний возраст 27 лет). 3 из них был проведен традиционный протокол ортопедического лечения винирами, у 6 протезирование винирами служило этапом предварительной подготовки с помощью методик Wax-up и Mok-Up. Оценку использованных методик проводили с помощью опроса пациенток и фотопротокола.

Результаты и обсуждение

Рассмотрим результаты предложенных методик у 3 пациенток.

Пациентка 1.



Рис. 1. Исходная ситуация.



Рис. 2. Модель с Wax-up – вид с оральной стороны.



Рис. 3. Модель с Wax-up – вид с вестибулярной стороны.



Рис. 4. Ретракция десны и препарирование зубов.

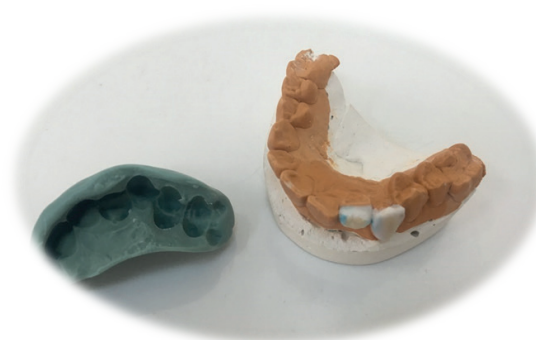


Рис. 5. Снятие слепка с модели Wax-up.



Рис. 6. Перенос модели Wax-up в полость рта и создание модели Mok Up.



Рис. 10. Mok-Up.



Рис. 7. Итог протезирования керамическими винирами.

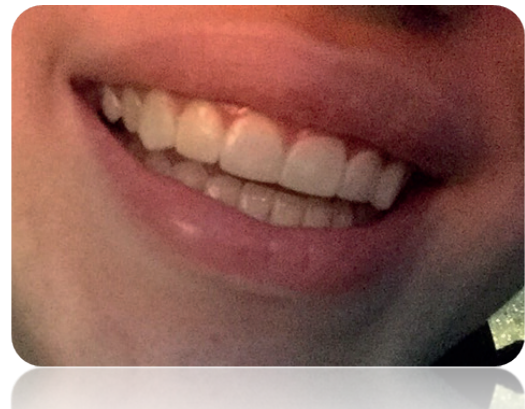


Рис. 11. Окончательный результат протезирования композитными винирами.

Пациентка 2



Рис. 8. Исходная ситуация.



Рис. 9. Wax-up.

Пациентка 3



Рис. 12. Исходная ситуация.



Рис. 13. Модель с Wax-up.



Рис. 14. Препарированные зубы и ретракция десны под виниры.



Рис. 15. Вид с Mock-up в полости рта.



Рис. 16. Итог протезирования керамическими винирами.

Мы старались повысить уровень эстетических параметров улыбок наших пациенток. Первую пациентку волновало вестибулярное положение 23 зуба и оральное положение 22 зуба. Пациентка нуждалась в срочном изменении положения зубов, поэтому отказалась от ортодонтического лечения в связи с отъездом на обучение за границу. После проведения фотопротокола и изготовления модели Wax up пациентка решила на протезирование винирами и осталась довольна результатами.

Вторая пациентка обратилась с жалобами на наличие трем и пожелала увеличить размер фронтальных зубов. После неоднократного ортодонтического вмешательства тремы закрылись, но через несколько месяцев частично открылись. После

проведения фотопротокола и изготовления Wax-up пациентка решила протезироваться с помощью виниров. Результаты протезирования ее полностью удовлетворили.

Третья пациентка предъявила жалобы на некрасивую грубую форму фронтальных зубов с вестибулярным наклоном режущих краёв и пожелала изменить цвет зубов. После кабинетного химического отбеливания зубов, проведения фотопротокола и изготовления модели Wax-up пациентка пожелала изменить свою улыбку с помощью виниров. Но при переносе Wax-up модели в Mock-up пациентка пожелала ещё немного уменьшить размер 12 и 21 зубов, а также более выраженнее завести режущие края орально. Зубной техник учёл все пожелания пациентки при изготовлении постоянных виниров. В результате и врачи, и пациентка получили огромное удовольствие от работы и её результатов.

Пациенты, которым было проведено протезирование с помощью стандартного протокола, не могли оценить заранее итог работы, и двое из них не были до конца удовлетворены результатами.

Таким образом, можно смело утверждать, что затраты и время на методики Wax-up и Mock-up полностью оправдывают себя и застраховывают врача и зубного техника от переделывания работы, при котором экономические затраты и время могут обойтись гораздо дороже, чем расходы на данные методики.

Литература

1. Ведерникова Л.В. Планирование эстетики керамических виниров без предварительного препарирования зубов // Пробл. стоматол. – ГОД. – №???. – С. 35.
2. Гюрель Г. Керамические виниры. Искусство и наука. – М., 2010. – 126 с.
3. Юдина Н.А. Клинические этапы прямой композитной реставрации передних зубов (виниры, компониры). – Соврем. стоматол. – 2014. – №???. – С. 26.

Цель: обоснование необходимости применения методик Wax-up и Mock-Up при ортопедическом восстановлении фронтальных зубов винирами.
Материал и методы: протезирование винира-

ми было проведено 9 пациенткам женского пола (средний возраст 27 лет). У 3 из них использовался традиционный протокол ортопедического лечения винирами, у 6 протезирование винирами служило этапом предварительной подготовки с помощью методик Wax-up и Mok-Up. Оценку использованных методик проводили с помощью опроса пациентов и фотопротокола. **Результаты:** все три пациентки были удовлетворены результаты лечения винирами. Пациенты, которым протезирование проводилось с помощью стандартного протокола, не могли оценить заранее итог работы, 2-х из них остались недовольны полученными результатами. **Выводы:** затраты и время на методики Wax-up и Mok-up полностью оправдывают себя и застраховывают врача и зубного техника от переделывания работы, при котором экономические затраты и время могут обойтись гораздо дороже, чем расходы на данные методики.

Ключевые слова: зубное протезирование, лечение винирами, методики Wax-up и Mok-up, удовлетворенность результатами.

В данной статье практически обосновывается рекомендация по применению Wax-Up и Moc-Up при протезировании винирами. Восковое моделирование будущей конструкции протеза является актуальным в эстетической стоматологии, так как дает возможность пациенту оценить эстетику последующего ортопедического лечения. И тем самым ,облегчает работу зубного техника и врача, застраховывая их от переделывания работы.

In this article, the recommendation for the use of Wax-Up and Moc-Up with veneers is practically justified. Wax modeling of the future design of the prosthesis is relevant in aesthetic dentistry, as it allows the patient to assess the aesthetics of subsequent orthopedic treatment. And thus, facilitates the work of the dental technician and the doctor, insuring them from the alteration of the work.

УДК: 616-089.163:615.214.2

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТЕНОТЕН ДЛЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПРЕМЕДИКАЦИИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ



**Халматова М.А., Хасанов Ш.М.,
Ахтамов Ш.Д.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Психоэмоциональное состояние пациента перед операцией определяется его характерологическими особенностями, в том числе такой чертой характера, как тревожность. Неадекватную премедиацию считают анестезиологическим осложнением, так как предоперационное эмоциональное напряжение в отсутствие антистрессовой защиты негативно сказывается практически на всех функциях организма, увеличивая степень операционного риска и вероятность развития периоперационных осложнений [5].

Существует лечебная и профилактическая премедиация: лечебная премедиация предусматривает предоперационную коррекцию нарушенных жизненно важных функций, профилактическая направлена на профилактику возможных осложнений предстоящего оперативного вмешательства в условиях общей анестезии [4].

Несмотря на большое количество работ, исследование индивидуальной психической оценки пациентов перед операцией остается актуальной проблемой.

С этой целью определяется индекс напряжения регуляторных систем на основе метода вариационной пульсометрии [6], в качестве критерия оценки психоэмоционального состояния и уровня адаптации используется интегративный тест тревожности [1], изучаются нейровегетативные, респираторные и гемодинамические показатели [3,7], оценивается психоэмоциональное состояние пациентов и варианты его проявления на основе различных психологических тестов и шкал [2,9].

Как показывает практика, стоматологические вмешательства ассоциируются с болью и другими непри-

ятными ощущениями. Негативный опыт встречи со стоматологом является причиной отказа от любых стоматологических манипуляций, что приводит к отсроченным визитам.

В настоящее время доминирующее положение в премедикации продолжают занимать бензодиазепиновые транквилизаторы. Однако известно, что они имеют ряд побочных эффектов (сонливость, аллергические реакции). Поэтому необходимо изучение новых, современных и безопасных средств для премедикации.

В последние годы, помимо седативных препаратов внимание исследователей привлекают нейропсихотропные препараты, такие как нейропептиды и мозгоспецифические белки. Среди них существенный интерес представляет семейство мозгоспецифических белков S-100, которые являются важнейшими регуляторами интегративной деятельности мозга [8].

В своей работе мы использовали препарат тенотен, представляющий собой противотревожный препарат, обладающий широким спектром психотропной и нейротропной фармакологической активности.

Цель исследования

Сравнительная оценка эффективности препаратов тенотен и ново-пассит для премедикации при проведении операций в челюстно-лицевой области.

Материал и методы

В исследовании принял участие 51 пациент (32 женщины и 19 мужчин), у которых были выявлены проявления эмоционального стресса: негативное поведение, беспокойство, страх, повышенная двигательная и вербальная активность. Пациенты с сопутствующей патологией и отсутствием тревоги в данное исследование не включались.

Пациенты были разделены на три группы по 17 человек в каждой. Больные контрольной группы получали плацебо – таблетки глюконата кальция белого цвета,

без вкуса и запаха по 1 таблетке. Пациенты 1-й группы получали тенотен в дозировке 2 + 1 таблетка за 15 минут до приема пищи под язык согласно инструкции. У пациентов 2-й группы в качестве препарата сравнения применяли ново-пассит в дозе 2 таблетки.

В исследовании использовали клинические и психологические методы. Клинический метод включал наблюдение, опрос и измерение вегетативного статуса (частота дыхания – ЧД, артериальное давление – АД, частота сердечных сокращения – ЧСС до и после премедикации). В качестве психологического метода использовали шкалу MDAS (Modified Dental Anxiety Scale). Статистическая обработка проводилась с помощью пакета SPSS.

По шкале MDAS по балльной системе оценивалось поведение до лечения и через 30 минут после премедикации: 1 балл – позитивное поведение, 2 балла – нейтральное поведение, 3 балла – легкие признаки негативного поведения, 4 балла – средние признаки негативного поведения, 5 баллов – сильные признаки негативного поведения. Поведение больных оценивалось по выражению лица, речевой активности, скорости подхода и расположению в кресле, наличию двигательных реакций. Отметка 1 балл ставилась при условиях: улыбка или спокойное выражение лица, положительная речевая активность или отсутствие ее, ответ на вопрос «Будем лечить зубы?» – «Конечно», «А как же», «Да», быстрый подход к креслу, свободное расположение в нем, открывание рта сразу же после усаживания в кресло или в ответ на включение бормашины, без просьбы врача, отсутствие защитных двигательных реакций при лечении зубов. Соответственно, отметка «5 баллов» – слезы, гримаса недовольства, отсутствие мимических проявлений, словесные отказы от лечения, условия, крик, ответ на вопрос «Будем лечить зубы?» – «Нет, не хочу», «Не сегодня», «Мне будет больно!», «Только с уколom!», «Это ужасно!», «Очень боюсь!», медленный подход и усаживание в кресло, открыва-

Таблица. Клинические показатели пациентов, получавших ново-пассит (числитель) и тенотен (знаменатель)

Показатель	Среднее ± стандартное отклонение		p-level
	до лечения	после лечения	
Пульс	78,27±7,55	71,43±7,29	<0,001
	83,67±10,36	75,43±9,85	<0,001
ЧД	28,67±2,41	22±2,36	<0,001
	30,43±2,71	23,43±2,77	<0,001
АД (верхнее)	120,83±3,96	116±2,75	<0,001
	121,5±5,59	116,5±3,97	<0,001
АД (нижнее)	79,83±3,59	77,5±4,3	<0,001
	80,67±4,3	77,17±3,39	<0,001
MDAS	4,43±0,77	2,17±0,79	<0,001
	4,5±0,73	1,97±0,72	<0,001



ние рта для осмотра и лечения после неоднократной команды врача «Откройте рот!», активные защитные движения руками, отведение головы в сторону, движения тела, мешающие работе врача, движения ног, стоп, отказ от продолжения лечения.

Как показал анализ показателей по шкале MCDAS, у 8 (15,6%) пациентов была легкая степень негативного поведения, у 12 (23,5%) – умеренная, у 31 (60,4%) – выраженная степень.

В ходе исследования было выявлено, что тенотен и ново-пассит обладают выраженным анксиолитическим эффектом. По результатам проверки гипотезы о равенстве показателей, измерявшихся до и после приема препарата с использованием непараметрического критерия Для зависимых выборок Т-Вилкоксона, можно заключить, что у всех испытуемых гипотеза о равенстве физиологических показателей (пульс, ЧД, АД) и показателей по методике MDAS до и после приема препарата не подтвердилась, следовательно, можно принять альтернативную гипотезу о наличии различий измерявшихся показателей. Отсюда следует, что физиологические показатели и показатели по методике MDAS во всех группах до приема препарата были на высоком уровне статистической значимости ($p < 0,001$) (табл.).

Плацебо также оказывало достоверный анксиолитический эффект, который, однако, отличался от лекарственного более быстрым началом и меньшей продолжительностью действия.

По результатам проверки гипотезы о равенстве физиологических показателей, а также показателей по методике MDAS в разных группах с использованием непараметрического критерия для нескольких независимых выборок Краска – Уоллиса, непараметрического критерия для двух независимых выборок Манна – Уитни можно заключить, что гипотеза о равенстве физиологических показателей (пульс, ЧД, АД) и показателей по методике MDAS не подтвердилась, следовательно, можно принять альтернативную гипотезу о наличии различий измерявшихся показателей.

При сравнении групп испытуемых, принимавших тенотен и ново-пассит было обнаружено, что у пациентов, получавших тенотен, показатели пульса и ЧД до и после приема препарата были значимо выше («до» – соответственно $p = 0,004$ и $p = 0,002$, «после» – $p = 0,02$ и $p = 0,01$). Из этого можно сделать вывод, что ново-пассит оказывает более выраженное положительное действие, чем тенотен.

Однако после приема ново-пассита у 39% пациентов наблюдались побочные эффекты в виде мышечного расслабления, сонливости, замедления скорости рефлекторного ответа. На фоне премедикации тенотена такие побочные эффекты не наблюдались.

Таким образом, сравнительная оценка эффектив-

ности препаратов ново-пассит и тенотен в качестве средства премедикации на стоматологическом приеме показала, что тенотен обладает более высоким анксиолитическим эффектом. Препарат хорошо переносился. Наблюдаемая под влиянием препарата тенотен надежная корреляция психоэмоционального статуса пациента помогает выстроить обстановку психологического комфорта для пациента и врача, избежать осложнений в процессе лечения и после него. Препарат эффективен, безопасен, его можно рекомендовать для широкого применения в стоматологической практике в качестве дневного транквилизатора пациентам со средней и выраженной степенью боязни и страха в дозе 2+1 таблетка.

Литература

1. Бобринская И.Г., Хайкин С.С. Комплексная оценка эффективности премедикации у пациентов хирургического стационара // Проблема безопасности в анестезиологии: Материалы междунар. конф. – М., 2005. – С. 18.
2. Бобринская И.Г., Хайкин С.С. Применение интегративного теста тревожности для оценки психоэмоционального состояния пациентов в хирургическом стационаре // Актуальные вопросы анестезиологии и реаниматологии. – М., 2005. – С. 18-19.
3. Бобринская И.Г., Ялтонский В.М., Хайкин С.С., Быкова О.А. Влияние премедикации на тревожность в предоперационном периоде женщин с гинекологическими заболеваниями // Общая реаниматол. – 2007. – №4. – С. 65-69
4. Гельфанд Б.Р. Анестезиология и интенсивная терапия. – М.: Литтерра, 2005. – С. 367-380.
5. Демьяненко С.А. Стресс индуцированные реакции психоэмоционального напряжения пациентов на стоматологическом приеме // Рос. стоматол. журн. – 2015. – Т. 19, №4. – С. 23-26.
6. Духина И.А. Особенности антистрессорного действия «Тенотена» (антитела к мозгоспецифическому белку S-100) в зависимости от типа эмоционально-стрессовой реакции (экспериментальное и клиническое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006.
7. Попов В.В., Фрицше Л.Н. Вариабельность сердечного ритма: возможности применения в физиологии и клинической медицине // Украинський медичний часопис. – 2006. – №2 (52). – С. 24-30.
8. Ilyk R.R. Premedication of dental patients - the very impotent element of preparation before ambulant treatment // Новини стоматології. – 2009. – №2 (59). – С. 72-75.
9. Lieb K., Selim M.H. Preoperative Evaluation of Patients With Neurological Disease // Semin. Neurol. – 2008. – Vol. 28, №5. – P. 603-610.

Цель: сравнительная оценка эффективности препаратов тенотен и ново-пассит для премедикации при проведении операций в челюстно-лицевой области. **Материал и методы:** в исследовании принял участие 51 пациент (32 женщины и 19 мужчин), у которых имелись проявления эмоционального стресса: негативное поведение, беспокойство, страх, повышенная двигательная и вербальная активность. Пациенты были разделены на три группы по 17 человек в каждой. **Результаты:** сравнительная оценка эффективности препаратов ново-пассит и тенотен в качестве средства премедикации на стоматологическом приеме показала, что тенотен обладает более высоким анксиолитическим эффектом. Препарат хорошо переносился. Наблюдаемая под влиянием препарата тенотен надежная корреляция психоэмоционального статуса пациента помогает выстроить обстановку психологического комфорта для пациента и врача, избежать осложнений в процессе лечения и после него. **Выводы:** препарат тенотен можно рекомендовать для широкого применения в стоматологической практике в качестве дневного транквилизатора пациентам со средней и выраженной степенью боязни и страха в дозе 2+1 таблетка.

Ключевые слова: операции в челюстно-лицевой области, премедикация, эмоциональный стресс, анксиолитический эффект, тенотен, ново-пассит.

Бизнинг изланишларимизга салбий ҳатти-ҳаракатлар, безовталиқ, қўрқув, ҳаракат ва вербал активлики кучайиши каби эмоционал зўриқиш кузатилган 51 бемор жалб этилди. Беморлар 3 гуруҳга ажратилди: ҳар бири плацебо преператини қабул қилинган (назорат гуруҳи) 17 та бемор; “Тенотен” – 17 та бемор; “Ново-пассит” – 17 та бемор. Стоматологик қабулда премедикация сифатида қўлланган “Ново-пассит” и “Тенотен” препратларини қўллаган ҳолда солиштирма текширув олиб борилганда, “Тенотен” препарати юқори анксиолитик эффектга эгаллиги аниқланди.

Our study involved 51 patients who have been identified manifestations of emotional stress: negative behavior, anxiety, fear, increased motor and verbal activity. Patients were divided into three groups, each of which received: placebo (control group) - 17 patients; «Tenoten» - 17 patients; «Novo-passit» - 17 patients. Comparative study of the preparations «Novo-passit» and «Tenoten» as a means of sedation in dentistry, revealed that «Tenoten» has a high anxiolytic effect.

УДК: 616.31-002.1.152-615.451.234-053.2/5

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИФИТОВОГО МАСЛА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ



Махсумова С.С., Ходжаева К.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Герпетическая инфекция относится к числу самых распространенных и плохо контролируемых инфекций человека. По данным ВОЗ, заболевания, вызванные вирусом простого герпеса, по частоте занимают второе место после гриппа. Источником заражения являются лица с острой или персистирующей герпетической инфекцией.

Острым герпетическим стоматитом (ОГС) болеют дети разных возрастных групп, однако наиболее часто он встречается у детей в возрасте от 6 месяцев до 3-х лет. Это объясняется тем, что в этом возрасте у детей исчезают антитела, полученные от матери через плаценту, а также нивелируются морфологические особенности строения слизистой оболочки полости рта. Заболевание протекает как в форме острой инфекции, так и в виде активации латентного носительства. У детей с ОГС в полости рта происходят изменения микрофлоры. Продолжительность заболевания зависит от его тяжести.

ОГС протекает в трех клинических формах: легкой, среднетяжелой и тяжелой.

Среднетяжелая форма острого герпетического стоматита характеризуется достаточно четко выраженными симптомами токсикоза и поражения слизистой оболочки рта во все периоды болезни. Уже в продромальном периоде самочувствие ребенка ухудшается, появляются слабость, капризы, ухудшение аппетита; наблюдаются катаральная ангина или симптомы острого респираторного заболевания. Подчелюстные лимфатические узлы увеличиваются, становятся болезненными. Температура поднимается до 37-37,5°C. По мере нарастания болезни в период развития заболевания (фаза катарально-

го воспаления) температура поднимается до 38-39°C, появляются головная боль, тошнота, бледность кожных покровов. На пике подъема температуры, усиленной гиперемии и выраженной отечности слизистой оболочки как в полости рта, так и нередко на коже лица в области рта появляются элементы сыпи. В полости рта обычно отмечаются от 10 до 20-25 элементов поражения. В этот период усиливается слюноотделение, слюна становится вязкой, тягучей. Развивается ярко-выраженное воспаление и кровоточивость десен.

Несмотря на большой арсенал методов и средств лечения, многие аспекты проблемы острого герпетического стоматита остаются не решенными, высокий процент хронизации заболевания диктует необходимость поиска и разработки новых методов лечения этого заболевания у детей.

Цель исследования

Оценка эффективности препарата «Кизил мой» (полифитовое масло) у детей с острым герпетическим стоматитом.

Материалы и методы

Полифитовое масло представляет собой масляный экстракт лекарственных растений (цветов зверобоя, листьев крапивы, корней солодки, плодов облепихи, цветов, плодов и корней шиповника, трав мелисы и тимьяна ползучего), обладающих противовоспалительным, антибактериальным, ранозаживляющим, регенерирующим, общеукрепляющим и тонизирующим действием.

Были обследованы 40 детей с ОГС средней степени тяжести в возрасте от 1-го года до 3-х лет, обратившихся в поликлинику Ташкентского государственного стоматологического института. Больные были разделены на 2 группы. В 1-й группе проводилось традиционное лечение, которое включало общую терапию, обработку полости рта раствором фурацилина 1:5000 и аппликации маслом шиповника. У пациентов 2-й группы на фоне общей терапии полость рта также обрабатывали раствором фурацилина 1:5000, а для аппликаций использовали препарат «Кизил мой».

Клинически у всех больных наблюдались явления гиперемии, отечность на слизистой оболочке полости рта, эрозии и язвы, покрытые белым налетом. Размеры поражения варьировали от 2-3 до 7-8 мм. Афты наблюдались на слизистой языка, губ и переходных складках. Свободная от эрозий слизистая была отечна и гиперемирована, язык обложен бело-серым налетом, изо рта гнилостный запах, отмечалось усиление саливации. Подчелюстные, подбородочные и шейные лимфоузлы были увеличены.

Результаты и обсуждение

У всех детей до лечения количество лактобактерий составляло $3,15 \pm 0,1$ КОЕ/мл, анаэробов $4,27 \pm 0,25$ КОЕ/

мл, пептострептококков $4,17 \pm 0,21$ КОЕ/мл, уровень лизоцима был равен $13,2 \pm 0,5$ мг%.

У пациентов 1-й группы уменьшение кровоточивости десен, эпителизация отмечались на 6-е сутки после лечения. Лимфатические узлы уменьшались на 6-7-е сутки. Выздоровление наступало на 10-е сутки. После лечения количество лактобактерий снизилось до $3,6 \pm 0,31$ КОЕ/мл, содержание анаэробов возросло до $5,57 \pm 0,37$ КОЕ/мл, количество пептострептококков уменьшилось до $4,2 \pm 0,21$ КОЕ/мл.

У пациентов 2-й группы уменьшение боли и улучшение общего самочувствия отмечалось уже на следующие сутки. Афты эпителизовались в течение 4-5 дней, исчезли гиперемия, отек, началась эпителизация пораженных участков, десневые сосочки принимали правильную конфигурацию. Полное выздоровление наступало на 5-6-е сутки. Следует отметить, что аллергических реакций на препарат не наблюдалось. После лечения количество лактобактерий уменьшилось до $3,9 \pm 0,41$ КОЕ/мл, анаэробов до $5,87 \pm 0,37$ КОЕ/мл, пептострептококков до $4,51 \pm 0,22$ КОЕ/мл, уровень лизоцима составил увеличился до $19,7 \pm 0,5$ мг%.

Таким образом, препарат «Кизил мой» при лечении острого герпетического стоматита у детей проявил высокую эффективность, что позволяет рекомендовать его не только для лечения ОГС, но и при развитии различных патологических изменений слизистой оболочки полости рта, при которых имеются воспалительные изменения.

Литература

1. Астапов А.А., Максименя Г.Г., Зборовская А.А. Противовирусные препараты в педиатрической практике: Учеб.-метод. пособие. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск: БГМУ, 2009. – 32 с.
2. Вичканова С.А. Эффективность аллизарина при герпесвирусных заболеваниях у детей и взрослых. – М., 2002.
3. Йулдоишанова А.С., Махсумова С.С., Мухамедова М.С. Эффективность геля лидокор при лечении острого герпетического стоматита у детей // *Dentist Казахстана*. – 2007.
4. Казанцева И.А., Смоленов И.В. Современные методы диагностики и лечения больных с герпетической инфекцией полости рта // *Стоматол. детского возраста и профилактика*. – 2011.
5. Куряхи Н.В. Терапевтическая стоматология детского возраста. – М., 2008.
6. Михайловская В.П., Попруженко Т.В., Белая Т.Г. Герпесвирусы в патологии челюстно-лицевой области у детей: Учеб.-метод. пособие. – 2-е изд. – Минск: БГМУ, 2009. – 75 с.
7. Михайловская В.П., Попруженко Т.В., Белая Т.Г. Герпесвирусы в патологии челюстно-лицевой области у детей: Учеб.-метод. пособие. – Минск: БГМУ, 2005. – 68 с.

8. Терехова Т.Н. и др. Клиническая фармакология в стоматологии детского возраста: Учеб. пособие. – 2-е изд. – Минск: БГМУ, 2008. – 191 с.

Цель: оценка эффективности препарата «Кизил мой» (полифитовое масло) у детей с острым герпетическим стоматитом. **Материалы и методы:** обследованы 40 детей с острым герпетическим стоматитом средней степени тяжести в возрасте от 1-го года до 3-х лет, обратившихся в поликлинику Ташкентского государственного стоматологического института. В 1-й группе проводилось традиционное лечение, которое включало общую терапию, обработку полости рта раствором фурацилина 1:5000 и аппликации маслом шиповника. У пациентов 2-й группы на фоне общей терапии полость рта также обрабатывали раствором фурацилина 1:5000, для аппликаций использовали препарат «Кизил мой». **Результаты:** у пациентов 1-й группы уменьшение кровоточивости десен, эпителизация наблюдались на 6-е сутки после лечения. Лимфатические узлы уменьшались на 6-7-е сутки. Выздоровление наступало на 10-е сутки. У больных 2-й группы уменьшение боли и улучшение общего самочувствия отмечалось уже на следующие сутки. Полное выздоровление наступало на 5-6-е сутки. **Выводы:** учитывая высокую эффективность препарата «Кизил мой» при лечении острого герпетического стоматита у детей его можно рекомендовать и при других воспалительных изменениях изменениях слизистой оболочки полости рта.

Ключевые слова: дети, острый герпетический стоматит, слизистая оболочка полости рта, препарат «Кизил мой»

Herpetic infection is one of the most common human infections. The aim of our work was to study the effectiveness of polyphyte oil in children with acute herpetic stomatitis. Polyphyte oil has anti-inflammatory, antibacterial, wound healing and tonig up effect. Polyphyte oil is very beneficial for treatment and recovery of patients, who used polyphyte oil, occurred earlier.

Герпес вируси инсон организмидаги кенг тарқалган инфекция ҳисобланади. Бизнинг мақсадимиз шундан иборатки, ўткир герпетик стоматит билан касалланган беморларни полифит мойини қўллаб, даволаш самарадорлигини оширишдан иборат. Полифит мойи яллиғланишга қарши, антибактериал, умумқувватлантирувчи дори воситаси ҳисобланади. 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган болалар орасида полифит мойини қўлланишининг қулайлиги айниқса самарали натижаларга эришимизга асос бўлди.

УДК: 616.742.71-003.974-031.13

К ВОПРОСУ ОССИФИЦИРУЮЩЕГО МИОЗИТА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МЫШЦЫ



Махмудов А.А., Храмова Н.В.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Оссифицирующий миозит (ОМ) – это группа заболеваний соединительной ткани, часто по типу относимая к миозитам. Оссифицирующий миозит характеризуется ограниченным формированием кости в толще мышцы, по-другому – опухолеподобный процесс, локализующийся в мягких тканях [2]. Развитие новообразованной костной ткани в мышцах встречается либо в виде изолированного поражения какой-нибудь мышцы или мышечной группы (myositis ossificans circumscripta), либо в форме прогрессивного системного заболевания (myositis ossificans progressiva).

Распространенность ОМ составляет 1 случай на 2 млн. человек [4]. Установлено, что чаще от оссифицирующего миозита страдают мужчины в возрасте от 30 до 40 лет.

Этиология формирования кости в мышце неизвестна [5]. Патогенез также остается неизученным. Согласно одной из теорий, травма мышцы стимулирует пролиферацию фибробластов, которые затем подвергаются костной метаплазии. Есть также мнение, что травма скелетной мышцы вызывает экспрессию костного морфогенетического белка на поврежденном участке, которая, в свою очередь, стимулирует примитивные стволовые клетки дифференцироваться в остеобласты, что приводит к гетеротопическому окостенению [10,11]. Некоторые авторы утверждают, что прогрессирующий ОМ вызван мутацией гена, кодирующего активины типа киназы, что приводит к изменению хондро- и остеогенеза [3,7,8].

В данное время в основном выделяют три подтипа:

- травматический оссифицирующий миозит. Симптомы травматического оссифицирующего миозита: заболевание может манифестировать спустя несколько месяцев и даже год после полученной травмы. Нередко наблюдается скрытое течение болезни с незначительными болями, которым люди не придают значения;
- прогрессирующий оссифицирующий миозит: это заболевание также называют оссифицирующей фи-

бродистрофией, болезнью Мюнхмайера, опухолью Стернера. Это наиболее редкая форма миозита, которая характеризуется частыми рецидивами. Болезнь выражается в появлении на теле участков окостенения. Они формируются из соединительной ткани межмышечных прослоек, сухожилий и связок (рис. 1). Появляются участки припухлостей в области шеи, спины, плечевых мышц. Участки склонны к формированию отеков. Часто наблюдается их покраснение, гипертермия, местная болезненность. Со временем припухлости становятся менее плотными, а мышцы затвердевает;

- трофоневротический оссифицирующий миозит: оссификаты при данной разновидности болезни образуются рядом с суставами и костями по всему скелету. Исключение составляют лишь кости черепа. Для образований характерна симметричность, преимущественно они располагаются в близлежащих к телу отделах конечностей.

По данным литературы, встречаются единичные случаи оссифицирующего миозита, такие как *m. masseter*, *m. temporalis*, *m. pterygoideus*, *m. buccinator*, *m. platysma*, *m. Sternocleidomastoideus* [6,9]. Оссифицирующий миозит необходимо дифференцировать с доброкачественными опухолями соединительной ткани,

остеомой, остеобластомой, остеосаркомой, узловым фасцитом, рабдомиомой, хондромой, остеохондромой, немаловажное значение при этом имеет гистологическое строение [2,10].

Гистологическая картина оссифицирующего жевательных мышц имеет разное морфологическое строение с наличием или отсутствием зональности при оссификации ткани. Имеются дифференциальные признаки ОМ:

- 1) отсутствие спикул, треугольника Кодмана при рентгенологическом исследовании,
- 2) малое количество или отсутствие фигур митозов в клетках,
- 3) большое количество зрелых костных балок,
- 4) зональность микроскопического строения [2].

По данным И.Н. Костина и соавт. [1], отмечается также непостоянный признак зональности узла при поражении жевательных мышц и стойкое нарушение подвижности нижней челюсти без болевого синдрома.

Приводим наблюдение.

В отделение взрослой челюстно-лицевой хирургии клинической больницы скорой медицинской помощи г. Ташкента 9.04.2018 года поступил больной Ю. 1965 года рождения, с жалобами на ограничение открывания рта, припухлость щечной области слева (и/б 6717). Из анамнеза: в декабре 2017 года получил тупую травму в щечную область слева, после чего появилась припухлость, постепенно присоединилось ограничение открывания рта, затруднение при приеме пищи и речи. При внешнем осмотре максимальное открывание рта составляло 20 мм. При открывании рта нижняя челюсть смещалась в сторону пораженной мышцы. Боли не наблюдалось. Кожные покровы без изменений. В проекции *m. masseter* пальпаторно определялся безболезненный, не смещаемый, с четкими границами участок уплотнения тканей.

При мультиспиральной компьютерной томографии выявлены участки окостенения в пораженной жевательной мышце слева с четкими границами (рис. 2). Под общим наркозом была проведена операция по устранению контрактуры нижней челюсти. В процессе операции была полностью удалена жевательная мышца слева. Макроскопически удаленная мышца представляла собой костный конгломерат без мышечных волокон (рис. 3).

Заключение

Необходимо помнить, что, несмотря на то, что оссифицирующий миозит жевательной мышцы является редким заболеванием, его клиническое и гистологическое сходство с опухолями костной ткани служит врачу челюстно-лицевому хирургу напоминанием о необходимости онкологической настороженности.

Литература

1. Костина И.Н., Зайцева Л.Н., Филатова А.С., Иоценко С.Е. Оссифицирующий миозит жевательных мышц // *Рос. стоматол.* – 2012. – №5 (4). – С. 29-32.
2. Нейштадт Э.Л., Маркочев А.Б. *Опухоли и опухолеподобные заболевания костей.* – СПб, 2007. – 344 с.

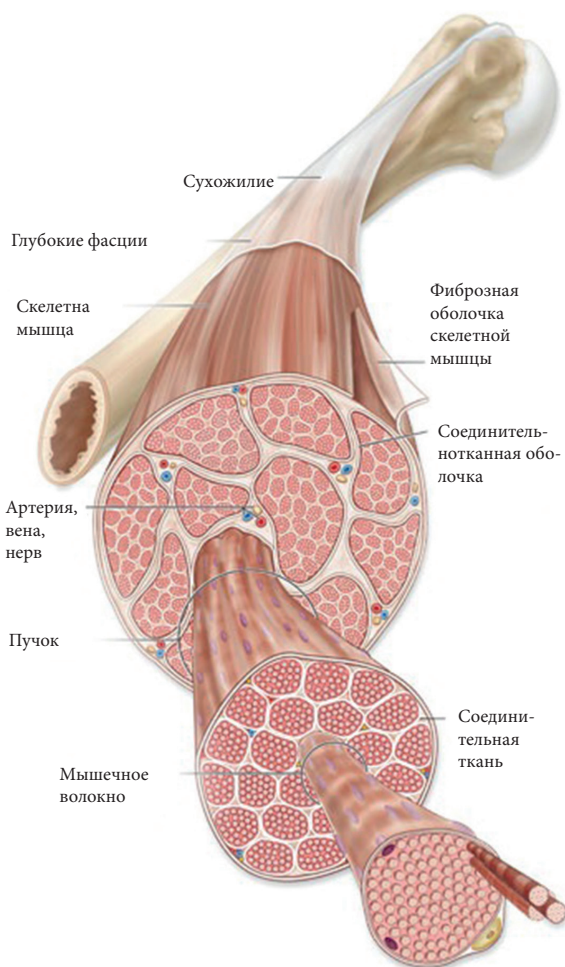


Рис. 1. Строение скелетной мышцы.

3. Billings P.C., Fiori J.L., Bentwood J.L. et al. Dysregulated BMP signaling and enhanced osteogenic differentiation of connective tissue progenitor cells from patients with fibrodysplasia ossificans progressiva (FOR) // *J. Bone Miner. Res.* – 2008. – Vol. 23, №3. – P. 305-313.

4. Conner G.A., Duffy M. Myositis ossificans: a case report of multiple recurrences following third molar extractions and review of the literature // *J. Oral. Maxillofac. Surg.* – 2009. – Vol. 67, №4. – P. 920-926.

5. Estrada-Villasen E., Cedillo E.D., Martinez G.R. Scrape cytology of myositis ossificans: report of a case and analysis of the cytologic findings described previously // *Citopathology.* – 2008. – Vol. 36. – P. 50-53.

6. Patel S., Richards A., Trehan R., Railton G.T. Post-traumatic myositis ossificans of the sternocleidomastoid following fracture of the clavicle: a case report // *Cases J.* – 2008. – Vol. 1. – P. 143.

7. Shen Q., Little S.C., Xu M. et al. The fibrodysplasia ossificans progressiva R206H ACVR1 mutation activates BMP-independent chondrogenesis and zebrafish embryo ventralization // *J. Clin. Invest.* – 2009. – Vol. 119, №11. – P. 3462-3472.

8. Shore E.M., Xu M., Feldman G.J. A recurrent mutation in the BMP type 1 receptor ACVR1 causes inherited and sporadic fibrodysplasia ossificans progressiva // *Nat. Genet.* – 2006. – Vol. 38. – P. 525.

9. Uematsu Y., Nishibayashi H., Fujita K. et al. Myositis ossificans of the temporal muscle as a primary scalp tumor // *Case report. Neurol. Med. Chir. (Tokyo).* – 2005. – Vol. 45. – P. 56-58.

10. Wiggins R., Thurber D., Abramovitch K. et al. Myositis ossificans circumscripta of the buccinator muscle: first report of a rare complication of mandibular third molar extraction // *J. Oral. Maxillofac. Surg.* – 2008. – Vol. 66, №9. – P. 1959-1963.

11. Yu P.B., Deng D.Y., Lai C.S. et al. BMP type 1 receptor inhibition reduces heterotopic ossification // *Nat. Med.* – 2008. – Vol. 14. – P. 1363-1369.

Описаны особенности оссифицирующего миозита, который относится к группе заболеваний соединительной ткани, часто по типу относимого к миозитам. Оссифицирующий миозит характеризуется ограниченным формированием кости в толще мышцы, по-другому – опухолеподобный процесс, локализующийся в мягких тканях. Необходимо помнить, что, несмотря на то, что оссифицирующий миозит жевательной мышцы является редким заболеванием, его клиническое и гистологическое сходство с опухолями костной ткани служит врачу челюстно-лицевому хирургу напоминанием о необходимости онкологической настороженности.

Ключевые слова: заболевания соединительной ткани, жевательная мышца, оссифицирующий миозит, онкологическая настороженность.

The article analyzes the diseases related to myositis, gives examples of diagnoses that may be in the practice of the maxillofacial surgeon, in particular ossifying the myositis of the masticatory muscles. The clinical and histological picture of ossifying myositis is analyzed, the clinical case is presented, with step-by-step analysis.

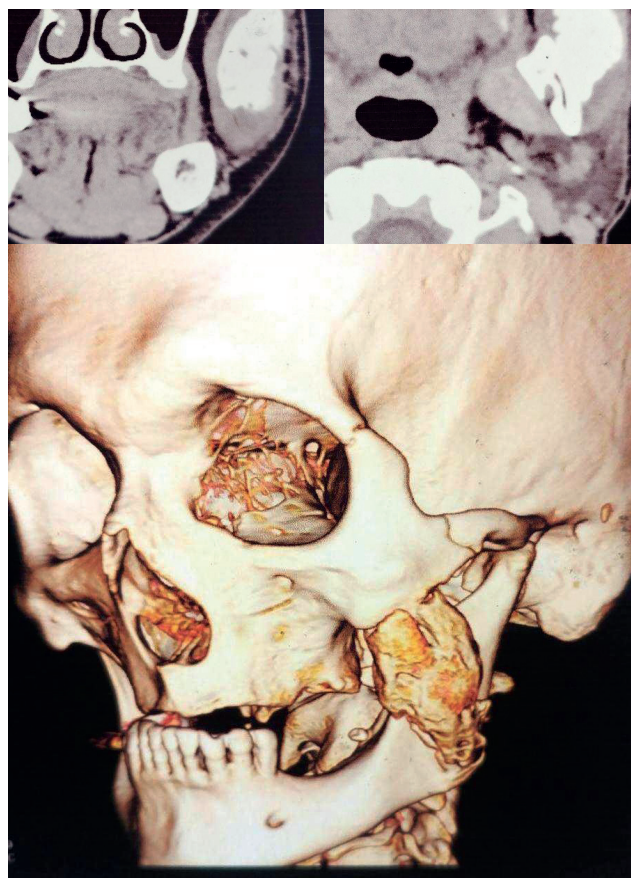


Рис. 2. Мультиспиральная компьютерная томография больного Ю.. Диагноз: оссифицирующий миозит жевательной мышцы слева.



Рис. 3. Удаленная жевательная мышца.

УДК: 616.314-77-031:616.314-089

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ С ОПОРОЙ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ



**Хабилов Н.Л., Сафаров М.Т.,
Досмухамедов Н.Б.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

В последнее десятилетие стоматологическая имплантология стала междисциплинарным направлением медицинской науки, вобравшим в себя проблемы не только хирургической и ортопедической стоматологии, но и биологии, физиологии, медицинского материаловедения и биотехнологий. Данное направление позволило значительно расширить показания к применению несъемных ортопедических конструкций (Кулаков О.Б. и др., 2004; Бахтинов А.А., 2005; Сирак С.В. и др., 2011).

Потребность в протезировании с помощью имплантатов в настоящее время очень велика. На практике постоянно возникают и решаются вопросы разработки новых конструкций имплантатов и технологий их изготовления с использованием современных материалов, которые позволили бы достичь полной биохимической и биомеханической совместимости и требуемого клинического эффекта (Базилян Э.А., 2004; Лясникова А.В., 2006; Нечаева Н.К., 2010).

Как свидетельствуют данные литературы, метод дентальной имплантации – один из ведущих при восполнении дефектов зубных рядов в ортопедической стоматологии, что в значительной мере помогает решить проблему реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями, сопровождающимися разрушением зубных и околозубных тканей (Григорьянц Л.А. и др., 2006; Кулаков А.А. и др., 2002; Сирак С.В. и др., 2008, 2011).

Одним из основополагающих факторов, обеспечивающих высокий эффект при имплантации, является правильное определение показаний к данному способу

лечения. От того, насколько обоснованно выбрана имплантация как средство устранения имеющегося дефекта зубного ряда изначально, зависит успех лечения.

Основными требованиями к материалам для дентальных имплантатов являются: клинико-биологические, определяемые особенностями взаимодействия живых тканей с материалом имплантата; биологические, связанные с токсикологическими, канцерогенными, коррозионными свойствами материала имплантата; технологические, определяемые особенностями обработки имплантатов; экономические, определяемые стоимостью материала и затратами на производство имплантатов (Кулаков О.Б., 2004).

Для стоматологической имплантации разрешено применять следующие материалы: кобальтохромовый сплав, корундовую керамику, титан, сплавы титана (Бахтинов А.А., 2005; Сирак С.В. и др., 2011; Кулаков О.Б. и др., 2004).

В настоящее время признано, что титан и его сплавы обладают наиболее приемлемыми биофункциональными свойствами в качестве материалов для изготовления дентальных имплантатов. Проблема остеоинтеграции титанового имплантата в кости решается различными путями. Наиболее распространенный – создание дентальных имплантатов с покрытием их наружной поверхности различными кальций-фосфат-гидроксиапатит-содержащими материалами (Амхадова М.А., 2005; Кулаков О.Б. и др., 2004).

Рядом авторов доказано, что поверхность используемого имплантата должна обладать высокой чистотой и достаточной шероховатостью для обеспечения адекватной остеоинтеграции (Сторожук П.Г. и др., 2009; Сирак С.В. и др., 2013; Чо Сунг Ам, 2009).

Некоторые исследователи выделяют шероховатость поверхности как главный фактор, способствующий максимальному количеству костно-имплантационных контактов (Воложин Г.А., 2010; Перикова М.Г. и др., 2013). Однако шероховатость неразрывно связана с топографией поверхности. Наиболее значимым показателем структуры поверхности является средняя глубина шероховатости (Sa) (Казиева И.Э. и др., 2013).

Следует отметить, что средняя глубина шероховатости – это математический параметр структуры поверхности, а топография (рельеф) – морфологический. Степень развитости рельефа поверхности имеет первостепенное значение на ранних стадиях репаративного остеогенеза (Сирак С.В. и др., 2013; Cooper L.F., 2008).

Дискуссионным остается вопрос о сроках начала протезирования после непосредственной имплантации (Зуев Ю.А. и др., 2003; Павлюченко И.И. и др., 2004; Слетов А.А. и др., 2013). Традиционно дентальная имплантация проводится лишь через 3-6 месяца после удаления зуба (Зуев Ю.А. и др., 2003; Кулаков А.А. и др., 2002; Сирак С.В. и др., 2011).



Вместе с тем возможность немедленной постановки имплантата в альвеолу зуба после его удаления является экономически оправданным способом совершенствования стоматологической помощи. Отдельные экспериментальные данные о непосредственной имплантации в лунку удаленного зуба и положительные клинические результаты указывают на возможность широкого применения этого метода (Григорьянц Л.А. и др., 2006; Зуев Ю.А. и др., 2003; Кулаков А.А. и др., 2002; Сирак С.В. и др., 2008, 2011, 2012).

Известен ряд способов непосредственного восстановления включенных дефектов зубных рядов при удалении зубов по различным показаниям, включающих элементы костной пластики ауто- и аллогенной костью или препаратами на основе гидроксиапатита кальция (Григорьянц Л.А. и др., 2006; Зуев Ю.А. и др., 2003; Павлюченко И.И. и др., 2004; Сирак С.В. и др., 2010, 2011). Недостатком этих способов является низкая адаптация и стабильность устанавливаемых имплантатов в альвеоле удаленного зуба, а также слабая остеоинтеграция имплантата в кости.

Таким образом, вопросы об обеспечении первичной стабилизации дентального имплантата за счет сохранения всех костных стенок альвеолы при удалении зуба и использовании новых остеопластических материалов нуждаются в дальнейшем изучении.

Современные требования к лечению пациентов с применением методов дентальной имплантации диктуют необходимость использования временных протезов практически на всех этапах, начиная с момента удаления зубов, периода остеоинтеграции и вплоть до изготовления постоянных протезов. Конструкции временных протезов при имплантации могут быть как съёмными, так и несъёмными. В ситуациях, когда соседние зубы интактны или отсутствует возможность изготовления мостовидного протеза (концевой дефект, большая протяженность дефекта), широко применяются временные съёмные зубные протезы. Съёмные протезы легко корректируются, обеспечивают удобный гигиенический уход. Но отношение пациентов к данной конструкции чаще всего негативное.

Временные несъёмные конструкции на имплантатах могут состоять из двух отдельных частей (индивидуальный абатмент и коронка) или одной, где временная коронка соединена с индивидуальным абатментом. При одномоментной имплантации с немедленной нагрузкой одни авторы предлагают формировать не устанавливая, а использовать временные индивидуальные абатменты и коронки (Иоффе Е., 2004; Каламкар Х.А., 2003).

Долгосрочное функционирование зубных протезов с опорой на имплантаты зависит от целого ряда факторов: правильно составленного плана лечения, вида выбранной ортопедической конструкции, соблюдения всех требований постоперационного периода, особен-

ностей течения и сроков периода заживления после операции (Albertson T., Dahl E., Endorn). Временные зубные протезы должны защищать постоперационную рану от травматизации, исключить неадекватную нагрузку на имплантат (нагрузку под углом). В то же время временные зубные протезы должны оказывать минимальную нагрузку в вертикальном направлении вдоль оси имплантата, что ускоряет процессы остеоинтеграции (Суров О.Н., Черникис А.С.). Особое значение придается состоянию височно-нижнечелюстного сустава при протезировании двусторонних дефектов зубного ряда. Известно, что при занижении высоты прикуса возникают различные патологические процессы в височно-нижнечелюстном суставе. Фиксацию временных протезов необходимо проводить аккуратно, поскольку это может стать пусковым механизмом осложнения (Леус П.А., Горглад А.А.).

Другие рекомендуют применение прикручиваемых провизорных конструкций, изготовленных из пластмассы или композитного материала на интегрированные внутрикостные дентальные имплантаты (Волкова Т.И., 2003). Преимуществами данного способа на основании субъективной оценки пациентов и результатов клинического изучения являются восстановление эстетической и жевательной функции зубного ряда, а также предотвращение травматизации имплантата и окружающих тканей. Использование временных конструкций, помимо конструирования альвеолярного гребня, позволяет сформировать уровень десневого края вокруг абатмента, сохранить имеющееся соотношение челюстей. Временный протез на имплантате позволяет проанализировать форму, цвет, функциональность, удобство проведения гигиенических мероприятий на этапе, предшествующем началу изготовления окончательной реставрации (Шемонаев В.И. др., 2013).

В настоящее время наметилась тенденция к пересмотру классических сроков ожидания завершения остеоинтеграции имплантатов в состоянии покоя. Это связано со стремлением сокращения сроков лечения, которые из-за большой продолжительности не устраивают многих пациентов. Такой подход, верный в своей основе для амбулаторной практики, не может быть полностью перенесен в клинику челюстно-лицевой (Никитин Д.А., 2011).

Стратегия щадящей достаточности в виде применения коротких дентальных имплантатов с пористой поверхностью оказалась достоверно целесообразной для устранения дефектов боковых отделов зубных рядов как на верхней, так и на нижней челюсти. Названный врачебный принцип следует считать обоснованной и эффективной альтернативой более сложным, долгим и дорогим методам предимплантационного наращивания костной ткани с последующим использованием винтовых имплантатов обычной длины (Никольский В.Ю., 2011).

Подводя итог результатам анализа эффективности методов протезирования больных, можно сделать вывод, что протезирование на дентальных имплантах с самого начала предоставляло широкие возможности ортопедам-стоматологам. В процессе внедрения и широкого использования данного метода обнаружилось немало спорных вопросов, которые требуют ответа. Самыми актуальными из них были определение оптимальных сроков протезирования, выбор наиболее эффективной конструкции в зависимости от клинической ситуации, возможность использования временных конструкций сразу после имплантации и т.д. Некоторые из них до сих пор находятся на стадии изучения.

Литература

1. Албрехтсон Т., Венеберг Э. Поверхности дентальных имплантатов. Обзор литературы, посвященной клинической эффективности различных поверхностей // *Prosthodont.* – 2004. – №17. – С. 544-564.
2. Амхадова М.А. Хирургическая тактика при использовании метода имплантации у пациентов с дефектами зубных рядов и значительной атрофией челюстей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2005. – 34 с.
3. Бахтинов А.А. Клинико-рентгенологическая и биохимическая характеристика результатов ауто-трансплантации костного мозга в сочетании с препаратами гидроксиапатита для замещения дефектов и костных полостей в челюстных костях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 24 с.
4. Волкова Т.И. Оценка состояния мягких тканей, окружающих имплантаты, у больных после протезирования // *Профилактика основных стоматологических заболеваний: Тез. докл. Всерос. конф.* – М., 2003. – С. 31-32.
5. Воложин Г.А. Влияние физико-химических свойств поверхности титановых имплантатов и способов их модификации на показатели остеоинтеграции // *Институт стоматологии.* – 2010. – №44. – С. 100-108.
6. Воробьев А.А., Михальченко В.Ф., Порошин А.В., Саргсян К.А. Методика изучения процесса остеогенеза в эксперименте // *Современные наукоемкие технологии.* – 2011. – №1. – С. 104-105.
7. Григорьянц Л.А., Герчиков Л.Н., Сирак С.В. и др. Использование препарата Цифран-СТ в хирургической стоматологии для лечения и профилактики послеоперационных воспалительных осложнений // *Стоматология для всех.* – 2006. – №2. – С. 14-16.
8. Гунько И.И., Шибеко В.А., Берлов Г.А., Гунько Т.И. Влияние ультрафонофореза трилона Б. на костную ткань альвеолярного отростка в эксперименте // *Рос. стоматолог.* – 2006. – №2. – С. 6-8.
9. Казиева И.Э., Сирак С.В., Перикова М.Г. и др. Возможности атомно-силовой микроскопии при оценке поверхности винтовых дентальных имплантатов // *Соврем. пробл. науки и образования.* – 2013. – №2 (Электронный журнал); URL: <http://www.science-education.ru/108-8687> (дата обращения: 26.03.2013).
10. Каламкар Х.А. Ортопедическое лечение с применением металлокерамических протезов. – М., 2003. – 175 с.
11. Корякин Г.Н. Распределение функциональной нагрузки в перимплантатной зоне // *Нижегородский мед. журн.* – 2003. – Приложение. – С. 176-178
12. Кулаков А.А., Абдуллаев Ф.М. Особенности проведения непосредственной имплантации с применением имплантатов различных конструкций // *Новое в стоматологии.* – 2002. – №5. – С. 34-36.
13. Павлюченко И.И., Басов А.А., Быков И.М., Орлова С.В. Интегральные методы оценки уровня эндогенной интоксикации и перекисного окисления биомолекул при острых и хронических заболеваниях // *Аллергол. и иммунол.* – 2004. – Т. 5, №4. – С. 551-554.
14. Перикова М.Г., Сирак С.В., Казиева И.Э. и др. Оценка влияния биоактивного покрытия винтовых дентальных имплантатов на сроки остеоинтеграции (экспериментально-морфологическое исследование) // *Соврем. пробл. науки и образования.* – 2013. – №2 (Электронный журнал); URL: <http://www.scienceeducation.ru/108-8686> (дата обращения: 28.03.2013).
15. Сирак С.В., Гандылян К.С., Дагуева М.В. Непосредственная дентальная имплантация у пациентов с включенными дефектами зубных рядов // *Мед. вестн. Северного Кавказа.* – 2011. – Т. 21, №1. – С. 51-54.
16. Сирак С.В., Перикова М.Г., Кодзоков Б.А. и др. Определение сроков остеоинтеграции винтовых дентальных имплантатов с биоактивным покрытием *in vivo* // *Кубанский науч. мед. вестн.* – 2013. – №6 (141). – С. 169-172.
17. Сирак С.В., Слетов А.А., Дагуева М.В. и др. Способ непосредственной дентальной имплантации у пациентов с включенными дефектами зубных рядов: Патент на изобретение RUS 2447859 15.12.2010.
18. Сирак С.В., Слетов А.А., Ибрагимов И.М. и др. Влияние пористого титана на остеогенный потенциал клеток костного мозга *in vitro* // *Мед. вестн. Северного Кавказа.* – 2012. – Т. 27, №3. – С. 22-25.
19. Сирак С.В., Слетов А.А., Мартиросян А.К. и др. Использование пористого титана для субантральной аугментации кости при дентальной имплантации (экспериментальное исследование) // *Мед. вестн. Северного Кавказа.* – 2013. – Т. 8, №3. – С. 42-44.
20. Тулеуова Д.К., Сарсенбаева М.З. Краткая характеристика микробиологического исследования содержимого пародонтальных карманов у больных туберкулезом легких // *Материалы международной конференции.* – Алматы, 2004. – Ч. II. – С. 298-299.
21. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта как метод профилактики заболеваний пародонта // *Новое в стоматологии.* – 2000. – Т. 34. – С. 60-64.

22. Улитовский С.Б. Роль гигиены полости рта в развитии заболеваний пародонта // *Пародонтология*. – 2000. – №3. – С. 21-23.

23. Усяцов Б.Я., Паришута Л.И., Бужарин О.В. Характеристика микробного биоценоза слизистой оболочки носа у здоровых людей и стафилококковых бактерионосителей // *Журн. микробиол.* – 2000. – №5. – С. 65-68.

24. Ушаков Р.В., Доржиева З.В., Борогишинова Н.П. Уровни антител к пародонтопатогенным бактериям у больных хроническим генерализованным пародонтитом / Бюл. Восточно-Сибирского науч. центра СО РАМН. – 1999. – №2. – С. 107-109.

25. Ушаков Р.В., Царев В.Н. Микрофлора полости рта и ее значение в развитии стоматологических заболеваний // *Стоматология для всех*. – 1998. – №3. – С. 22-24.

26. Ушаков Р.В., Царев В.Н., Чувилкин В.И. Современные принципы применения антибактериальных препаратов для лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области // *Стоматология для всех*. – 1999. – №4. – С. 31-37.

27. Ушакова Т.В. Микробиология пародонтита // *Вопросы стоматологии: Сб. статей*. – Иркутск, 1994. – Т. 1. – С. 73-75.

28. Федько М.Ю. Лечение воспалительных заболеваний пародонта в комплексе с иммунокоррекцией: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Краснодар, 2000. – 22 с.

29. Филатова Н.А., Емцова Л.А., Чехова Н.О. и др. Возможности достижения стабилизации воспалительного процесса при пародонтите // *Достижения и перспективы стоматологии: Матер. Междунар. науч.-практ. конф.* – М., 1999. – Т. 1. – С. 257-260.

30. Хоббек Дж.А., Уотсон Р.М., Сизн Л.Дж.Дж. Руководство по дентальной имплантологии / Пер. с англ.; Под ред. М.З. Миргазизова. – 2-е изд. – М.: МЕД-пресс-информ, 2010. – С. 55-78.

31. Хорошева Т.В. Использование новых лекарственных форм при воспалительных и дистрофических заболеваниях тканей пародонта // *Мед. картотека мира*. – 1999. – Т. 24, №4. – С. 16-17.

32. Царев В.Н., Дмитриева Л.А., Филатова Н.А. и др. Опыт применения рулида, сумамеда и макрорена в комплексном лечении генерализованного пародонтита в стадии обострения // *Стоматология*. – 1997. – №5. – С. 4-8.

33. Царев В.Н., Романов А.Е., Лопырев В.А. и др. Антибактериальная активность антисептиков, применяемых в стоматологии. // *Журн. инфекцион. патол.* – 1996. – Т. 3, №2. – С. 23-25.

34. Царев В.Н., Романов А.Е., Руднева Е.В. и др. Выбор антибактериальных препаратов для комплексного лечения пародонтита в стадии обострения // *Стоматология*. – 1997. – №6. – С. 19-22.

35. Царев В.Н., Ушаков Р.В., Плахти Л.Я., Чуходжан Г.А. Применение адгезиновых пленок “Диплен-дента” в комплексном лечении пародонтита. – М., 2002. – 89 с.

36. Царев В.Н., Чернышева С.Б., Дмитриева Л.А. и др. Перспективы применения препаратов фторхинолонового ряда в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита в стадии обострения // *Стоматология*. – 1998. – №5. – С. 13-14.

37. Царев В.Н., Чувилкин В.И., Мегрелишвили Н.А. Особенности влияния хлоргексидин-содержащих препаратов на состояние микробиоценоза полости рта у больных пародонтитом // *Пародонтология*. – 2003. – №2 (27). – С. 49-54.

38. Цепов Л.М., Морозов В.Г., Николаев А.И. и др. Комплексный подход к диагностике и лечению хронического генерализованного пародонтита // *Стоматология*. – 2001. – №1. – С. 35-37.

39. Цепов Л.М., Морозов В.Г., Тургенев Л.Б. и др. Комплексное лечение заболеваний пародонта // *Пародонтология*. – 1007. – №4-6. – С. 16-18.

40. Цепов Л.М., Николаев А.И. К пересмотру вопросов патогенеза и принципов лечения хронического генерализованного пародонтита // *Рос. стоматол. журн.* – 2001. – №3. – С. 43-45.

41. Цепов Л.М., Николаев А.И. Нерешенные вопросы этиологии и патогенеза воспалительных заболеваний пародонта // *Пародонтология*. – 2001. – №1-2. – С. 28-31.

42. Цепов Л.Н., Орехова Л.Ю. Иммунотерапия воспалительных заболеваний пародонта: иллюзии или реальность? // *Пародонтология*. – 1999. – Т. 12, №2. – С. 3-9.

43. Череев А.Н., Ковальчук Л.В. Развитие патогенетического принципа оценки иммунной системы человека // *Журн. микробиол.* – 1997. – №6. – С. 89-92.

44. Шадилов К.К. Болезни пародонта среди различных возрастных групп Узбекистана // *Мед. журн. Узбекистана*. – 1998. – №4. – С. 23-28.

45. Шемонаев В.И., Михальченко Д.В., Порошин А.В. и др. Способ временного протезирования на период остеоинтеграции дентального имплантата // *Соврем. наукоемкие технологии*. – 2013. – №1. – С. 55-58.

46. Шумский А.В. Имудон в лечении инфекционно-воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта // *Стоматология*. – 2000. – №6. – С. 53-54.

47. Щербакова П.Л., Кудрявцева Л.В., Зайцева С.В. и др. Микробиоценоз кишечника: его нарушения и коррекция с использованием бактисуптила // *Педиатрия*. – 1998. – №5. – С. 99-103.

48. Юлдашева Н.Ю., Искаков А.Т., Сафаров Т.Х. Некоторые особенности иммунного и иммуногенетического статуса при заболеваниях пародонта // *Int. J. Immunorehabilitation*. – 1996. – №2. – 178 с.

49. Albander J. M., De Nardin E. Serum IgG level to *P. Gingivalis* in healthy and early-onset periodontitis

individuals // *J. Dent. Res.* – 1999. – Vol. 78, – Special Issue. – P. 250.

50. Capelli M. Autogenous bone graft from the mandibular ramus: a technique for bone Augmentation // *J. Perioimplant Quart.* – 2005. – №2. – P. 66-73

51. Cordaro L., Amade D.S., Cordaro M. Clinical results of alveolar ridge augmentation with mandibular block bone grafts in partially edentulous patients prior to implant placement // *Clin. Oral. Impl. Res.* – 2002. – Vol. 13. – P. 103-111.

52. Donos N., Kostopoulos L., Karring T. Augmentation of the mandible with GTR and onlay conical bone grafting. An experimental study in the rat // *Clin. Oral. Impl. Res.* – 2002. – Vol. 13. – P. 175-184.

53. Duailibi M.T. et al. Bioengineered teeth from cultured rat tooth bud cells // *J. Dent. Res.* – 2004. – Vol. 83, №7. – P. 523-528.

54. Eik S., Pfister W., Fiedler D., Straube E. Clindamycin promotes phagocytosis and intracellular killing of periodontopathogenic bacteria by crevicular granulocytes: an in vitro study // *J. Antimicrob. Chemother.* – 2000. – Vol. 46, №4. – P. 584-588.

55. Fanuscu M.J., Lida K., Caputo A.A. et al. Load transfer by an implant in a sinus-grafted maxillary model // *J. Oral. Maxillofac. Impl.* – 2003. – Vol. 18, №5. – P. 667-674.

56. Franke-Stenport V. On Growth Factors and Titanium Implant Integration in Bone (thesis). – Goteborg, Sweden: Department of Biomaterials/Handicap Research, University of Goteborg, Sweden, 2003. – 160 p.

57. Fugazzotto P.A. GBR using bovine bone matrix and restorable and nonrestorable membranes. Part 1: Histologic results // *Int. J. Periodont. Restor. Dent.* – 2003. – Vol. 23. – P. 361-369.

58. Huang H.M., Lee S.Y., Yeh C.Y. Resonance frequency assessment of dental implant stability with various bone qualities: a numerical approach // *Clin. Oral. Impl. Res.* – 2002. – Vol. 13, №1. – P. 65-74.

59. Iavorsky L., Macurova Z. Prejavý osteoporózy na kostiach tvárového skeletu // *Progresdent.* – 2004. – №1. – P. 16-19.

60. Jaffin R.A., Kumar A., Berman Ch.L. Immediate loading of dental implants in the completely edentulous maxilla: a clinical report // *J. Perioimplant. Quart.* – 2005. – №2. – P. 74-84.

61. Jansen J.A., Brugge P., van der Waal E. et al. Osteoapatites of calcium phosphate ceramics // Ellingsen J.E., Lyngstadaas S.P.; eds. *Bioimplant Interface*. – Boca Raton, FL: CRC, 2003. – P. 305-322.

62. Jepsen S., Terheyden H. Bone morphogenetic proteins in periodontal regeneration // Vukicevic S., Sampath K.T.; eds. *Bone Morphogenetic Proteins*. – Basel: Birkhauser Verlag, 2002. – P. 183-192.

63. Johansson A., Sandstrom G., Claesson R. et al. Anaerobic neutrophil-dependent killing of *Actinobacillus*

actinomycetem comitans in relation to the bacterial leukotoxicity // *Europ. J. Oral Sci.* – 2000. – Vol. 108, №2. – P. 136-146.

64. Lappin D.F., Macleod C.P., Kerr A. et al. Anti-inflammatory cytokine IL-10 and T-cell cytokine profile in periodontitis granulation tissue // *Clin. Exp. Immunol.* – 2001. – Vol. 123, №2. – P. 294-300.

65. Sigusch B., Eisk S., Pfister W. et al. Altered chemotactic behavior of crevicular PMNs in different forms of periodontitis // *J. Clin. Periodontol.* – 2001. – Vol. 28, №2. – P. 162-165.

Одним из основополагающих факторов, обеспечивающих высокий эффект при имплантации, является правильное определение показаний к данному способу лечения. Основными требованиями к материалам для дентальных имплантатов являются: клинко-биологические, определяемые особенностями взаимодействия живых тканей с материалом имплантата; биологические, связанные с токсикологическими, канцерогенными, коррозионными свойствами материала имплантата. Вместе с тем возможность немедленной постановки имплантата в альвеолу зуба после его удаления является актуальным и экономически оправданным способом совершенствования стоматологической помощи. Известен ряд способов непосредственного восстановления включенных дефектов зубных рядов при удалении зубов по различным показаниям, включающих элементы костной пластики ауто- и аллогенной костью или препаратами на основе гидроксиапатита кальция.

Ключевые слова: стоматологическая помощь, имплантация, дентальные имплантаты,

One of the fundamental factors that ensure a high effect during implantation is the correct determination of indications for this method of treatment. The main requirements for materials for dental implants are: clinico-biological, determined by the features of the interaction of living tissues with the material of the implant; biological, associated with toxicological, carcinogenic, corrosive properties of the implant material. However, the possibility of immediate implant placement in the alveolus of the tooth after its removal is an actual and economically justified way of improving dental care. A number of methods for the immediate restoration of included dental flaws in the removal of teeth from various indications, including elements of bone plasty with auto- and allogeneic bone or preparations based on calcium hydroxyapatite, are known [Grigoriant LA with co-workers, 2006; Zuev Yu.A. with co-workers, 2003; Pavlyuchenko I.I. with co-authors, 2004; Sirac SV with co-workers., 2010; 2011].

УДК: 616.314-77-031:616.314-089

ПРОБЛЕМА ПРЕМЕДИКАЦИИ ПЕРЕД СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ С УЧЕТОМ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА



Халматова М.А., Ахтамов Ш.Д.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Проведение современных операций требует тщательной подготовки больного. Успехи хирургического вмешательства во многом определяются качеством анестезиологического пособия, важной частью которого является предикация – комплекс специфических методов и приемов медикаментозной подготовки больных, направленный на устранение страха и беспокойства, связанных с предстоящей операцией. При хирургических вмешательствах психика пациента подвергается сильному воздействию. Эмоциональное напряжение в предоперационном периоде оказывает негативное воздействие на все органы и системы, что увеличивает степень операционноанестезиологического риска и осложняет работу анестезиологов и хирургов в интраоперационном и раннем послеоперационном периодах (Ornaque I. et al., 2000; Pekcan M. et al., 2005). Именно поэтому наиболее важно оценивать психоэмоциональные особенности пациента в предоперационном периоде.

Согласно данным статистики, на долю клинически не диагностированных в предоперационном периоде депрессивных состояний приходится около 70% и более (Малышев Ю.П., 1998).

Одной из категорий качества проводимого анестезиологического пособия является его безопасность, а наиболее проблемным и наименее разработанным этапом в его обеспечении является премедикация (Виничук С.М. и др., 2008; Заболотских И.Б. и др., 2006). Неадекватную премедикацию считают анестезиологическим осложнением, так как предоперационное эмоциональное напряжение в отсутствие антистрессовой защиты негативно сказывается практически на всех функциях организма, увеличивая степень операционного риска и

повышая вероятность развития периоперационных осложнений (Салтанов А.И. и др., 2000).

Существует лечебная и профилактическая премедикация: лечебная премедикация предусматривает предоперационную коррекцию нарушенных жизненно важных функций, а профилактическая направлена на профилактику возможных осложнений предстоящего оперативного вмешательства в условиях общей анестезии (Гельфанд Б.Р., 2005).

Психоэмоциональное состояние пациента перед операцией определяется его характерологическими особенностями, в том числе такой чертой характера, как тревожность. Тревога в норме – это защитная реакция, позволяющая адаптироваться в условиях повышенной опасности. Степень тревожности как личностной характеристики психоэмоционального состояния определяет степень ситуативной тревоги перед предстоящим оперативным вмешательством в условиях общей анестезии, тревоги о дальнейшей судьбе после установления серьезного диагноза, о неизвестности прогноза болезни в связи с различными видами обследования (Бобринская И.Г. и др., 2005).

Несмотря на большое количество работ, исследование индивидуальной психической оценки пациентов перед операцией остается актуальной проблемой.

С этой целью определяли индекс напряжения регуляторных систем на основе метода вариационной пульсометрии (Кириачков Ю.А., 2002; Коркушко О.В., 2002), использовали интегративный тест тревожности в качестве критерия оценки психоэмоционального состояния и уровня адаптации (Бобринская И.Г. и др., 2005), изучали нейровегетативные, респираторные и гемодинамические показатели (Попов В.В., 2006), оценивали психоэмоциональное состояние пациентов и варианты его проявления с помощью различных психологических тестов и шкал (Гельфанд Б.Р., 2005).

В результате проведенных исследований авторы выявили 5 различных типов психических реакций на предстоящую операцию, определили 3 типа личностного реагирования пациентов накануне операции. Доказали, что основным проявлением синдрома психоэмоционального напряжения перед оперативным вмешательством является тревожность различной степени выраженности: от состояния дискомфорта до невротического уровня тревоги (Бобринская И.Г. и др., 2005, 2007). Условно разделили симптомы психоэмоционального напряжения на центральные (затруднения в концентрации внимания и контроля сознания над внешними проявлениями эмоций) и периферические (повышение мышечного напряжения, усиление сосудистой реакции). Переживания пациентов перед операцией отнесли к сильным эмоциям, доказав, что предоперационная ситуация является классическим вариантом эмоционального стресса, установили связь личностной тревожности с особенностями адаптационных механизмов кровообращения, доказали, что степень тревожности, определяя степень ситуативной тревоги, является личностной характери-



стикой психоэмоционального состояния пациентов перед операцией (Попов В.В., 2006).

Проблема эмоционального стресса в стоматологии продолжает привлекать пристальное внимание отечественных и зарубежных исследователей. Ведутся активные поиски критериев оценки психофизиологических особенностей пациентов и оптимальных протоколов психомедикаментозной подготовки, с учетом уровня тревожности, индивидуальных особенностей и сопутствующих заболеваний. Состояние психоэмоционального стресса усугубляется наличием сопутствующих патологий, которые повышают риск развития побочных реакций и осложнений при проведении стоматологического лечения. Обозначенные проблемы актуальны и являются предметом для новых исследований премедикации перед стоматологическим вмешательством с учетом психоэмоционального состояния пациента.

Далека от совершенства и проблема оценки качества премедикации. Под адекватной премедикацией понимают комплекс лечебно-профилактических мероприятий, нормализующий психоэмоциональный статус, повышающий реактивность и резистентность к предстоящему оперативному вмешательству. Эффективность психотропной терапии оценивают с помощью специальной унифицированной балльной системы оценки действия психотропных средств с одновременным математическим анализом сердечного ритма.

Вместе с тем исследования последних лет свидетельствуют о том, что психические реакции пациентов на предстоящую операцию неоднородны и различны по степени тяжести, а чувства тревоги и страха являются не единственными и не всегда ведущими компонентами предоперационного психоэмоционального состояния, которое определяется характерологическими особенностями человека, а значит, требует для коррекции индивидуального подхода (Заболотских И.Б. и др., 2006).

С учетом современной концепции анестезии назначение премедикации считают обязательным. Она преследует следующие цели: предотвращение предоперационного эмоционального стресса, достижение нейровегетативной стабилизации, снижение реакции на внешние раздражители, уменьшение секреции желез, создание оптимальных условий для проявления действия общих анестетиков, профилактику аллергических реакций на применение в процессе общей анестезии медикаментов и инфузионных сред. Основной целью премедикации должна быть не только минимизация влияния оперативного вмешательства в условиях общей анестезии на проявления предоперационного стресса, но и повышение реактивности пациента для полноценной адаптации к новым условиям (Заболотских И.Б., Малышев Ю.П., 2006).

В настоящее время для решения основных задач профилактической премедикации применяют снотворные (барбитураты), психотропные средства (транквилизаторы бензодиазепинового ряда), нейролептики (производные бутирофенона), наркотические анальгетики, холиноблокирующие и антигистаминные средства в виде универсальных лекарственных схем. Попу-

лярными являются следующие сочетания препаратов: наркотический анальгетик + ваголитик; наркотический анальгетик + ваголитик + барбитурат; наркотический анальгетик + ваголитик + малый транквилизатор; большой транквилизатор + ваголитик; наркотический анальгетик + ваголитик + антигистаминный препарат + малый транквилизатор (Бобринская И.Г. и др., 2005; Бурчинский С.Г., 2008).

Традиционно применяемые для премедикации транквилизаторы бензодиазепинового ряда обладают анксиолитическим эффектом (лат. *anxius* – тревожный и греч. *lysis* – растворение), необходимой седативной, гипнотической, миорелаксирующей, противосудорожной, вегетостабилизирующей активностью для устранения симптомов тревоги, страха, слабо выраженных депрессивных расстройств, нарушений сна. Препараты обеспечивают полноценную блокаду психоэмоциональных стрессовых реакций за счет угнетения структур мозга (лимбической системы, гипоталамуса, ретикулярной формации ствола мозга, таламических ядер), ответственных за регуляцию эмоций (Марута Н.А., 2008).

Седативный (успокаивающий) эффект связан с действием препаратов на другой тип бензодиазепиновых рецепторов, локализованных в ретикулярной формации ствола мозга, неспецифических ядрах таламуса. Наиболее выражен этот эффект у феназепама, диазепама, лоразепама, но мало проявляется у мепазепама, мидазолама. Умеренное центральное миорелаксантное действие бензодиазепинов является положительным свойством, так как снижает настороженность, тревогу, помогает снять нервное беспокойство. Миорелаксация хорошо выражена у диазепама (сибазона, седуксена), слабо проявляется у оксазепама, медазепама (Эпштейн С.Л. и др., 2005).

Гипнотический эффект бензодиазепинов обуславливает быстрое наступление сна, увеличивает его продолжительность и удлиняет действие средств, угнетающих центральную нервную систему. Наиболее выраженным снотворным эффектом обладают нитразепам, диазепам, феназепам. Такие уникальные свойства делают бензодиазепины ведущими средствами премедикации (Горьков В.А., 2005).

Однако, как показывает клинический опыт, применение одного транквилизатора в премедикации как основного препарата, блокирующего психоэмоциональное напряжение перед операцией, не всегда оправдано (Бурчинский С.Г., 2008).

Однако доказано, что премедикация с применением только наркотических анальгетиков и антигистаминных препаратов не приводила у пациентов с высокой степенью личностной тревожности к уменьшению активации симпатической нервной системы, а наличие отрицательных эффектов опиоидных анальгетиков стимулирует поиск препаратов с повышенной респираторной безопасностью (Шимановский Н.Л., 2000).

Вышеописанные методики не совершенны: премедикация с применением только наркотических анальгетиков, психотропного средства и антигистаминных

препаратов не приводит к уменьшению активации высокой степени личностной тревожности. (Гельфанд Б.Р., 2005).

Обобщая обзор литературы, можно сделать следующие выводы. Ряд спорных и противоречивых суждений остается в отношении определения механизмов и закономерностей развития предоперационного психоэмоционального состояния пациентов. До сих пор нет единого мнения об объективной оценке предоперационного психоэмоционального состояния пациентов, а имеющиеся классификации основаны на одном критерии – симптоматике. Хотя исследователи единодушны по поводу необходимости индивидуальной (в зависимости от предоперационного психоэмоционального статуса) премедикации, крайне противоречивыми и сложно определяемыми остаются методы оценки ее эффективности, продолжает вызывать споры и трактовка.

Литература

1. Бобринская И.Г., Хайкин С.С. Применение интегративного теста тревожности для оценки психоэмоционального состояния пациентов в хирургическом стационаре // *Актуальные вопросы анестезиологии и реаниматологии*. – М., 2005. – С. 18-19.
2. Брызгалов А.С., Севитов А.В. Особенности стоматологического обследования и лечения подростков, находящихся в общесоматическом стационаре, с учетом их психоэмоционального статуса // *Dental Forum*. – 2012. – №4. – С. 47-49.
3. Демьяненко С.А. Стресс индуцированные реакции психоэмоционального напряжения пациентов на стоматологическом приеме // *Рос. стоматол. журн.* – 2015. – Т. 19, №4. – С. 23-26.
4. Заболотских И.Б., Малышев Ю.П. На пути к индивидуальной премедикации. – Петрозаводск: Интел-Тек, 2006. – 80 с.
5. Калашикова Н.В., Моисеева А.Д., Сухов В.Д. Оптимизация обезболивания в амбулаторной стоматологии // *Dental Forum*. – 2013. – №3 (49). – С. 47-48.
6. Ковалева И.Ф., Ларенцова Л.И., Духина И.А., Дугина Ю.Л. Оценка уровня стоматологического страха у детей // *Нейрокомпьютеры: разработка, применение*. – 2015. – №1. – С. 30-34.
7. Максимовский Ю.М., Ларенцова Л.И. Диагностика эмоционального состояния пациентов – профилактика рисков в стоматологии // *Маэстро стоматологии*. – 2006. – №22.
8. Herroeder S., Pecher S., Schunherr M.E. et al. Systemic Lidocaine Shortens Length of Hospital Stay After Colorectal Surgery: A Double-blinded, Randomized, Placebo-controlled Trial // *Ann. Surg.* – 2007. – Vol. 246, №2. – P. 192-200.
9. Rahn R., Jakobs W. Dental Anesthesia with of Articaine + 1:400000 Epinephrine. Program and Abstract // *11th International Dental Congress on Modern Pain Control. The Essential Role of Dental Anesthesiology in the 21st Century – Safe and Comfortable Dentistry*. – Yokohama, 2006. – P. 142.

10. Ugale R.R., Sharma A.N., Kokare D.M. et al. Neurosteroid allopregnanolone mediates anxiolytic effect of etifoxine in rats // *Brain Res.* – 2007. – Vol. 1184. – P. 193-201.

Проведение современных операций требует тщательной подготовки больного. Успехи хирургического вмешательства во многом определяются качеством анестезиологического пособия, важной частью которого является предикация – комплекс специфических методов и приемов медикаментозной подготовки больных, направленный на устранение страха и беспокойства, связанных с предстоящей операцией. Однако в определении механизмов и закономерностей развития предоперационного психоэмоционального состояния пациентов остается ряд спорных и противоречивых суждений. Нет единой объективной оценки предоперационного психоэмоционального состояния пациентов, а имеющиеся классификации основаны на одном критерии – симптоматике. Исследователей единодушны по поводу необходимости индивидуальной (в зависимости от предоперационного психоэмоционального статуса) премедикации, но до сих пор не разработаны методы оценки ее эффективности, вызывает споры оценка полученных результатов.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, вариационная пульсометрия, респираторные и гемодинамические показатели, премедикация депрессивных состояний.

Беморларнинг операциядан олдинги психоэмоционал ҳолатини ривожланиш қонуниятлари ва механизмлари қарама-қаршилик ва тортишувлигича қолмоқда. Шу қунга қадар беморларнинг операциядан олдинги психоэмоционал ҳолатини баҳолаш бўйича, ягона критерия – симптоматикага асосланган амалдаги классификация ҳақида яқдил фикр йўқ. Шундай бўлсада, бир нечта изланувчилар индивидуал (операциядан олдинги психоэмоционал ҳолатидан келиб чиқиб) премедикация зарурлиги тўғрисида бир қарорга келишган, буни эффективлигини баҳолаш усуллари қийин ва жуда зиддиятли, бахс-мунозараларлигича қолмоқда.

A number of controversial and contradictory judgments remain in determining the mechanisms and patterns of development of preoperative psychoemotional state of patients. There is still no consensus about the objective assessment of preoperative emotional state of patients, and the existing classification based on one criteria — the symptoms. Although there was a consensus of researchers about the need for an individual (depending on the preoperative psychosocial status) sedation, is extremely controversial and difficult to define the methods of evaluation of its effectiveness, remains controversial and interpretation.

УДК: 616.314-77-031:616.314-089

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ, ПЛАНИРОВАНИЕ И ОТБОР ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ РИНОПЛАСТИКИ



Шамсиев Д.Ф., Ибатов Н.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Наружный нос является центральной и наиболее выступающей частью лица, которая придает ему индивидуальность. Даже небольшие деформации носа могут стать источником серьезных переживаний для пациента. При сочетании же деформации наружного носа с искривлением носовой перегородки и нарушением носового дыхания к эмоциональным переживаниям присоединяются физические страдания, связанные с нарушением различных физиологических функций носа [1,2,8,13,22,23]. В первую очередь это касается дыхательной функции, нарушение которой становится благоприятной почвой для развития гнойно-воспалительных, гиперпластических процессов в носу, околоносовых пазухах и глотке [3,5,9,11,14,15,24].

С древних времен люди старались сделать свое лицо и тело привлекательнее. Определенные параметры лица не приносили им удовлетворения, приводили к низкой самооценке и не способствовали жизненному развитию. Во все времена всегда существовали свои стандарты красоты, люди стремились к ним, исправляя то, что дала им природа.

Очень часто после удачной ринопластики у человека существенно повышается самооценка, удовлетворенный результатом он активно начинает строить карьеру и добивается успехов в личной жизни [4,7]. Статистическая картина успешной первичной ринопластики представляется достаточно позитивной и, по данным разных авторов, удовлетворительный результат операции констатируется в подавляющем большинстве случаев [6,10,12]. Однако даже очень опытному хирургу не всегда удается избежать осложнений или неудовлетворительных исходов ринопластики, так же как и в

любой другой хирургии [16-18]. Осложнения и неудачи – понятия концептуально разные, находящиеся в различных плоскостях ответственности хирурга.

Осложнения могут возникнуть во время или после операции в силу каких-либо внешних причин и факторов, часто не зависящих непосредственно от хирурга, выходящих за рамки нормального хода операции и прогнозируемого результата. Осложнения, возникшие в ходе операции или непосредственно в раннем послеоперационном периоде, либо разрешаются самостоятельно, либо дополнительным хирургическим вмешательством, как правило, достаточно успешно [14,19,21].

Неудовлетворительный результат операции, напротив, расценивается как неудачный как пациентом, так и хирургом или обоюдно. Хотя подобные неудачи могут быть обусловлены и непредсказуемыми факторами, такими как специфические особенности репаративного процесса, состояние кожи и ее эластичность, сложность деформации, тем не менее, чаще всего они напрямую и непосредственно связаны с хирургической техникой. К сожалению, осложнения и неудовлетворительные результаты сопровождают каждого хирурга, и даже наиболее опытные и именитые вынуждены признавать, что в своей практике сталкивались с необходимостью выполнения повторной операции.

В связи с этим тщательный предоперационный анализ, детальное планирование операции и высокий профессионализм хирурга – основные составляющие, которые позволяют свести к минимуму возможные осложнения и неудачи ринопластики [20].

Основные причины недовольства пациента результатом операции подразделяют на три основные группы:

- 1) осложнения, возникшие после операции или разочарование измененной формой носа;
- 2) нереалистичные психологические ожидания;
- 3) недостаток или отсутствие взаимопонимания и доверительного контакта между пациентом и хирургом.

Безупречная с эстетической точки зрения и в глазах хирурга форма носа может не являться таковой в глазах пациента и вызывать соответственно неудовлетворенность и недовольство результатом операции. Именно по этой причине детальное обсуждение с пациентом возможных вариантов коррекции, подробный анализ пожеланий и реалий в каждом конкретном случае, согласование окончательного варианта является очень важным звеном предоперационного этапа. Пациент должен иметь четкое и ясное представление о возможных осложнениях как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде, а хирург должен избегать любого малейшего проявления профессиональной небрежности, которое наносит непоправимый ущерб доверительным отношениям между врачом и пациентом.

Согласно данным опроса, проведенного среди эстетических хирургов, профиль пациентов, обращающихся за помощью в коррекции носа, в большинстве случа-

ев представлен тремя основными категориями:

- 1) пациенты, перенесшие различные травмы повлекшие деформацию наружного носа;
- 2) пациенты, стремящиеся адаптировать свою внешность согласно существующим современным эстетическим канонам и стандартам;
- 3) пациенты с различными дисморфофобиями.

Ринопластика – операция, которая меняет не только внешний облик пациента, но и оказывает существенное влияние не его психоэмоциональный статус, и игнорирование этой психологической составляющей может приводить к крайне негативным последствиям как для пациента, так и для хирурга.

Для большинства пациентов, обращающихся за ринопластикой, форма носа является предметом постоянной озабоченности с определенной фиксацией, начиная с пубертатного возраста, при этом до 25% пациентов четко связывает возникновение серьезного комплекса на этом фоне, а многие и вовсе ощущает себя социально неполноценными. Четко прослеживается разница в психологическом статусе пациентов мужчин и женщин. У мужчин чаще отмечаются завышенные и необоснованные ожидания от операции, которые, безусловно, находят отражение в оценке исхода операции. Согласно данным литературы, среди мужчин число неудовлетворенных результатом первичной ринопластики значительно выше, чем среди женщин. Анализируя все выше сказанное, мы приходим к выводу, что ринопластика в большинстве своем не только является операцией по изменению формы носа, но и представляется тонким, многогранным и деликатным вмешательством, цель которого – коррекция эстетических, функциональных и психологических проблем каждого конкретного пациента. При таком индивидуальном подходе, очевидно, что хирург должен быть высококомпетентным как в аспектах хирургической тактики, так и в вопросах психологии.

Тщательный предоперационный анализ и планирование операции, обсуждение возможностей и вариантов ринопластики, исходя из пожеланий пациента и с учетом фенотипических особенностей лица, помогают избежать недопонимания между хирургом и пациентом и распознать еще на дооперационном этапе вероятность возникновения так называемых психологических осложнений после операции.

В последние годы количество операций по изменению формы наружного носа только увеличивается. Этот рост, с одной стороны, можно объяснить как увеличением числа пациентов, желающих изменить форму носа, так и хирургов, которые хотели бы практиковать в этой области.

Особое место в анализе возможных неудач и возникновении вторичных послеоперационных деформаций занимает вопрос о хирургическом доступе при первичной ринопластике, использовался ли открытый или закрытый способ. В настоящее время этот вопрос

приобретает особое значение в условиях неуклонно растущего количества открытых ринопластик широко практикуемых даже при первичных вмешательствах. Так, согласно опросу, проведенному на ежегодном конгрессе Американской Академии Лицевой Пластической и Эстетической Хирургии, было установлено, что 53% респондентов используют открытый доступ более чем в половине от общего количества ринопластик с четкой тенденцией к еще более активному его использованию.

Очевидно, что открытый доступ обеспечивает прекрасную визуализацию операционного поля, что, в свою очередь, объясняет тот факт, что многие хирурги, начинающие осваивать искусство ринопластики, прибегают именно к этой технике. Однако следует отметить, что практика открытого доступа, особенно при первичной ринопластике, должна быть минимизирована и строго обоснована в каждом конкретном случае. Хирург должен руководствоваться строгими показаниями к выполнению открытой ринопластики. Ретроспективный анализ результатов закрытой и открытой ринопластики показывает, что в группе пациентов, оперированных с использованием эндоназального доступа, встречались такие жалобы как западение спинки носа, девиация кончика носа, затруднение носового дыхания в области носового клапана.

При открытой ринопластике чаще встречаются такие жалобы как деформация носового клапана, укорочение носа, широкая колумелла, чрезмерное сужение носа, послеоперационный рубец на колумелле, дискомфорт в области колумеллы.

Мы считаем, что в выявлении причин, лежащих в основе неудовлетворенности пациента результатом ринопластики, следует придерживаться системного подхода к анализу ранее выполненной операции, а именно выявлению так называемых проблемных зон, требующих коррекции (спинка носа, кончик носа, область носогубного угла, ширина и длина носа, носовая перегородка), а также определению типа и объема вмешательства, которые позволят максимально эффективно решить поставленные задачи и получить удовлетворительный результат.

В целом все причины недовольства результатом операции можно разделить на три группы:

- чрезмерный объем удаленных тканей;
- недостаточный объем удаленных тканей;
- сохраняющаяся или возникшая асимметрия.

Мы не будем останавливаться подробно на всех возможных послеоперационных деформациях и способах их коррекции, остановимся лишь на наиболее часто встречаемых, а также на хирургических приемах их коррекции.

Нам представляется целесообразным особо отметить, что в коррекции вторичных деформаций следует придерживаться последовательного принципа, а именно при планировании операции идти от минимального по объему вмешательства

к расширенному при наличии соответствующих показаний.

В настоящее время мы наблюдаем четко сложившуюся тенденцию к решению всех проблем послеоперационных деформаций, особенно в области кончика носа, выполнением открытой ринопластики.

При наличии небольших деформаций кончика носа целесообразно выполнение консервативной коррекции с использованием, как правило, межхрящевого доступа. Выбор подобной тактики обуславливается тем, что как межхрящевой, так и ретроградный доступы, при которых не производится выведение и экспозиция крыльных хрящей, позволяют значительно уменьшить хирургическую травму, а следовательно, послеоперационный отек и последующее рубцевание, а также сохранить в целостности связочный аппарат, а следовательно, поддерживающий механизм кончика носа. Все эти маневры обладают значительными преимуществами в профилактике возникновения послеоперационных асимметрий.

В области хрящевой части спинки носа основной вторичной деформацией является, как правило, недостаточная резекция с сохранением горба. Безусловно, это является показанием к выполнению повторной операции с консервативной резекцией хрящевой части горба и при необходимости установке трансплантатов в области кончика носа. Чрезмерное усердие в резекции может привести к слишком сильному понижению спинки и ятрогенной седловидной деформации с нарушением эстетически гармоничной линии кончик носа – надкончиковое углубление. В случае возникновения подобной деформации оптимальным решением является использование аутохрящевых трансплантатов для контурной пластики возникших дефектов.

Резидуальный горб вследствие недостаточной резекции в области костной пирамиды удаляется рашпилем или снимается тонким слоем остеотомом, чтобы не привести к гиперрезекции. Как правило, следующим этапом выполняется латеральная остеотомия для сужения боковых скатов носа. Небольшие костные неровности, сохраняющиеся после удаления горба, корректируются сглаживанием деликатным рашпилем в субпериостальном слое. Стойкая асимметрия скатов может являться следствием недостаточной или неполной остеотомии, что требует выполнения серии дополнительных остеотомий. Адекватная латеральная остеотомия, часто в сочетании с медиальной остеотомией со смещением отломков внутрь, является основным методом коррекции вторичной деформации.

Изменение остроты носогубного угла достигается ротацией кончика носа в цефалическом направлении и сопровождается, как правило, постановкой аутохрящевого трансплантата в карман в основании колумеллы.

Согласно данным последних аналитических обзоров, затруднение или ухудшение носового дыхания после ринопластики являются основной

причиной, побуждающей пациентов прибегать к повторной ринопластике.

Искривления носовой перегородки, которые не были скорректированы в ходе предшествующей операции, а также различные проблемы носового клапана являются чаще всего основными причинами, приводящими к затруднению носового дыхания после ринопластики. Чтобы избежать подобных осложнений, следует уделять особое внимание перед операцией исследованию состояния полости носа, выполнению эндоскопии и компьютерной томографии, а также определение дыхательной функции носа и функциональной состоятельности слизистой оболочки.

Абсолютно очевидным является тот факт, что эффективность ринопластики находится в прямой зависимости от сохранения или улучшения носового дыхания. Повторное вмешательство на носовой перегородке с технической точки зрения, как правило, еще значительно более сложное и трудоемкое, чем повторная ринопластика. В связи с этим значение септопластики никогда не должно быть недооценено. Это вмешательство, требующее большого терпения и сосредоточенности, отточенной техники, внимания к мельчайшим деталям и гибкости хирургической тактики для получения хорошего и стойкого результата.

Предоперационные консультации, фотоанализ, моделирование и обсуждение с пациентом возможных вариантов коррекции являются залогом успеха операции, так как позволяют адаптировать технику и опыт хирурга к индивидуальной анатомии пациента и его пожеланиям по изменению своей внешности. Следует четко осознавать, что наличие даже очевидной деформации само по себе не является показанием к ее коррекции, если для пациента эта деформация не является значимой. В такой ситуации излишняя настойчивость хирурга может обернуться в последующем недовольством пациента результатом операции. Нереалистичные желания пациента, в свою очередь, также являются прекрасным субстратом для возникновения разногласий в восприятии результата операции пациентом и хирургом.

Уже на первой консультации хирург должен постараться проникнуть как можно глубже в суть проблем, которые привели к нему пациента. И каждый хирург должен иметь и выработать свою тактику общения с пациентом, которая могла бы дать ему наиболее полное представление как о личности пациента, так и о тех проблемах, которые привели его к нему.

Все эти аспекты должны обсуждаться детально и открыто с пациентом на дооперационном этапе, так как именно подобное общение является залогом создания доверительных отношений между хирургом и пациентом, что позволяет минимизировать возникновения различных рода претензий и исков со стороны пациента после операции.

При первом и единственном обращении пациента к хирургу по поводу выполнения ринопластики не-

возможно создать тот особый и адекватный психоэмоциональный контакт между ними. Если по окончании первичной консультации пациент настроен и четко ориентирован на операцию, то ему предлагается сделать необходимый ряд предоперационных фотографий, и назначается дата повторной консультации для обсуждения вариантов ринопластики, оперативного плана и возможных исходов.

Фундаментальными составляющими нашего предоперационного алгоритма являются детальный наружный осмотр, пальпация и эндоскопическое исследование полости носа.

Ринопластика является одной из самых сложных операций в лицевой эстетической хирургии, при которой неудовлетворительные результаты, по разным данным, составляют от 10 до 25%. Столь высокий процент неудач можно объяснить возросшим числом пациентов, желающих изменить форму носа, увеличением числа хирургов, готовых выполнить эту операцию, недостатком определенного профессионального опыта и необходимых навыков, возросшими требованиями пациентов к результату и ожиданиями от операции, осложнениями, которые могут возникнуть даже при абсолютно безупречно выполненной операции; недостаточно грамотным отбором пациентов на операцию, отсутствием доверительных отношений между пациентом и хирургом. Практикующий хирург никогда не должен забывать обо всех этих факторах, которые могут приводить к нежелательному результату. Мы абсолютно убеждены, что процент неудовлетворенности результатом ринопластики может быть значительно меньше при условии выполнения тщательного предоперационного анализа, детального планирования операции, установления доверительного контакта с пациентом и при наличии соответствующей подготовки и высоких профессиональных навыков у хирурга.

В заключение хотелось бы еще раз отметить, что ринопластика – это не просто операция, которая изменяет форму носа, а представляет собой комплекс сложных и последовательных шагов по коррекции эстетических, функциональных и психологических проблем каждого конкретного пациента. Ринопластика является операцией очень индивидуальной, решающей конкретные проблемы конкретного человека. При таком подходе хирург должен обладать необходимыми профессиональными навыками не только в вопросах хирургии, но и психологии, а также руководствоваться тем, что форма и функция неразделимы, и добиться совершенной формы при нарушенной функции практически невозможно.

Литература

1. Антониов В.Ф., Аксенов В.М., Кварая Д.Д. Дефекты и деформации перегородки носа (клиника, диагностика и хирургическое лечение): Учеб. пособие. – М., 1987. – 24 с.

2. Безишапочный С.Б. Хирургическая коррекция посттравматических деформаций носа // *Рос. ринолог.* – 1993. – №1. – С. 85-91.

3. Бокштейн Ф.С. Внутриносовая хирургия. – М.: Медгиз, 1956.

4. Гюсан А.О. Сравнительная оценка эффективности различных иммобилизирующих повязок в ринопластике // *Рос. ринолог.* – 1998. – №2. – С. 73.

5. Гюсан А.О. Хирургическое лечение посттравматических деформаций и дефектов носа: Дис. ... д-ра мед. наук. – Ч., 1998. – 266 с.

6. Гюсан А.О., Гюсан С.А. Тактика ринопластики при сочетанной деформации носа и воспалений околоносовых пазух // *Рос. ринолог.* – 1998. – №2. – С. 70.

8. Миразизов К.Д. К вопросу о реимплантации аутохряща и кости при искривлении носовой перегородки у детей // *Вестн оториноларингол.* – 1978. – №3. – С. 50-55.

9. Миразизов К.Д., Шамсиев Д.Ф. Выбор метода коррекции искривления перегородки носа при повторной септопластике // *Рос. ринолог.* – 2007. – №4. – С. 31-32.

10. Пискунов Г.З. Последовательность хирургического вмешательства при нарушении дыхательной и эстетической функций носа и заболеваниях околоносовых пазух // *Рос. ринолог.* – 2003. – №2. – С. 93-94.

11. Пискунов Г.З., Лопатин А.С. Проблемы риносептопластики // *Рос. ринолог.* – 1993. – №1. – С. 9-10.

12. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. Клиническая ринология. – М., 2002. – С. 346-378.

13. Пискунов С.З., Тарасов И.В., Должилова Н.В. Принципы хирургической коррекции деформаций наружного носа и эндоназальных структур // *Рос. ринолог.* – 1993. – №1. – С. 25-26.

14. Шамсиев Д.Ф., Миразизов К.Д. Высокорастроемое искривление перегородки носа как причина затруднения носового дыхания после внутриносовых операций // *Патология респираторного тракта: Материалы 2-го Нац. конгресса ринологов Казахстана.* – Шымкент 2005. – С. 140-141.

15. Шамсиев Д.Ф., Миразизов К.Д. Щадящая методика тампонады носовой полости после внутриносовых операций // *Мед. журн. Узбекистана.* – 2006. – №1. – С. 14-16.

16. Устьянов Ю.А. Лечение стойкого сколиоза носа в сочетании с параназальными синуситами // *Рос. ринолог.* – 1993. – №1. – С. 17.

17. Устьянов Ю.А. Лечение параназальных синуситов при стойком сколиозе носа // *Рос. ринолог.* – 1998. – №2. – С. 71.

18. Янов Ю.К., Оганесян С.С. Форма носовой перегородки у больных со сколиозом носа при выраженной асимметрии лица // *Рос. ринолог.* – 2004. – №2. – С. 11.

19. Bitzer E.M., Dornig H., Schwartz F.W. Clinical success of surgical correction of the nasal septum // *Laryngorhinootologie.* – 1996. – Vol. 75, №11. – P. 649-656.

20. Clement P.R., Hirsh C. *Rhinomanometry. A review* // *J. Otol., Rhinol., Laryngol. (Basel)*. – 1984. – Vol. 46. – P. 173.

21. Grymer L.F., Hilberg O. *Prediction of nasal obstruction based on clinical examination and acoustic rhinometry* // *Rhinology*. – 1997. – Vol. 35, №2. – P. 53-57.

22. Huizing E.H., MJohn de Groot A. *Functional reconstructive nasal surgery* // *Thieme. – Stuttgart New York, 2003. – 386 p.*

23. Sullivan P.K., Harshbarger R.L., Neal R.O. *Nasal osteotomies* // *17 Dallas rhinoplasty symposium. – Dallas, 2000. – P. 157-175.*

24. Walter C. *Aesthetische Nasenchirurgie* // *Arsch. Oto-Rhino-Zarungol.* – 1997. – Vol. 216. – P. 251-350.

Обсуждаются вопросы предоперационного анализа, планирования и отбора пациентов для ринопластики. Проведен литературный анализ неудовлетворительных результатов ринопластики. Отмечается важность психоэмоционального взаимодействия между пациентом и хирургом. Методы хирургического устранения деформаций носа представляют особый интерес, в связи с тем что, наличие деформации носа приводит не только к косметическим недостаткам и психологическим проблемам, но и к серьезным функциональным нарушениям.

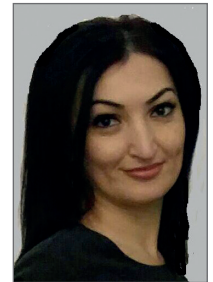
Ключевые слова: наружный нос, деформации, косметические недостатки, функциональные нарушения, психологические проблемы, ринопластика.

Ушбу мақолада ринопластика учун беморларни саралаш, операциядан олдинги таҳлил ва уни режалаштириш масалалари кўриб чиқилди. Қониқарсиз натижалари ринопластика амалиётларининг абадиётлар таҳлили ўтказилди. Бемор ва жарроҳ ўртасидаги психоэмоционал ўзаро алоқанинг муҳимлиги аниқланди. Бурун деформациялари фақатгина косметик камчилик ва психологик муаммога сабаб бўлиб қолмай, балки жиддий бурун функционал бузилишига ҳам олиб келганлиги учун бурун деформациясини жаррохлик усулида даволаш алоҳида қизиқишга сабаб бўлади.

In the article the questions of preoperative analysis, planning and selection patients for rhinoplasty are illustrated. Literature analysis of unsatisfactory results has been performed. It is noted that the psychoemotional interaction between patient and surgeon is important. Methods of surgical treatment of nasal deformities present special interest not only for cosmetic defects and psychological problems, also for serious functional disturbances.

УДК: 616.993.162-07

К ДИАГНОСТИКЕ БУГОРКОВОГО КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА



**Азизов Б.С., Алиев А.Ш., Агзамходжаева С.С.,
Нурматова И.Б., Солметова М.А.**

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Ташкентская медицинская академия*

Лейшманиоз кожи (пендинская язва, кожный лейшманиоз Старого Света – болезнь Боровского, кожный лейшманиоз Нового Света, шанкр Сахары, бутон Бискры, восточная язва, углевик, годовик, сартская болезнь, ашхабадская язва) – эндемичная трансмиссивная болезнь, свойственная странам с жарким и теплым климатом, проявляющаяся преимущественно поражением кожи [5].

Болезнь вызывается простейшими рода *Leishmania*. Переносчик возбудителя – москиты из рода *Phlebotomus*, основной путь заражения – через укусы москитов. Согласно учению о природной очаговости болезней, разработанному академиком Е.Н. Павловским, природным источником заражения кожным лейшманиозом людей являются грызуны песчанки [3]. Заражение человека происходит во время его пребывания в местности с природными лейшманиозными очагами в летний период. Источник заражения кожным лейшманиозом городского типа – больной человек.

Выделяют четыре основные клинические формы заболевания: кожный лейшманиоз, кожно-слизистый лейшманиоз, диффузный кожный лейшманиоз и висцеральный лейшманиоз [6]. Кожный лейшманиоз представляет собой благоприятную форму и встречается в 50-75% всех случаев заболевания [4].

Кожный лейшманиоз разделяется на две группы: кожный лейшманиоз Старого Света (Средиземноморский регион, Азия, Ближний Восток, Африка) и кожный лейшманиоз Нового Света (Центральная и Южная Америка). В настоящее время происходит перераспределение географической распространенности заболевания, которое вызвано миграцией населения, потеплением климата и, как следствие, увеличением популяции

москитов [4]. Лейшманиоз является эндемичным заболеванием в 88 странах: 67 – в Старом Свете и 21 – в Новом Свете [8]. Число инфицированных лейшманиозом – около 350 млн человек. Ежегодное увеличение числа заболевших – около 400 тыс случаев в год [9].

Первое достоверное описание кожного лейшманиоза сделал в 1745 г. английский врач Роскок, обнаруживший его у жителей Сирии. В середине XIX века, в период колонизации стран Азии, Африки, Ближнего Востока, среди военных европейцев заболеваемость кожным лейшманиозом приняла массовый характер, что вызвало к нему повышенное внимание. Знакомство русских врачей с кожным лейшманиозом связано с присоединением среднеазиатских территорий. В 1889 г. ординатору Ташкентского военного госпиталя П.Ф. Боровскому удалось обнаружить и описать возбудителя болезни, которого автор отнес к простейшим. В 1899 г. английский врач лейтенант-генерал Sir William Boog Leishman в мазках из селезенки больного, умершего от тропической болезни кала-азар, обнаружил возбудителя болезни, а в 1903 г. одновременно с ирландским врачом-бактериологом Charles Donovan описал этих паразитов [5].

Обычно продолжительность заболевания составляет около года (острая форма кожного лейшманиоза), реже – более года (хроническая форма), в литературе описан случай затяжного, более года, течения при иммунодефицитом состоянии [7]. В 1940 г. П.В. Кожевников и Н.И. Латышев выделили две формы кожного лейшманиоза: поздноизъязвляющийся и остронекротизирующий [2].

Антропонозный кожный лейшманиоз (городской, поздноизъязвляющийся) распространен преимущественно в странах Средиземноморья, на Ближнем и Среднем Востоке, в западной части полуострова Индостан. Инкубационный период – от 3 до 9 месяцев. На месте укуса москита появляется узелок размером с горошину, через 3-5 месяцев на нем появляется плотная корочка, покрывающая эрозию, а через 2-8 месяцев эрозия трансформируется в поверхностную язву неправильной формы с выраженным инфильтратом в основании. Разрешившийся инфильтрат оставляет после себя выраженный рубец – «печать Каина». Заболевание длится около года («годовик»).

Зоонозный кожный лейшманиоз (сельский, остронекротизирующий) распространен в сельских оазисах пустынных и полупустынных районов Ближнего Востока, Средней Азии, Индии, Африки. Высыпания чаще располагаются на открытых участках кожи: лице, шее, руках, ногах. В области укуса москита через 2-4 недели появляется фурункулообразный инфильтрат, изъязвляющийся через 1-2 недели. Образуется глубокая болезненная язва с гнойным отделяемым. Через 2-3 месяца она начинает очищаться от некротических масс. При разрешении также формируется глубокий рубец. Заболевание осложняется лимфангоитом и лимфадени-

том. Чаще встречается зоонозный вариант [4].

Бугорковая форма кожного лейшманиоза – один из вариантов лейшманиоза, который развивается у лиц с измененной реактивностью организма в результате активации сохранившихся лейшманий или в результате естественной суперинфекции. Этот тип лейшманиоза часто встречается у детей или лиц молодого возраста. Заболевание развивается в процессе обратного развития первичной лейшманиомы антропофильного типа или в области постлейшманиозного рубца. Вокруг заживающего очага поражения появляются бугорки величиной 2-5 мм желто-белого цвета с признаком застойной красноты. Элементы имеют полушаровидную плоскую форму, с гладкой, иногда шелушащейся поверхностью. Бугорки часто окружают свежий рубец, могут развиваться на уже сформировавшемся рубце и сохраняются длительное время. Появление новых элементов способствует увеличению зоны поражения, захватывающей новые участки кожи. Затем в процессе обратного развития оставляют атрофию или могут изъязвляться, покрываясь желто-коричневой коркой. По внешнему виду бугорки напоминают люпомы при туберкулезной волчанке, поэтому заболевание часто называют люпоидным лейшманиозом [1].

Приводим наше наблюдение

Больная Д., 18 лет. Первое обращение к дерматологу в августе 2017 г. с жалобами на высыпания в области лица (носа). Жалобы при поступлении: на высыпания на лице, в области носа, без субъективных ощущений.

Anamnesis morbi: считает себя больной в течение 6-7 месяцев. Причину возникновения высыпаний больная ни с чем не связывает. Как отмечает больная, заболевание началось с появления небольшого пятна, которое через 3 месяца покрылось корочкой. Неоднократно получала амбулаторное лечение по месту жительства (диагноз и название препаратов больная не помнит), однако эффекта от полученной терапии не отмечала.

Anamnesis vitae: росла и развивалась соответственно возрасту и полу в благоприятных социально-бытовых условиях. Наследственность не отягощена. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные средства не наблюдаются, вредных привычек нет. Родилась и проживает в Термезе, Сурхандарье. Старший ребенок от второй беременности. Роды в срок. В семье двое детей. Профилактические прививки – соответственно возрастным нормам. Питание регулярное, аппетит плохой. Перенесенные заболевания: ОРВИ – не более двух случаев в год.

Status praesens: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Контактна. Телосложение пропорциональное. Физическое развитие гармоничное. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски, рубцы отсутствуют, видимых опухолей нет. Видимые слизистые розовые, влажные. Высыпания на слизистых оболочках отсутствуют. Зрачковые и су-

хожильные рефлексы сохранены, одинаковы с обеих сторон. Патологические рефлексы и тремор конечностей отсутствуют. Мышечный тонус сохранен. Носовое дыхание свободное, выделений из носа нет. Грудная клетка симметрична. Дыхательные движения симметричны. Дыхание ритмичное. Перкуторный звук ясный легочный над всеми полями. Дыхание везикулярное. АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот не увеличен, симметричен, пальпация безболезненна. Печень, селезенка не пальпируются. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягко-эластичной консистенции. Патологические пульсации отсутствуют.

Кожа смуглая. Дермографизм розовый, эластичность кожи обычная. Кожная чувствительность сохранена, зон кожной гиперестезии нет. Волосы блестящие, густые. Ногтевые пластины не изменены. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, равномерно распределена, тургор сохранен. Подчелюстные лимфатические узлы при пальпации округлые, мягкие, эластичные, подвижные, гладкие, безболезненные, величиной меньше чечевицы, не спаяны между собой и с окружающими тканями. Другие периферические лимфатические узлы не пальпируются. Кожа над пальпируемыми лимфоузлами без изменений.

Status localis: кожно-патологический процесс носит хронический воспалительный, ограниченный характер, локализуется на коже лица, а именно в области спинки и крыльев носа (рисунок). Элементами поражения являются бугорки размерами 3-4 мм в диаметре застойно-красного цвета, расположенные на гиперемизированном и инфильтрированном фоне в виде бляшки, с четкими границами. Элементы имеют полушаровидную форму с легким шелушением на поверхности, местами склонные к слиянию, плотноватой консистенции.

Субъективно: чувствительность сохранена, болезненных ощущений нет. На основании жалоб, данных физикального осмотра, анамнеза заболевания (в том числе сведений о пребывании пациентки в эндемичном по лейшманиозу районе) заподозрен кожный лейшманиоз.

Лабораторные исследования Общий анализ крови: Нб 100 г/л; эр. $3,8 \times 10^{12}$ /л; цв. пок. 0,8; л. $6,2 \times 10^9$ /л; с. 57,4%; эоз. 1,8%; лимф. 34,0%; мон. 6,8%.

Биохимический анализ крови: общий белок 68 г/л; билирубин общ. 7,8 ммоль/л, связанный 2,6 ммоль/л, свободный 5,2 ммоль/л, глюкоза 4,1 ммоль/л, креатинин 49,1 ммоль/л, АЛТ 5 ед/л, АСТ 15 ед/л.

Общий анализ мочи: количество 50 мл; светло-желтая, прозрачная, удельный вес 1005, реакция кислая; белок abs, лейкоциты 3 в п/з. Общий анализ кала: обнаружены цисты лямблий.

Гистологическое исследование: гиперкератоз с роговыми инвагинациями, неравномерный акантоз, чередующийся с участками уплощенного эпидермиса,

вакуольная дистрофия клеток базального слоя с выпадением пигмента в сосочковый слой дерма. В дерме коллагеновые волокна фиброзно изменены, местами гомогенизированы, определяются туберкулоидные гранулематозные инфильтраты, содержащие лимфоциты, нейтрофилы, гистиоциты, единичные многоядерные гигантские клетки.

Выставлен диагноз: хронический кожный лейшманиоз. Проведенное лечение: Sol. acidi ascorbinici 5% 2,0, в/м; Sol. cyanocobalamini в/м; antrali 0,2 по 1 таб 3 р/д; aevite 0,2 по 1 капс. 2 р/д; деструкция с помощью диодного лазера; наружно Ung. levomicoli 2 р/д.

В процессе лечения элементы рассосались с образованием рубцовой атрофии.

Данный случай представляет интерес как для дерматологов, так и для врачей общей практики как редко встречающийся дерматоз. Была проведена дифференциальная диагностика. Бугорковый лейшманиоз кожи необходимо отличать от туберкулезной волчанки, бугоркового сифилида, мелкоузелкового саркоидоза, туберкулезного типа лепры. В данном случае у больной диагностирован бугорковый лейшманиоз кожи, который не был распознан в районном КВД. Кожный процесс характеризовался длительным прогрессивным течением, резистентностью к терапии и отсутствием признаков системности.

Бугорковый лейшманиоз кожи остается редким дерматозом. Осведомленность широкого круга врачей о состоянии проблемы имеет большое значение для совершенствования диагностики и повышения эффективности лечения данного заболевания.

Литература

1. Арифов С.С. Клиническая дерматология и венерология: Атлас. – Ташкент: Ворис-Нашириёт, 2008. – С. 272-273.
2. Кожевников П.В. Проблемы кожного лейшманиоза. – Ашхабад, 1941.
3. Латышев Н.И., Крюкова А.П. Роль большой песчанки в хранении вируса кожного лейшманиоза в течение межэпидемического периода // Докл. АН СССР. – 1941. – Т. XXX, №1. – С. 90-92.
4. Родионов А.Н. Дерматокосметология. Поражение кожи лица и слизистых. Диагностика, лечение и профилактика. – СПб: Наука и техника 2011.
5. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. – В 4 т.; Под ред. Ю.К. Скрипкина. – М.: Медицина, 1995. – С. 422-454.
6. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К. и др. Дерматология: Атлас-справочник. – 3-е изд. – М.: Практика, 1999.
7. Azizov B.S., Karimova M.K., Nabiev F.H. An Atypical Case of Leishmaniasis with HIV Co-Infection // Dermatol. Case Rep. – 2017. – Vol. 2, №3. – P. 134.

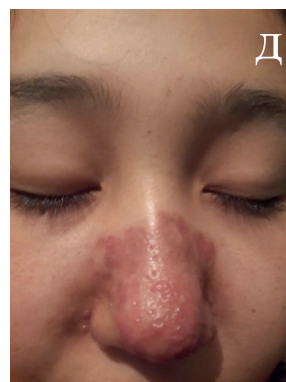
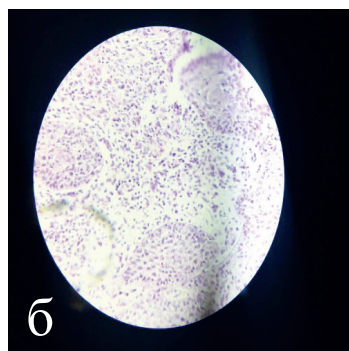
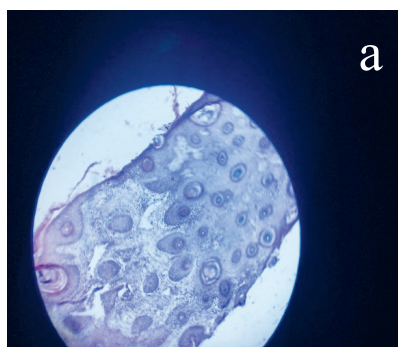


Рисунок. Криостатные срезы клинически интактного участка кожи больной (ув. соответственно $\times 400$ и $\times 100$) (а, б); больная с туберкулоидной формой хронического кожного лейшманиоза до (в), в процессе, через 2 нед. от начала лечения (г) и после лечения (д).

8. Blum G., Desjeux P., Schwarz E. et al. Treatment of cutaneous leishmaniasis among travelers // *J. Antimicrob. Chemother.* – 2004. – Vol. 53. – P. 158-66.

9. Hengg U.R., Marini A. Cutaneous leishmaniasis // *Hautarzt.* – 2008. – Vol. 59. – P. 627-632.

Проанализированы данные литературы, посвященной лейшманиозу – заболеванию, являющемуся эндемичным в среднеазиатском регионе. В статье описаны основные формы этого заболевания, его клинические симптомы. Особое внимание уделено редко встречающейся бугорковой форме кожного лейшманиоза, а также приводится собственное наблюдение пациентки с бугорковой формой хронического кожного лейшманиоза, подтвержденного гистологическим и другими методами исследования. Врачам-дерматологам следует иметь определенную настороженность в отношении данного заболевания, особенно в осенний период времени в связи с широкой миграцией населения.

Ключевые слова: лейшманиоз, бугорковая форма, диагностика, дифференциальный диагноз, гистологическое исследование, лечение.

Leishmanioz dermatologiyaning eng muhim tibbiy va ijtimoiy muammolaridan biridir. Maqolada O'rta Osiyo mintaqasida endemik kasallik bo'lib hisoblangan leishmanioz haqida adabiyot ma'lumotlari keltirilgan.

Dermatolog shifokorlar ushbu kasallikning rivojlanishi, xususan, kuzgi davrda aholi keng tarqalgan migratsiyasi tufayli sezilarli ehtiyot bo'lishlari kerak. Leishmaniozning asosiy shakllari va uning klinik belgilari tasvirlangan. Teri leishmaniasisning kamdan-kam uchraydigan tuberkuloid shakliga e'tibor berigan. Shuningdek gistologik tekshirilgan va boshqa usullar bilan tasdiqlangan leishmanioz tuberkuloid shaklning klinik ko'rinishi keltirilgan.

Kalit so'zlar: leishmanioz, tuberkuloid shakli, diagnostika, differentsial tashxis, gistologik tekshiruv, davolash.

Leishmaniasis is one of the most important medical and social problems in dermatology. The article presents literature data of leishmaniasis, a disease that is endemic in the Central Asian region. Dermatologists should have a certain caution about the development of this disease, especially in the autumn period due to the widespread migration of the population. The main forms of leishmaniasis and its clinical symptoms are described. Attention is paid to the rarely occurring tubercle form of cutaneous leishmaniasis. A clinical case of tubercle form, confirmed by histological examination and other methods, is also presented.

Key words: leishmaniasis, tubercular form, diagnosis, differential diagnosis, histological examination, treatment.

УДК: 616.31-74/-77]-615.011.4

ОСНОВНЫЕ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ



Рахимова Х.Ж., Нурматова Ф.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Главной целью стоматологического материаловедения является создание комплекса «идеальных» материалов для восстановления зубов и зубочелюстной системы. Именно на это направлено изучение состава, строения и свойств материалов для стоматологии, а также закономерностей изменения этих свойств под влиянием физических, механических и химических факторов. Основным методом и инструментом этого изучения в стоматологическом материаловедении является определение комплекса свойств материалов, имеющих принципиальное значение для их применения в условиях полости рта.

Под действующими факторами полости рта подразумеваются колебания температуры, высокая постоянная влажность, присутствие электролитной среды. Перечисленные факторы влияют на такие физические свойства материала как теплопроводность, размеры и объем при повышении или понижении температуры, сорбция ротовых жидкостей, возможность возникновения гальванических токов.

К физическим свойствам относятся и оптические свойства материалов, определяющие эстетическое качество восстановления зубов. Функциональные нагрузки, воздействующие на восстановительные материалы, предъявляют определенные требования к их механическим свойствам.

Результаты изучения свойств стоматологических материалов имеют не только теоретическое, но и большое практическое значение, связанное с регулированием свойств путем изменения состава материалов и разработкой оптимальных методов и технологий применения материалов в различных областях стоматологии.

Весь комплекс свойств можно разбить на физические,

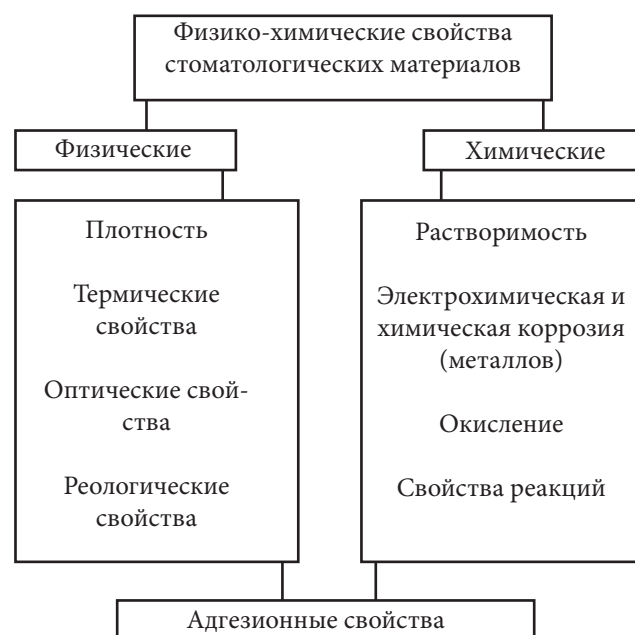


Рис. 1. Физико-химические свойства стоматологических материалов.

механические, химические, эстетические, биологические и технологические. Технологические свойства определяют возможность изготовления из того или иного материала пломбы, зубной коронки или зубного протеза.

Строго разграничить свойства материалов на физические, химические и механические удастся не всегда, поэтому для характеристики различных материалов чаще пользуются такими комплексными понятиями как физико-механические и физико-химические свойства. Следует заметить, что с их физическими и химическими характеристиками связаны не только эстетические свойства материалов, но и показатели биосовместимости.

К физическим свойствам относится плотность, тепло-электропроводность, а также реологические и оптические свойства материалов (рис. 1).

Коэффициент теплопроводности измеряют по количеству тепла в калориях в секунду, которое проходит через образец материала толщиной 1 см и площадью поперечного сечения 1 см², когда разница температуры на концах образца составляет 1°C. Чем выше этот показатель, тем более способно вещество пропускать через себя тепловую энергию, и наоборот. Коэффициент теплопроводности (K) выражается в кал/см*с*град (табл. 1).

Важным физическим свойством материалов, связанным с их теплопроводностью, является линейный коэффициент теплового (термического) расширения (КТЛР). КТЛР показывает изменение относительной длины (линейное изменение, отнесенное к единице длины) образца данного материала, когда его температура возрастет или упадет на 1°C. В таблице 2 приведены коэффициенты термического расширения некоторых веществ, представляю-

Таблица 1. Значения коэффициента теплопроводности (К) натуральных тканей в сравнении с рядом восстановительных материалов^{1*}

Наименование материала	К, кал/см·с°С
Эмаль	0,95
Дентин	1,45
Кость	1,4
Цинк-фосфатный цемент	3,1
Стеклополиалюминатный цемент	1,5
Акриловый базисный материал	0,37
Амальгама	54
Сплав Au-Ag-Pd	300
Гипс	3,1
Гидроксипапатит	3,0
Вода	1,42

^{1*}На основе данных W.J. O'Brien. *Dental Materials and Their Selection*. – Quintessence Publ. Co., Inc. – 3-е изд.

щих интерес для стоматологии.

К химическим относятся свойства, которые проявляются при химическом взаимодействии материала или его компонентов с окружающей средой полости рта. Примером такого взаимодействия могут служить реакции между ионами фтора, кальция и фосфора, входящими в состав профилактических материалов, с твердыми тканями зуба. Другой пример химического или электрохимического взаимодействия – окисление некоторых материалов или их компонентов (сплавов, амальгамы) под действием среды полости рта или пищевых продуктов. С химическими свойствами материалов связаны такие важные для применения в стоматологии процессы, как твердение (отверждение) материалов, некоторые механизмы адгезионного взаимодействия восстановительного материала с окружающими тканями.

Механические свойства материалов подчиняются законам механики, т.е. раздела физики, изучающего закономерности влияния энергии и силы на физические тела. Жевательные и другие функциональные нагрузки – силы, которые действуют на стоматологические материалы при замещении ими утраченных натуральных тканей зубов или зубного ряда. В зависимости от функций, разжевывания твердой или мягкой пищи, глотания и от вида зуба (резцы, клыки, премоляры, моляры).

Следует помнить, что сила – вектор, действие которой определяется численной величиной, направлением и точкой приложения. С точки зрения механических свойств восстановительных материалов в стоматологии не менее важно время действия силы.

Механические свойства твердых тел – прочность на растяжение, сжатие, изгиб, кручение, удар, твердость и др.

Таблица 2. Значения коэффициента линейного термического расширения (α) для некоторых стоматологических материалов^{2*}

Наименование материала	$\alpha, (1/^\circ\text{C}) \times 10^{-6}$	Диапазон температур, °С
Коронка зуба	11,4	20-50
Корень зуба	8,3	20-50
Акриловый базисный материал	76	20-50
Амальгама	6,2	20-50
Цинкоксидаэвгенольный цемент	35	25-60
Гуттаперча	54,9	25-38

^{2*}На основе данных W.J. O'Brien. *Dental Materials and Their Selection*, Quintessence Publ. Co., Inc. – 3-е изд., жевательная нагрузка колеблется в диапазоне от 50 до 300 Н (иногда до 500 Н). Наибольшая нагрузка приходится на жевательные (боковые) зубы. Механические свойства определяют, как поведет себя материал под действием этих сил.

– характеризуют сопротивление материалов воздействию различных нагрузок и в значительной мере определяют область их применения при восстановлении зубов (рис. 2).

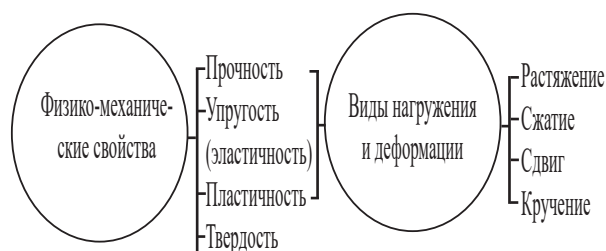
Под действием нагрузки в твердом теле происходят изменения (деформации) или оно разрушается. Различают упругие, или обратимые, деформации (после снятия нагрузки к твердому телу возвращается его первоначальная форма) и остаточные (необратимые или пластичные, после прекращения действия нагрузки форма и размеры тела изменяются).

Материалы по физическим свойствам разделяют на:

- изотропные (свойства материала одинаковы в любых направлениях, например, металлы, каучук);
- анизотропные (свойства в различных направлениях не одинаковы, например, дерево, волокна, слоистые пластики).

При деформировании образца материала под действием силы или нагрузки, помимо изменения его размеров в продольном направлении, наблюдается изменение размеров и в поперечном. Так, при растяжении образца материала, помимо продольного удлинения, наблюдается его поперечное сужение. Отношение относительной поперечной деформации к относительной продольной деформации называют коэффициентом поперечной деформации – коэффициентом Пуассона (ν – коэффициент Пуассона, характеризует упругие свойства материала). Для большинства материалов $\nu = 1/4 - 1/3$.

Прочность восстановительного материала имеет принципиальное значение для выбора конструкции зубного протеза или любого вида восстановления зубов и зубочелюстной системы. Прочностью обычно называют способность какого-либо предмета или изделия, в нашем



случае зубного протеза или пломбы, противостоять приложенным к ним нагрузкам, не разрушаясь и не проявляя излишнюю и необратимую деформацию.

Важным показателем, определяющим жесткость материала и его способность выдерживать приложенные нагрузки без значительных деформаций, является показатель модуля Юнга – модуля упругости (эластичности). Его определяют, зная данные напряжения и деформации, которые возникают в образце материала под действием приложенной силы, нагрузки (рис. 3).

По данным литературы, показатели модуля упругости эмали и дентина натуральных зубов колеблются в широком диапазоне, в зависимости от вида зуба и метода испытаний. Модуль упругости при сжатии эмали может достигать 46000-48000 МПа, а дентина – 11000-18000. Прочность при сжатии данных натуральных тканей в среднем может составлять до 300 МПа.

Из практического опыта известно, что керамика способна разрушаться мгновенно и внезапно без видимой деформации или течения. Металлы способны течь и удлиняться до 120% от их первоначальной длины, прежде чем разрушиться. Полимеры в основном не прочны и более эластичны, чем металлы и керамика. Знание состава и особенностей структуры этих материалов позволяет объяснить перечисленные различия.

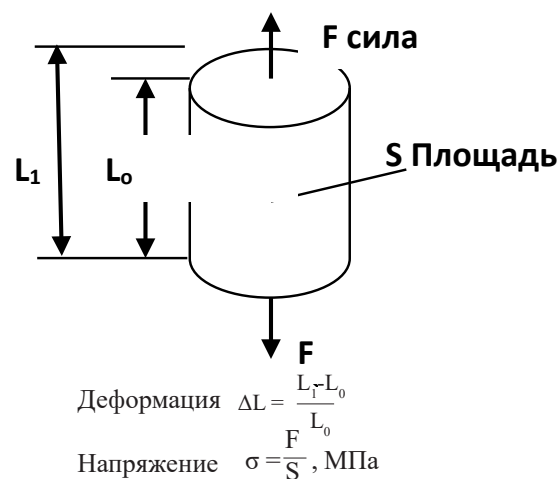
Существует возможность теоретически предсказать прочность материала, исходя из его строения, данных прочности межмолекулярных и межатомных связей. Это так называемая теоретическая прочность материала. Однако показатели реальной прочности материалов, полученные из испытаний, во много раз (10-100) ниже теоретической расчетной прочности. Реальные изделия или образцы, изготовленные из различных материалов, не имеют идеально гладкой поверхности.

Большинство изделий в стоматологии – пломбы, искусственные коронки, мостовидные несъемные зубные протезы и т.п. – имеют неправильную геометрическую форму с изгибами, углами, надрезами, в которых будут концентрироваться напряжения под действием жевательных нагрузок.

Такие участки изделий обычно называются концен-

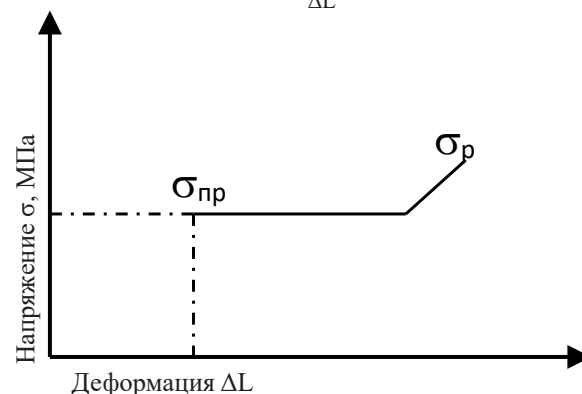
траторами напряжения. Величина напряжения вокруг концентратора может во много раз превышать среднее значение напряжения в теле или образце. Причем рост напряжения вокруг концентратора будет зависеть от формы концентратора. Крошечные царапины, практически всегда находящиеся на поверхности всех материалов даже после полирования, ведут себя как тонкие и острые надрезы, вершины которых настолько остры и тонки, что могут попасть в межмолекулярные пространства в структуре материала.

Таким образом, концентрация напряжения в вершинах этих крошечных царапин может приводить к напряжениям, достигающим значений теоретической прочности данного материала при относительно низком



Закон Гука $\sigma = E \cdot \Delta L$

Модуль Упругости $E = \frac{\sigma}{\Delta L} \cdot \text{МПа}$



σ_{пр} – предел пропорциональности

Прочность при растяжении:

$$\sigma_p = \frac{F_p}{S} \cdot \text{МПа}$$

Рис. 3. Основные параметры механических свойств материала при растяжении.

значении среднего напряжения. Когда концентраторы действуют в хрупком материале, таком как керамика, в нем образуется трещина, которая мгновенно распространяется по материалу, приводя к его разрушению.

Литература

1. Ремизов А.Н. *Медицинская и биологическая физика*. – М.: Высш. шк., 2004. – С. 64-69, 129-145, 246-248.
2. Рубин А.Б. *Биофизика*. – М., 2004. – Т. 1, 2. – С. 171-174, 178, 295.
3. Стефани Д.В., Вельтищев Ю.Е. *Стоматологическое материаловедение: Учеб. пособие*. – М., 2008. – С. 20-28.
4. Davidovits P. *Physics in Biology and Medicine*. – 2013. – P. 57-59.
5. Harten U. *Physik für Mediziner*. – Springer, 2011. – С. 10, 70-71.

Рассматриваются вопросы стоматологического материаловедения, создание комплекса «идеальных» материалов для восстановления зубов и зубочелюстной системы. Именно на это направлено изучение состава, строения и свойств материалов для стоматологии, а также закономерностей изменения этих свойств под влиянием физических, механических и химических факторов. Основным методом и инструментом этого изучения в стоматологическом материаловедении является определение комплекса свойств материалов, имеющих принципиальное значение для их применения в условиях полости рта.

Ключевые слова: стоматологическое материаловедение, «идеальные» материалы для восстановления зубов, физические свойства.

The main aim of dental material authority is to create complex of “ideal” materials for reconstruction of teeth and dentoalveolar system. As a result, this is the basis for researching composition, structure and properties of materials for dentistry, as well as consistent patterns of changes of these properties due to physical, mechanical and chemical agencies. The basic method of this contemplation in dental material authority is to identify complex of materials’ properties, which have principal meaning for using it in oral cavity.

УДК: 371.315:004:[616.31

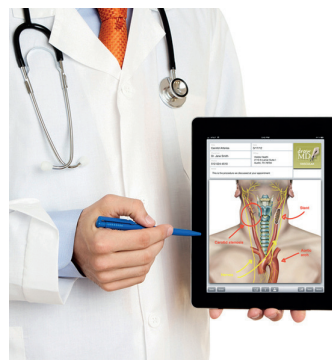
СТОМАТОЛОГИЯНИ ЎРГАНИШДА МОБИЛ ИЛОВАЛАРНИНГ ЎРНИ



Фазилова Л.А.

Тошкент давлат стоматология институти

2018 йилнинг “Фаол тадбиркорлик, инновацион гоялар ва технологияларни қўллаб-қувватлаш йили” деб эълон қилиниши ҳар бир соҳада инновацияларни қўллашга ундамоқда. Шу қаторда, тиббиёт соҳасида, айниқса, стоматологияда ҳам инновацион гоя ва технологияларни қўллаш мақсадида тиббиётни ўрганишда мобил иловалар мавжуддир. Улар орқали мавзулар тез ва тушунарли тарзда ўзлаштирилади.



Соғлиқни сақлаш ходимлари томонидан мобил қурилмалардан фойдаланиш клиник амалиётнинг қўллаб-қувватлаш жихатларини ўзгартирди. Мобил қурилмалардан фойдаланиш соғлиқни сақлаш шароитида одатий ҳолга

айланди, бу платформалар учун тиббий дастурий иловаларни (дастурларни) ривожлантиришнинг жадал ўсишига олиб келди. Қўп сонли иловалар ҳозир тиббиёт ходимлари ёки талабаларига ёрдам бериш учун жуда қўп муҳим вазифаларга эга. Масалан, ахборот ва вақтни бошқариш, тиббиёт ёзувларини сақлаш ва улардан фойдаланиш, алоқа, маълумотнома ва ахборот йиғиш, беморни текшириш ва мониторинг қилиш, клиник қарор қабул қилиш, шунингдек, тиббий таълим ва тренинглари.

Мобил қурилмалар ва иловалар стоматологлар учун жуда қўп фойда келтиради. Чунончи, клиник жихатдан қарорлар қабул қилишни яхшилаш ва касал натижаларини ижобий ҳал қилиш учун қўрсатиладиган тиббий ёрдам воситаларига киришни сезиларли даражада оширади. Бироқ, ушбу дастурлар тақдим этаётган имтиёزلарга қарамадан, иложи борица мураккаб воситаларнинг тиббий амалиётга тўғри қўлланилишини ва

2018 йилнинг “Фаол тадбиркорлик, инновацион ғоялар ва технологияларни қўллаб-қувватлаш йили” деб эълон қилиниши ҳар бир соҳада инновацияларни қўллашга ундамоқда. Шу қаторда, тиббиёт соҳасида, айниқса, стоматологияда ҳам инновацион ғоя ва технологияларни қўллаш мақсадида тиббиётни ўрганишда мобил иловалар мавжуддир. Улар орқали мавзулар тез ва тушунарли тарзда ўзлаштирилади.

Соғлиқни сақлаш ходимлари томонидан мобил қурилмалардан фойдаланиш клиник амалиётнинг қўллаб жиҳатларини ўзгартирди. Мобил қурилмалардан фойдаланиш соғлиқни сақлаш шароитида одатий ҳолга айланди, бу платформалар учун тиббий дастурий иловаларни (дастурларни) ривожлантиришнинг жадал ўсишига олиб келди. Кўп сонли иловалар ҳозир тиббиёт ходимлари ёки талабаларига ёрдам бериш учун жуда кўп муҳим вазифаларга эга. Масалан, ахборот ва вақтни бошқариш, тиббиёт ёзувларини сақлаш ва улардан фойдаланиш, алоқа, маълумотнома ва ахборот йиғиш, беморни текшириш ва мониторинг қилиш, клиник қарор қабул қилиш, шунингдек, тиббий таълим ва тренинглари.

Мобил қурилмалар ва иловалар стоматологлар учун жуда кўп фойда келтиради. Чунончи, клиник жиҳатдан қарорлар қабул қилишни яхшилаш ва касал натижаларини ижобий ҳал қилиш учун кўрсатиладиган тиббий ёрдам воситаларига киришни сезиларли даражада оширади. Бироқ, ушбу дастурлар тақдим этаётган имтиёзларга қарамасдан, иложи борица мураккаб воситаларнинг тиббий амалиётга тўғри қўлланилишини ва интеграциялашувини таъминлаш мақсадида мобил тиббий қўлланмаларга нисбатан яхшироқ стандартлар ва тасдиқлаш амалиётларини яратиш керак бўлади. Ушбу чора-тадбирлар тиббиёт амалиёти бозорига кириш учун тўсиқни кучайтиради, ҳозирда тиббиёт ходимлари томонидан қўлланилиши мумкин бўлган иловаларнинг сифати ва хавфсизлигини оширади.

Мобил ҳисоблаш қурилмалари (шахсий рақамли ёрдамчилар, кейинчалик смартфон ва планшет компютерларининг киритилиши) қўллаб соҳаларни, шу билан бирга, дори-дармон саноатига, айниқса, таъсир

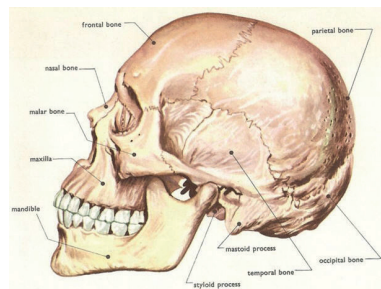
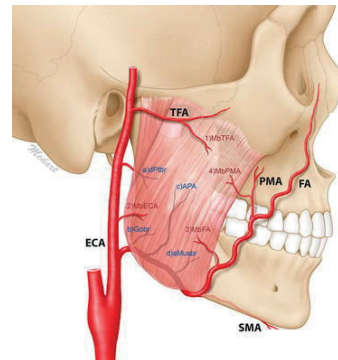
кўрсатди. Соғлиқни сақлаш ходимлари ҳозирда смартфон ёки планшет компютерларини, пейжер, уяли телефон ва шахсий рақамли ёрдамчилар орқали бажариш учун фойдаланадиган вазифа-

лар учун ишлатишади. Смартфон ва планшетлар ҳам ҳисоблаш ва алоқа хусусиятларини қўлда ушлаб турилиши ёки сақланиши мумкин бўлган битта қурилмада бирлаштиради, чўнтагида қулай фойдаланишга имкон беради. Овоз ва матндан ташқари, янги мобил қурилма моделлари web-қидирув, глобал жойлашишни аниқлаш тизимлари (GPS), юқори сифатли камералар ва овоз ёзиш воситалари каби янада ривожланган хусусиятлари билан ҳам таъминланган. Бу хусусиятлар билан бир қаторда кучли процессорлар ва операцион тизимлар, катта ҳажмли хотиралар ва юқори аниқлик ва тиниқликдаги экранлар, мобил қурилмалар асосан компютерларга айланди.

Ҳар иккала алоқа ва ҳисоблаш хусусиятларини бирлаштирган биринчи уяли қурилма 2002-йилда киритилган Blackberry бўлди. Blackberry бозорга чиқарилгандан сўнг, бошқа мобил қурилмалар жорий этилди. Эҳтимол, 2007 йилнинг январ ойида Apple биринчи авлод Iphone 5 ни ишга туширган бўлиши мумкин. Кейинчалик Google Android операцион тизимини ишловчи смартфонлар 2008 йилнинг октябр ойида ишга туширилди. Интуитив сенсорли экран интерфейслари, Iphone ва Android смартфонлар тақлиф қилганда, мобил қурилмаларга эгалик қилиш тез ўсди. 2010 йилнинг апрел ойида Apple янги планшетни тақдим этди, улардан фойдаланиш қулайлиги, портативлиги ва нисбатан катта экрани яна бир трансформацион ҳисоблаш воситаси эди. iPad планшет компютер бозорини “ёкиб” юборди. Google Android операцион тизимида (Samsung Galaxy ва бошқаларда) ишлайдиган планшетлар шу йилнинг охирида ишга туширилди ва бу мобил қурилмалардан янада кенгроқ фойдаланиш бошланди.

Шубҳасиз, тиббиёт мобил қурилмаларнинг мавжудлиги билан чуқур зарар кўрган дисциплиналардан биридир. Бу тиббиётчиларнинг кўпгина тадқиқотларида аниқ кўриниб турибдики, ушбу воситаларнинг юқори суръатда эгалик қилиш даражаси тиббиёт ходимларнинг клиник амалиётда ва таълимда смартфонлар ва планшетлар, ҳатто стол усти тизимларини ҳам улар учун афзал қилинган ҳисоблаш асбоблари сифатида алмаштирилди.

2012-йил июнида Manhattan тадқиқотлари шуни кўрсатдики, шифокорларнинг эгалик қилиши ва мобил қурилмалардан фойдаланиши кенг тарқалган бўлиб, уларнинг иш жойида 87 фоизи смартфон ёки планшет ёрдамида ишлайди, 99 фоизи эса компютердан фойдаланади. Сўровлар, шунингдек, шифокорларнинг 80 фоизи Iphone фойдаланади, қолган қисми эса Android смартфонларини афзал деб ҳисоблайдилар. Шифокорларнинг 66 фоизи планшет компютерига эга, бироқ уларнинг 54 фоизигина ўз амалиётларида фойдаланади.



Қизиги шундаки, мобил қурилмаларнинг машҳурлиги ёш билан мос келмайди, чунки 55 ёш ва ундан катта ёшдаги шифокорларнинг 80 фоизи смартфонга эгалик қилади. Мобил қурилмаларни тиббиёт ходимлари томонидан кенг тарқалганлигини акс эттирган натижалар ҳақида тиббиёт факультети ўқитувчилари, аҳолиси ва талабалар орасида ўтказилган сўровларда хабар берилган. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, уларнинг 85 фоизи синф хоналаридан шифохоналарга қадар турли хил клиник шароитларда мобил қурилмалардан фойдаланадилар.

Мобил қурилмаларнинг тиббиёт ходимлари томонидан кенг тарқалиб кетишига олиб келган энг муҳим сабаблардан бири, парваришlash нуктасида яхшироқ алоқа ва ахборот ресурсларига эҳтиёж бўлди. Энг муҳими, тиббиёт ходимлари клиник муҳитда турли манбаларга киришни талаб қилади, жумладан:

- Алоқа қобилиятлари – овозли кўнғирок, видео конференция, матн ва электрон почта;
- қарорларни қўллаб-қувватлаш тизимлари, расм архивлаш, алоқа тизимлари ва лаборатория ахборот тизимлари;
- Ахборот ресурслари – дарсликлар, қўлланмалар, тиббий адабиётлар, гиёҳванд моддаларни кидириш;
- Клиник дастурий иловалар – касаллик таъхис воситалари, тиббий ҳисоблаш машиналари;

Мобил қурилмалар ишлаб чиқилишидан аввал ушбу ресурслар, асосан, соғлиқни сақлаш шароитида мобиллик талабларини қўллаб-қувватламайдиган стационар компьютерлар томонидан таъминланганди. Бу эҳтиёжни қондириш мақсадида айрим тиббий хизматлар портатив, симсиз мобил ахборот (ғилдиракдаги компьютерлар) ёки ғилдираклардаги иш станциялари каби хусусиятларни ўз ичига олади. Бироқ, мобил қурилмаларнинг мавжудлиги билан бирга, ходимлар смартфон ва планшетлар орқали бармоқ учида маълумот олиш ҳуқуқига эга бўлдилар.

Мобил қурилмаларнинг стоматологияга тезкор интеграцияси қисман тиббий дастурий иловалар ёки «иловалар»нинг мавжудлиги ва сифатининг ошиши билан боғлиқ. Иловалар бу – компьютер ёки мобил қурилмада ишлаш учун ишлаб чиқилган дастурий таъминотдир. Улардаги мураккаб функцияларни бажарадиган тезкор процессорлар, такомиллаштирилган хотира, кичик батареялар ва юқори самарали очик манба, кодли операция тизимлар ҳам профессионал, ҳам шахсий фойдаланиш учун тиббий мобил қурилма иловаларининг «сув тошқини»дек ривожланишига йўл очиб берди.

Мобил қурилмалардаги стоматологик иловаларини юклаб олиш қобилияти тиббиёт ходимлари учун жуда кўп мобил клиник ресурсларни яратди. Тиббий иловалар таъхис ва даволаш, амалиётни бошқариш, кодлаш учун муҳим рол ўйнаймоқда. Мобил қурилмаларда клиник амалиётга жавоб беришга ёрдам берадиган, стоматологик мавзулар ва дори-дармонлардан фойдаланиш бўйича қўлланмалар, тиббий ҳисоб-китоблар, кидириш порталлари, клиник кўрсатмалар, дарсликлар ва адабиётлар каби бошқа саволларга жавоб берадиган кенг



камровли иловалар мавжуд. Ҳатто жарроҳлик муолажаларни стимуляция қилган, бошқача қилиб айтганда, эшитиш ёки кўриш тестлари сингари оддий тиббий кўрикларни амалга оширадиган мобил иловалар ҳам мавжуд. Бинобарин, тиббий иловалардан фойдаланиш кенг ва жадал суръатларда тарқаладиган бўлиб қолди. Тиббиёт мактабининг 70% шифокорлари ва талабалари мунтазам равишда камида битта тиббий ёрдам дастуридан фойдаланишган, 50%и эса ўзларининг сеvimли дастурларини кунлик фойдаланган ҳолда амалда тадбиқ қилишган. Амалий дастурлардан бир нечасини санаб ўтамыз, жумладан, инглиз тилидаги “A to Z Anatomy” иловаси, farmakosha.com сайтининг рус тилидаги “Нормальная анатомия человека” мобил иловаси, дори-дармон бўйича маълумотлар олиш учун “UzMedApp”, “DoriDarmon”, “Apteka.uz”, “MyApteka”, “Tib.Uz” қабиларни мисол қилиб келтириш мумкин.

2008 йил июл ойида Apple iTunes AppStore иловасининг ишга туширилиши билан бирга, иловаларга киришни янада кенгайтirdи. Бу iPad, iPhone ва iPod Touch (iTouch) фойдаланувчиларига онлайн бозорда дастурларни харид қилиш ва юклаб олиш имкониятини берди. 2014 йил январ ойида Apple компанияси iTunes AppStore орқали 1 миллионга яқин иловаларни таклиф қилган эди. 2011 йилга келиб «Apple» iTunes AppStore нинг тиббий категориясида мобил иловалар бозорлари орасида ноёб хусусиятга эга бўлган «Соғлиқни сақлаш соҳасидаги мутахассислар учун иловалар» бўлимини яратди. 2013-йилда ушбу бўлим яна қуйи тоифаларга бўлинди: ҳавола, тиббий таълим, беморни мониторинг қилиш, парвариш қилиш, кўриш, беморни ўқитиш ва шахсий ғамхўрлик. Google шунга ўхшаш турли хил иловаларни таъминловчи «Google Play» дўконини ишга туширди, жумладан, Android операция тизимидан фойдаланадиган мобил қурилмалар учун тиббиёт ходимларнинг айримлари кўпроқ фойдаланувчиларга эришиш учун баъзи мобил иловалар Apple ёки Android платформаларида фойдаланиш учун тақдим этилди.

Иловани танлашнинг асосий мезонлари кўпинча харажатлардир. Фойдаланувчилар бепул дастурни юклаб олишни афзал кўриши мумкин, аммо кейинчалик, агар зарур бўлса, тўловни талаб қиладиган киши билан алмаштириши ёки янгиллаши мумкин. Баъзи бепул иловалар тўлиқ ишлаб чиқилган бўлса, бошқалари эса ишламайди ёки қисман ишлаб чиқарилади, агар обуна сотиб

олинмаса, маълум тиббий журналлар ва тиббиёт дарсликлари абонент тўлови тўланганидан кейин мобил иловалар сифатида сотиб олинishi мумкин. Баъзи тиббий иловалар дастлаб қимматга тушиши мумкин бўлса-да, янгиланишлар киритилса, натижада улар иқтисодий жиҳатдан самарали бўлиши мумкин. Масалан, баъзи стоматологик қўлланмалар ҳар йили ўз-ўзидан бепул янгиланиб туради, ушбу янги наشرлар эса сотиб олиш зарурлигини бартараф этади.

Визуал Анатомия – бу онлайн қўлланма ва аудио талаффузли таълим воситасидир. Бундан ташқари, 3D модели ва 3D анимациянинг айланадиган қисмини ўз ичига олади. Барча тананинг анатомия тизимларини бирлаштирган ва интерактив танлаш режимида бўлиши мумкин бўлган 500 дан ортиқ функцияга эга. Ҳар бир функция пункти ўз ёрлиғи ва таърифига эга. Иловада, шунингдек, барча характеристик нукталарнинг тегларини излаш учун ишлатилиши мумкин бўлган кидирув функцияси ҳам мавжуд. Масалан, Gray анатомиясидан олинган тасвирларнинг умумий кўринишида 1247 та расм мавжуд. Шу билан бирга, 23 дан зиёд ўлчамли саволлар билан викторина ҳам киритилган. Талабалар мавзунини ўзлаштириб бўлгач, мавзунини мустақамлаш учун тест саволларини ечадилар ёки савол-жавоб викторинасини бажарадилар.

Қўллаш тартиби: Ушбу дастур бирламчи ўрганиш воситасидир, аммо вақти-вақти билан эслатмаларга муҳтож бўлган ҳар қандай профессионал ҳам фойдаланилиши мумкин. Бундан ташқари, у стоматологик ва кўз касалликлари билан касалланганларга ёки талабаларга бу ҳақда батафсил майдонларни кўрсатиш учун шифокорлар, ўқитувчилар ёки мутахассислар томонидан амалга оширилиши мумкин бўлган идеал дастурдир. Бу шунингдек, анатомияга оид умумий универсал қўлланма.

Функциялари:

- Дастур тилини инглиз, француз, испан, немис тилларига ўзгартира олиш.
- Мушаклар тавсифи (келиб чиқиши, қўшилиши, ҳаракатлари).
- Белгилаш ва катталаштириш - экрандаги тугмани босиб, ҳар қандай минтақани, белгини ёки бошқа функцияларни катталаштириш ва белгилаш имкониятининг мавжудлиги.
- Викторина режими – “ўзингизни текширинг” махсус нукта белгиси мавжуд бўлиб, ўрганиш жараёнида у ўчириб қўйилиши керак.
- Тез ўтиш - скетчни танлаб бошқа тизимга ёки органга ўтинг.
- Қўп танловли викториналарда иштирок этиш.
- Талаффузли аудио функциясининг мавжудлиги.
- Стоматология соҳасини чуқур ўрганишда юз-жағ кўринишининг 3D форматидан фойдаланиш имкониятининг мавжудлиги.
- Анатомия ва физиология фильмларининг мавжудлиги.
- Анатомия ва физиологияни ўрганиш учун ажойиб

иб бепул даврий янгиланишлар автоматик равишда бажарилади.

► Анатомия терминини кидириш орқали анатомия луғати сифатида фойдаланиш мумкин.

► Google кидирув натижаларини амалга ошириш имкониятининг мавжудлиги.

Мундарижаси: 3D тана мушак тизими (бош, қўл ва оёқ мушаклари), скелетлар тизими (шарх, бош суяги, қўл ва оёқ суяклари), юз-жағ соҳаси тизими, қон айланиш тизими, тана қисмлари, юрак, нафас олиш тизими, овқат ҳазм қилиш тизими, айириш тизими, асаб тизими (мия ва шарх), эркак ва аёл жинсий тизими, бурун бўшлиғи ва кўз-қулоқ тузилиши.

Фойдаланиш: Ушбу дастур орқали фойдаланувчи юқори сифатли анатомик тасвир билан таъминланган. “Zoom” тугмасини босиб ва битта панжара функциясидан фойдаланиб, ҳар қандай ҳудудга яқинлаштириши мумкинлигини хусусий нукта (хоч)ни босиб орқали танланиши мумкин. “Батафсил тугмаси” қисқа тавсифни ёки ёки ўчириш имконини беради. Мушаклар бўлими учун “батафсил тугмаси” фақат тавсифни кўрсатади. “Викторина режими тугмаси” теглар ва қисқа таърифларни ёки ёки ўчириш имконини беради.

Керакли маълумотларни кидириш: Агар бир нечта белгилар киритилса, кидирув функцияси сизга потенциал калит сўзлар рўйхатини автоматик равишда чиқариб беради. Сиз оддийгина рўйхатни танлашингиз мумкин. Натижада анатомик тасвир, нукта ва қисқача тавсиф экранингизда пайдо бўлади. Қўшимча маълумотни Вики-ни босиб орқали топишингиз мумкин.

Адабиётлар

1. Boulous M.N., Wheeler S., Tavares C., Jones R. How smartphones are changing the face of mobile and participatory health care; an overview, with example from eCAALYX // Biomed. Engl. Online. – 2011.
2. Kiser K. 25 ways to use your smartphone. Physicians share their favorite uses and apps // Minn. Med. – 2011.
3. Moodley A., Mangino J., Goff D. Dentistry applications for iPhone/iPad and Android: from pocket to patient // Clin. Infect. Dis. – 2013.
4. Mosa A.S., Yoo I., Sheets L. A systematic review of health care apps for smartphones // BMC Med. Inform. Dec Mak. – 2012.
5. Ozdalga E., Ozdalga A., Ahuja N. The smartphone in medicine: a review of current and potential use among physicians and students // J. Med. Internet Res. – 2012.
6. Payne K.B., Wharrad H., Watts K. Smartphone and medical related app use among medical students and junior doctors in the United Kingdom (UK): a regional survey // BMC Med. Inform. Dec. Mak. – 2012.

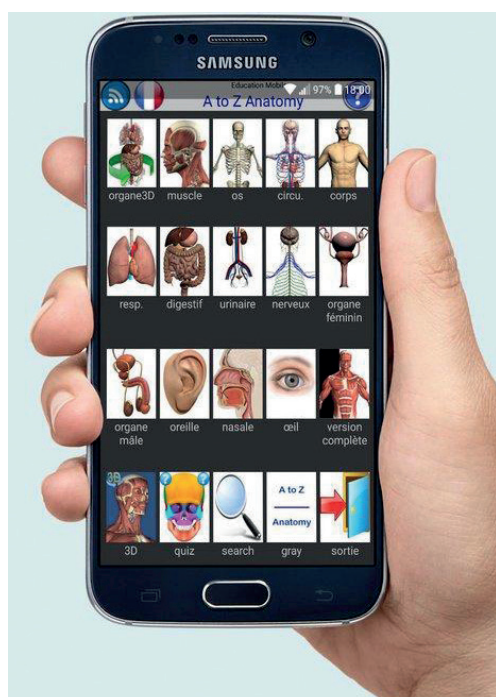
Mobil qurilmalar va ilovalar tibbiyot hodimlari uchun juda ko'p foyda keltiradi. Mobil hisoblash qurilmalari (shaxsiy raqamli yordamchilar, keyinchalik smartfon va planshet kompyuterlarining kiritilishi) ko'plab sohalarni, shu bilan birga, stomatologiya sohasiga va dori-darmon

sanoatiga, ayniqsa ta'sir ko'rsatadi. Mobil qurilmalarda tibbiyotning klinik amaliyotiga javob berishga yordam beradigan va dori-darmonlardan foydalanish bo'yicha qo'llanmalar, tibbiy hisob-kitoblari, qidirish portallari, klinik ko'rsatmalar, darsliklar va adabiyotlar kabi boshqa savollarga javob beradigan keng qamrovli ilovalar mavjud.

Мобильные устройства и приложения могут быть очень полезны для медицинского персонала. Мобильные вычислительные устройства (персональные цифровые помощники, далее смартфоны и планшетные ПК) оказали большое влияние на многие области, в том числе и на стоматологию и фармацевтическую промышленность. Мобильные устройства имеют обширные приложения, которые помогают при работе в клинической практике и отвечают на другие вопросы, такие как руководства, медицинские расчеты, поисковые порталы, клинические руководства, учебники и литература для использования различных сфер.

Ключевые слова: стоматология, клиническая практика, мобильные устройства и приложения, поисковые порталы.

Mobile devices and applications make a great deal of benefits for the physicians. Mobile computing devices (including personal digital assistants, the introduction of smartphones and tablets) have affected many areas, including dentistry and the pharmaceutical industry. There are extensive applications in mobile devices that help to respond to clinical practice and address other questions such as drug use guidelines, medical records, search engines, clinical guidelines, textbooks and literature.



УДК: 616.212/.216-002.2]-072.1

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ



**Хасанов У.С.¹, Вохидов У.Н.²,
Джураев Ж.А.¹**

¹Ташкентская медицинская академия,

²Ташкентский государственный стоматологический институт

Риносинуситы возникают значительно чаще, чем их диагностируют, поскольку в ряде случаев клиническая картина острых синуситов маскируется симптомами острых вирусных инфекций. Однако полагают, что синусит при гриппе и ОРВИ следует рассматривать не только как их осложнения, но и как их проявление [1,5,8].

В развитии воспалительного процесса в полости носа и околоносовых пазухах, помимо внешних причин (климатогеографических условий, уровня инфекционной заболеваемости, состояния окружающей среды, характера питания, стрессовых ситуаций), вызывающих нарушения мукоцилиарного транспорта, важную роль могут играть аномалии строения внутриносовых структур и решетчатого лабиринта.

К факторам, нарушающим проходимость естественных отверстий околоносовых пазух и механизмы их аэрации и очищения, можно отнести аномалии развития носовых раковин, искривление носовой перегородки и деформацию носового клапана, функции которого до конца еще не изучены [2,3,9,12]. Оказываемое патологическое действие создает условия для блокады остеомаксиллярного комплекса, а впоследствии – для развития воспалительного процесса в околоносовых пазухах [4,5,9,11]. В условиях застоя секрета и снижения парциального давления кислорода в ОНП формируются благоприятные условия для развития бактериальной инфекции [10,11].

Детализировать характер поражения полости носа и околоносовых пазух позволяют специальные методы обследования, которые вошли в арсенал отоларинго-

логов в последние годы. Это инструментальное эндоскопическое исследование, с помощью которого можно объективно оценить степень нарушения носового дыхания [6-8,12].

Наиболее достоверным методом исследования полости носа, состояния околоносовых пазух и их естественных соустьев является эндоскопия полости носа, которая играет основную роль в постановке диагноза, объективной оценке эффективности проводимого лечения и выборе оптимального варианта хирургического вмешательства [6,10,12]. С помощью эндоскопа возможно последовательно осмотреть все отделы полости носа, начиная с преддверия и носового клапана. Обращают внимание на цвет слизистой оболочки, наличие и характер выделений, оценивают размеры носовых раковин, а также состояние глоточной миндалины и устьев слуховых труб [7,11]. Эндоскопия помогает выявить кисты носоглотки, а также подтвердить диагноз сумки Торнвальда [11].

Цель исследования

Изучение роли эндоскопического исследования при хронических воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух.

Материал и методы

Нами обследованы 200 больных с хроническими воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух, 186 из которых находились на стационарном лечении в Республиканском специализированном центре кардиологии с диагнозом миокардит. Пациенты были разделены на две группы: 1-я – 80 больных с хроническими воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух, 2-я – 106 больных без патологии носа и околоносовых пазух. Все больные были подвергнуты всестороннему клинко-лабораторному исследованию, которое включало сбор анамнеза заболевания, риноэндоскопию и компьютерно-томографическое исследование. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев из числа сотрудников 2-й клиники Ташкентской медицинской академии. Риноэндоскопию проводили эндоскопом фирмы Karl Storz (Германия) 0°, 30° и 70°.

Результаты и обсуждение

Основными жалобами, предъявляемыми больными, являлись затруднение носового дыхания (92,5%), выделения из носа (78,4%), нарушение обоняния (22,2%), субфебрильное повышение температуры тела (36,4%), общая слабость (42,5%). Часто отмечались боли (78,4%) в верхнечелюстной области. На компьютерных томограммах у всех пациентов выявлены различные комбинации вовлеченных в патологический процесс околоносовых пазух. У 31 больного обнаружено изолированное поражение верхнечелюстных пазух, у 29 – поражение верхнечелюстных и этмоидальных пазух, у 14 – поражение этмоидальных и лобных пазух, у 6 – поражение верхнечелюстных, этмоидальных и основных пазух. У 45 больных имело место искривление носовой перегородки, у 7 – полипы, у 11 – гипертрофия решетчатой

буллы, у 17 – гипертрофия нижних носовых раковин.

Как было отмечено выше, эндоскопическое исследование полости носа проводилось до и после лечения (рис. 1, 2). У всех больных определялась гиперемия и отечность слизистой оболочки носа, у 62 – патологическое отделяемое в носу, у 45 – искривление носовой перегородки, у 7 – полипы в среднем носовом ходу, у 13 – патология средней носовой раковины, у 5 – гипертрофия крючковидного отростка, у 18 – гипертрофия нижней носовой раковины, у 10 больных – гипертрофия решетчатой буллы.

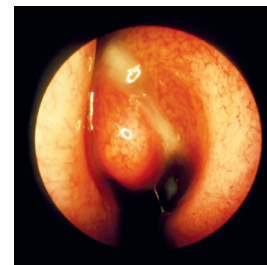


Рис. 1. При эндоскопии носа отмечается гнойные выделения в среднем носовом ходу слева.

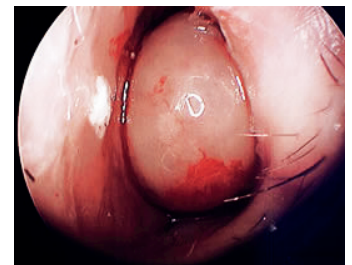


Рис. 2. При эндоскопии носа отмечается увеличение нижней носовой раковины слева.

В послеоперационном периоде всем больным было назначено промывание полости носа путем перемещения лекарственных средств по методу Проетца. В число лекарственных средств мы включили наиболее чувствительный к данному типу инфекции в носу препарат: местное применение назонекса в дозе 125 мкг в каждую половину носа 2 раз в день в течение 7 дней. Критериями эффективности лечения служили положительная динамика при диагностической эндоскопии полости носа, а также анализ амбулаторных карт и субъективная оценка своего состояния самим пациентом.

При эндоскопии при отсутствии носовых полипов – 0 категория; при полипах, которые не выходят за пределы средней носовой раковины и для визуализации, требующие эндоскопического исследования, – 1; при полипах, выходящих за рамки средней носовой раковины и видимые через носовое зеркало – 2; при массивных полипах, которые закрывают полость носа, – 3 категория.

Срок наблюдения – от 6 до 24 месяцев. Осложнений и побочных эффектов местного применения биопарокса не наблюдалось.

Хороший результат оценивался в 0-6 баллов, удовлетворительный результат – в 7-10 баллов, неудовлетворительный – в 11-14 баллов.

Хороший результат получен у 160 (80%) больных, удовлетворительный – у 36 (18%), неудовлетворительный – у 4 (2%).

Из общего числа больных с затруднением носового дыхания, вызванным различными этиологическими факторами, нами были отобраны пациенты, у которых было проведено оперативное вмешательство. При этом мы ориентировались на степень выраженности миокардита, возраст пациентов, жалобы на затруднение носо-

вого дыхания и данные клинических и лабораторных исследований. При наличии серьезной сопутствующей патологии, особенно у лиц пожилого возраста, изначально оперативное вмешательство ограничивалось консультационными методами, либо малоинвазивными методами лечения.

Выводы

1. Применение эндоскопии соответствует требованиям современной оториноларингологии, является своевременным и незаменимым в диагностике и лечении хронических воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух.

2. Применение эндоскопических методов при лечении больных с хроническими воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух позволяет уменьшить число рецидивов, что благоприятно сказывается на качестве жизни пациентов.

Литература

1. Вохидов У.Н., Хасанов У.С., Джураев Ж.А. и др. *Estimation of data of specific allergic research in chronic polypoid rhinosinusitis* // Молодой ученый. – 2016. – №9. – С. 374-376.
2. Карпова Е.П., Вагина Е.Е., Емельянова М.П. *Хронический риносинусит у детей* // Педиатрия. – 2016. – №2. – С. 110-113.
3. Лопатин А.С. *Хронический риносинусит: патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации*. – М.: Практ. медицина, 2014. – С. 3-61.
4. Хасанов У.С., Джураев Ж.А., Тошпулатов Ж. *Особенности заболеваний носа и околоносовых пазух у больных с миокардитами* // Молодой ученый. – 2016. – №10. – С. 547-550.
5. Шамсиев Д.Ф., Вохидов У.Н., Каримов О.М. *Современный взгляд на диагностику и лечение хронических воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух* // Молодой ученый. – 2018. – №5. – С. 84-88.
6. Deosthale N.V., Khadakkar S.P., Harkare V.V. et al. *Diagnostic Accuracy of Nasal Endoscopy as Compared to Computed Tomography in Chronic Rhinosinusitis* // Indian J. Otolaryngol. Head Neck. Surg. – 2017. – Vol. 69, №4. – P. 494-499.
7. Ghogomu N., Kern R. *Chronic rhinosinusitis: the rationale for current treatments* // Exp. Rev. Clin. Immunol. – 2017. – Vol. 13, №3. – P. 259-270.
8. Larsen K.L., Lange B., Darling P. et al. *The validity of nasal endoscopy in patients with chronic rhinosinusitis-An inter-rater agreement study* // Clin. Otolaryngol. – 2018. – Vol. 43, №1. – P. 144-150.
9. Slovick A., Cornet M., Surda P., Tomazic P.V. *Chronic rhinosinusitis: New understanding of specific and general Quality of life scores* // Rhinology. – 2016. – Vol. 54, №4. – P. 289-291.
10. Vokhidov U.N. *State of reticular fibers in various forms of polypoid rhinosinusitis* // Europ. Sci. Rev. – 2015. – №7-8. – P. 39-40.
11. Wu J., Jain R., Douglas R. *Effect of paranasal anatomical variants on outcomes in patients with limited and diffuse chronic rhinosinusitis* // Auris. Nasus. Larynx. – 2017. – Vol. 44, №4. – P. 417-421.

12. Zhang L., Zhang L.H. *Comparison of different endoscopic scoring systems in patients with chronic rhinosinusitis: reliability, validity, responsiveness and correlation* // Rhinology. – 2017. – Vol. 55, №4. – P. 363-368.

Цель: изучение роли эндоскопического исследования при хронических воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух. **Материал и методы:** обследованы 200 больных с хроническими воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух, 186 из которых находились на стационарном лечении в Республиканском специализированном центре кардиологии с диагнозом миокардит. **Результаты:** исследование показало, что применение эндоскопии соответствует требованиям современной оториноларингологии, является своевременным и незаменимым в диагностике и лечении хронического риносинусита, помогает врачу-оториноларингологу выбрать правильную тактику лечения внутриносовой патологии. **Выводы:** применение эндоскопических методов при лечении больных с хроническими воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух позволяет уменьшить число рецидивов и улучшить качество жизни.

Ключевые слова: хронический риносинусит, эндоскопия, диагностика, лечение.

Текширишнинг мақсади бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланиш касалликларида эндоскопик текширишнинг ўрнини ўрганиш ҳисобланди. Биз мақсади бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланиш касалликлари билан оғриган 80 беморга ҳар томонлама клиник-лаборатор текшириш, жумладан бурун эндоскопик текшируви ўтказдик. Текшириш шуни кўрсатдики, эндоскопия замонавий оториноларингологиянинг талабларига мос келади, сурункали риносинуситни ташхислаш ва даволашда муҳим ўрин эгаллайди, ҳамда шифокор-оториноларингологга бурун ичи касалликларини даволашда ёрдам беради.

Калит сузлар: сурункали риносинусит, эндоскопия, ташхислаш, даволаш.

The aim of the study was to study the role of endoscopic research in chronic inflammatory diseases of the nose and paranasal sinuses. We examined 80 patients with chronic inflammatory diseases of the nose and paranasal sinuses, who underwent comprehensive clinical and laboratory studies, including endoscopic examination of the nasal cavity. The study showed that the use of endoscopy meets the requirements of modern otorhinolaryngology, is timely and indispensable in the diagnosis and treatment of chronic rhinosinusitis, which will help the otorhinolaryngologist to choose the tactics of treatment of intranasal pathologies.

Key words: chronic rhinosinusitis, endoscopy, diagnosis, treatment.

УДК: 616.314-08:615.851.13

ИЗУЧЕНИЕ ИНДЕКСА КЕРДО У ПАЦИЕНТОВ НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ



Р.А. Фаттахов, Л.Э. Хасанова

Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение: Психоземotionalное напряжение у стоматологических пациентов может служить причиной отсроченного визита к врачу и приводить к обращению с более запущенными формами заболеваний, что усложняет лечение и ухудшает его исход. Возможные осложнения могут способствовать возникновению различных соматических патологий и, в целом, приводят к ухудшению здоровья населения [2,4,5,12, 13].

Главной причиной несвоевременного обращения к врачу является страх перед стоматологическим вмешательством. Тревогу и страх на стоматологическом приеме испытывает большинство пациентов [1,4, 11, 13].

Психоземotionalное напряжение в первую очередь вызывает изменение деятельности нервной и сердечно-сосудистой систем. Такие эмоции, как страх и тревога вызывают вегетативные реакции, отражающиеся на функциях всех систем организма, в частности на деятельности сердечно-сосудистой системы [7, 8, 9, 10, 15].

В связи с этим, нами было предложено изучение изменений частоты сердечных сокращений и артериального давления в процессе стоматологического лечения, которые позволяют в общих чертах судить об активности вегетативной нервной системы при психоземotionalном напряжении.

Предпосылками для проведения этого исследования послужили массовость амбулаторного стоматологического приема и недостаточная разработка методов коррекции психоземotionalного напряжения у пациентов, при условии того, что большинство амбулаторных вмешательств (99%) проводится при сохраненном сознании пациента [3, 6, 12].

Материалы и методы: Для решения поставленных задач проводилась разработка методов определения, воздействия и коррекции эмоционального напряжения пациентов на амбулаторном стоматологическом приеме с целью создания психологического комфорта, повышения безопасности оказания стоматологической помощи населению.

Исследование проводилось на амбулаторном стоматологическом приеме в стоматологической клинике г. Ташкента «Chilonzor Denta Lyuks» г. Ташкента в 2015-2016 гг.

Всего было обследовано 1072 пациента в возрасте от 18 до 65 лет. Из них 398 составили мужчины, 674 - женщины.

Пациенты были разделены на две группы – основную (622 человека) и группу контроля (450 человек). В основной группе число мужчин составило - 222, женщин - 400. В группе контроля мужчин было - 176, женщин - 274.

В группе контроля проводилась коррекция психоземotionalного напряжения, с целью создания психологического контроля согласно выявленной у них психоземotionalной реакции (эпизодической тревоги, волнения, мобилизации, боязни или страха). В основной группе коррекция не проводилась.

Для получения исходных данных производилась регистрация физиологических показателей: систолического артериального давления (САД), диастолического артериального давления (ДАД), частоты сердечных сокращений (ЧСС) трижды – до лечения, во время и после лечения. После измерений подсчитывался индекс Кердо – индикатор деятельности вегетативной нервной системы, функционирование которой неразрывно связано с сердечно-сосудистой системой.

Формула расчета индекса Кердо:

$$ИК = 100 * (1 - ДАД/ЧСС),$$

где ДАД – диастолическое артериальное давление (мм. рт.ст.), ЧСС – частота сердечных сокращений (уд/мин).

Если значение этого индекса больше нуля, то говорят о преобладании симпатических влияний в деятельности вегетативной нервной системы, если меньше нуля, то о преобладании парасимпатических влияний, если равен нулю, то это говорит о функциональном равновесии.

Индекс Кердо будет больше нуля, если пульс больше диастолического давления, равен нулю при их равенстве и меньше нуля при превышении ДАД над пульсом [17].

Результаты исследований

Индекс Кердо в основной группе указывает на стрессовую реакцию и цифровое его значение указывает на то, что почти все пациенты имеют выраженное влияние парасимпатической нервной системы. При доминанции реакций парасимпатической нервной системы могут возникать обморочные состояния, брадикардия, снижается артериальное давление, уменьшается частота дыхания и мышечный тонус. Наблюдаются гиперсаливация, усиливается потоотделение, перистальтика кишечника, происходит расширение периферических кровеносных сосудов, наблюдается спутанность сознания и возбуждение слюноотделение [2, 4, 5, 14]. В основной группе после приема наблюдается даже усиление возбуждения парасимпатической нервной системы.

В контрольной группе наблюдается преобладание симпатической нервной системы над парасимпатической. Но к концу приема происходит постепенное снижение возбуждения и симпатической нервной системы, т.е. постепенно устанавливается равновесие компонентов вегетативной нервной системы. Основная функция симпатического отдела вегетативной нервной системы состоит в регуляции внутренних вегетативных функций, в связи с внешней деятельностью, особенно в экстремальных ситуациях. Други-

Таблица. Показатели индекса Кердо в группах пациентов

Индекс Кердо		
до приема	во время приема	после приема
$-4,8 \pm 0,37$ $3,5 \pm 0,43$	$-3,3 \pm 0,38$ $1,99 \pm 0,45$	$-7,2 \pm 0,37$ $1,73 \pm 0,4$

ми словами, симпатическая нервная система воздействует на вегетативные процессы так, чтобы они были максимально полезны в экстремальной ситуации.

Но к концу приема происходит постепенное снижение возбуждения и симпатической нервной системы (двукратное снижение показателя), т.е. постепенно устанавливается равновесие компонентов вегетативной нервной системы.

Заключение: Анализ изменения индекса Кердо показывает, что применение методики коррекции психоэмоционального напряжения формирует более позитивное отношение к лечению и позволяет сделать процесс стоматологического лечения менее изнурительным для врачей и пациентов, повышает безопасность и эффективность стоматологического приема.

Применение новых подходов с целью оптимизации и совершенствования оказания стоматологической помощи населению с учетом психоэмоционального состояния пациентов, позволяет каждому стоматологу, независимо от уровня его психологической подготовки, повысить медицинскую эффективность лечебно-профилактических стоматологических мероприятий и качество оказания помощи.

Использованная литература:

1. Айер, У. Психология в стоматологической практике. СПб: Питер, - 2008. - 234 с.
2. Анисимова Е.Н., Гасанова З.М., Молчанов А.С., Рязанцев Н. А. Психологический способ коррекции страха и тревоги перед стоматологическим вмешательством // *Эндодонтияtoday*. - 2012. - № 1. - С.31–35.
3. Анисимова Н. Ю. Пациенты с дентофобией на стоматологическом приеме // *Вестник ТГПУ*. - 2014. - № 5. - С. 123-128
4. Ларенцова Л.И. Взаимодействие врача и пациента: психология гармоничных взаимоотношений // *Стоматология для всех*. - 2009. - № 1. - С. 46-49.
5. Митин Н.Е., Курякина Н.В. Тревожность и депрессивность на ортопедическом стоматологическом приеме // *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова*. - 2008. - №2. - С. 121-126.
6. Михальченко В. Ф. Системные механизмы формирования эмоционального напряжения человека в условиях стоматологического приема: автореф. дис. ... доктора мед.наук. - Волгоград. - 2002. - 43 с.
7. Морозов В.Н., Хадарцев А.А. К современной трактовке механизмов стресса // *Вестник новых медицинских технологий*. - 2010. - Т. 17. - №1. - С. 15–17.
8. Соловых Е. А., Мосолов Д. В., Арутюнов С. Д. Параметры сердечной деятельности как показатель стрессорной реакции пациентов пожилого и старческого возраста на стоматологическом приеме // *Российский стоматологический журнал*. - 2007. - № 3. - С.14-17.

9. Фолков Б. Эмоциональный стресс и его значение для развития сердечно-сосудистых заболеваний // *Кардиология*. - 2007. - № 10. - С. 4-11

10. Харитонова И.В., Горнушкина Е.Ю., Николаев В.И., Овчинников Б.В. Особенности реакции эндокринной и сердечно-сосудистой систем людей с различным типом темперамента на эмоциональный стресс. // *Физиология человека*. - 2000. - № 3. - С. 121- 125

11. Шарова Т.Н., Антонова А.А., Бойко В.В., Иванова Г.Г. Способ прогнозирования психоэмоционального состояния пациентов на стоматологическом приеме и возможности коррекции // *Патент России № 2452366* - 2012. - Бюл. № 16.

12. Ahmed F., Quddus I.A., Sharif M.O., Ahmed K. *Dental Anxiety- Understanding is the Key to Effective Management*. // *Dent Update*. -2016. - №9 – P. 883-890.

13. Armfield J.M., Stewart J.F., Spencer A.J. *The vicious cycle of dental fear: Exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear*. // *BMC Oral Health* – 2007 - №7 – P.1.

14. Beaton L., Freeman R., Humphris G. *Why Are People Afraid of the Dentist? Observations and Explanations // Medical Principles and Practice*. – 2014. - № 4. – P. 295–301. doi: 10.1159/000357223.

15. Bodner S. *Stress management in the difficult patient encounter* // *Dent Clin North Am*. - 2008. - № 3. - P. 579 - 603.

16. Kamin V. *Fear, stress, and the well dental office*. // *Northwest Dent*. -2006. - №2. – P. 10-18.

17. Kérdő I. *EinausDaten der Blutzirkulationkalkulierter Index zur Beurteilung der vegetativen Tonuslage // Actaneurovegetativa*. - 1966. - № 2. - S. 250-268

Индекс Кердо - показатель, использующийся для оценки деятельности вегетативной нервной системы. Анализ изменения индекса Кердо у обследованных пациентов показывает эффективность методики коррекции психоэмоционального напряжения.

Ключевые слова: индекс Кердо, психоэмоциональное напряжение, амбулаторный стоматологический прием.

Кердо индекси – вегетатив асаб тизимининг фаолиятини баҳолаш учун ишлатиладиган ўлчовидир. Беморларнинг Кердо индексидаги ўзгаришлар тахлили психоэмоционал тарангликни тўғрилаш услубиятининг самарадорлигини кўрсатди.

Калит сузлар: Кердо индекси, психоэмоционал таранглик, амбулатор стоматологик қабул.

The Kerdo's index is the indicator used to evaluate the activity of the autonomic nervous system. An analysis of the change in the Kerdo's index in examined patients shows the effectiveness of the psychoemotional stress correction technique.

Key words: the Kerdo's index, psychoemotional tension, outpatient dental appointment.

СКОЛЬКО ТАЛАНТОВ ТАИТ В СЕБЕ ЧЕЛОВЕК!



Миржамолу Мирьякубовичу Мирьякубову исполнилось 90 лет. 55 из них он отдал зуботехнической, врачебной, педагогической и общественной деятельности. М.М. Мирьякубов был доцентом, заведующим кафедрой ортопедической стоматологии (1966-1978 гг.) Ташкентского государственного медицинского (ныне стоматологического) института. Но кроме того, что он стоматолог, он еще и мыслитель и поэт.

Мирьякубов М.М. родился в 1928 г. в семье служащего, в 1949 г. окончил Ташкентское зуботехническое училище, после чего 2 года работал по специальности. В 1952 г. поступил на стоматологический факультет Московского стоматологического института им. Н.А.Семашко. В 1957 г. после окончания института вернулся в Ташкент и принял участие в создании стоматологического факультета при Ташкентском государственном медицинском институте.

В 1955 г. ректор ТашГосМИ Абдумалик Гулямов приехал в Москву и обратился к Мирьякубову М.М. с просьбой познакомить его с ректором Московского стоматологического института. Мирьякубов М.М. рекомендовал доцентов А.Т. Бусыгина и М.В. Бусыгину, у которых учился. После предварительного знакомства А. Гулямов и супруги Бусыгины обратились к ректору Московского стоматологического института Белецкому Г.А. и получили его согласие принять участие в заведовании кафедрами ортопедической и терапевтической стоматологии, а также участия в организации стоматологического факультета в ТашГосМИ. Все

вместе приехали в Ташкент и приложили все усилия для организации стоматологического факультета и кафедры ортопедической стоматологии (зав. каф. А.Т.Бусыгин), кафедры терапевтической стоматологии (зав.каф. М.В. Бусыгина). Мирьякубов М.М. стал ассистентом кафедры ортопедической стоматологии вместе с другими сотрудниками – Сухаревым Г.Т., Колонторовым Д.Е., Козыревой Л.И., Керером Р.Р., Рутковским Н.В., Коладзинской Р.В., Шиловым В.И., Маликовым К.С.

Лекционные и практические занятия проводились на русском языке. Большинство студентов факультета приехали из отдаленных областей и районов республики и не владели русским языком. Усвоение учебного материала было сложным, что создавало трудности для преподавателей и студентов. Учитывая эту ситуацию, Мирьякубов М.М., основываясь на многолетних знаниях и собственном практическом опыте по стоматологии и зубной технике решил написать учебник по ортопедической стоматологии на узбекском языке. Кроме того, он предложил новый метод поэтапного преподавания клинических и зуботехнических лабораторных этапов изготовления зубных протезов. При этом значительно улучшилось усвоение материала студентами, так как методы поэтапно и простым языком были изложены в одной книге. В 1962 г. Мирьякубов М.М. выпустил первый учебник по ортопедической стоматологии на узбекском языке. Учеными советом института труд Мирьякубова М.М. был оценен по достоинству, и ему присвоено звание кандидата медицинских наук. Этой книгой пользуются практические врачи и зубные техники при изготовлении зубных протезов, а также студенты, которые занимаются в зуботехническом колледже.

Об этом новом методе преподавания ортопедической стоматологии Мирьякубов М.М. доложил на Всесоюзном выездном научном съезде стоматологов в Киеве в 1963 г., где профессорско-преподавательский состав единогласно одобрили этот метод и рекомендовали преподавание ортопедической стоматологии по этому методу во всех других городах бывшего Советского Союза, где имелись стоматологические факультеты, а также в ТашГосМИ.

Таким образом, он является автором нового методического подхода к преподаванию курса ортопедической стоматологии студентам стоматологических факультетов, который предусматривает совместное обучение как клиническим, так и лабораторным этапам зубопротезирования. К настоящее время учебник по ортопедической стоматологии переиздавался трижды и каждый раз дополнялся сведениями о новейших достижениях в стоматологии.

С целью лучшего усвоения практических навыков по ортопедической стоматологии Мирьякубовым М.М. была предложена идея бесплатного приема студентами ортопедических больных с зубными протезами.

Свой глубокий и большой опыт научно-практической

работы он успешно передает своим ученикам, под его руководством было защищено 6 кандидатских диссертаций.

Совместно с проф. В.П. Пончоха он издал монографию – новый цветной атлас по микропротезированию (1981), который пользуется успехом среди специалистов ортопедов-стоматологов. У него имеется 7 изобретений, которые используются в каждодневной практике при изготовлении зубных протезов клиническими врачами и зубными техниками.

Под его руководством впервые в бывшем Союзе поэтапно изготовлены различные зубные, оригинальные протезные фантомы из пластмассы, которые используются студентами при изготовлении клинических и зуботехнических зубных протезов.

Его перу принадлежит более 100 научных работ. Большое внимание он уделял профилактике стоматологических заболеваний, рекомендовал начинать лечение уже в детском возрасте. Для привлечения больных и проведения санитарно-просветительной работы среди педиатров-стоматологов им издана популярная книжка для детей «Тишинг сог – вактинг чоғ» на 9 языках мира (узбекский, русский, английский, персидский, индийский, турецкий, арабский, таджикский, азербайджанский) со стихами на стоматологические профилактические темы, автором которых является он сам (1993, тираж 100 тыс.). Книга разошлась по многим государствам мира, в том числе и в Саудовской Аравии. В связи с этим Мирякубов М.М. лично президентом Саудовской Аравии был приглашен в эту страну на Всемирный съезд Исламских государств и для чествования по поводу 20-летия пребывания Абдулазиза Саида на посту президента.

В течение 20 последних лет он издал ряд календарей и научно-популярных книг «Тиш касалликлари ва уларнинг олдини олиш», «Зубы целы, бодрый дух», «Потомкам, чтобы здоровыми расти», «Узингдан кур» и др., посвященных профилактике стоматологических заболеваний) с юмористическими стихами для детей, а также для широкого круга читателей на 4-х языках (казахском, узбекском, русском, английском), за что на Всемирном съезде стоматологов в Алма-Ате он был награжден орденом.

Огромен его вклад не только в стоматологию, но и в литературу. Он автор книг «Умрим мазмуни» (2006), «Дил изхори» (2011), «Курганларим ва билганларим» (2017). Особенность этих изданий еще и в том, что они написаны стихами. В них говорится о любви к родине, к узбекскому народу, матерям, отцам, дружбе разных народов мира, воспитанию молодежи в духе патриотизма. Книжки эти легко читаются, написаны простым языком и имеют большое познавательное и воспитательное значение, особенно для молодежи.

Он является специалистом, внесшим весомый вклад в дело организации и развития стоматологической службы в Республике Узбекистан. В течение 12 лет Мирякубов М.М. являлся председателем Республиканского общества стоматологов. В эти годы по инициативе Мирякубова и при содействии руководителей Узбекистана началось и завершилось строительство во всех областях трехэтажных типовых стоматологических поликлиник.

Как член редколлегии и редактор-консультант он принимал активное участие в подготовке и издании «Большой

медицинской энциклопедии», «Узбекской большой энциклопедии», «Узбекча-русча тиббий лугат» и «Узбекча-русча изоҳли лугат».

Мирякубов М.М. – автор множества стихов, которые любимы народом: их поют ведущие артисты республики – Махмуджон Таджибаев, Марьям Сатторова, Юлдуз Усманова, Эркин Рузметов и др. Мелодии к ним написаны композиторами Махамаджон Мирзаевым, Орифхоном Хотамовым, Абдухошимом Исмоиловым. Они постоянно звучат по радио и телевидению.

С помощью режиссеров им подготовлены инсценировки «Она нидоси», «Фарзанд армони», «Мени бахтсиз килиб яратдинг» с участием народных артистов Узбекистана Тути Юсуповой, Юлдуз Усмановой и др. Они сохранились в архиве и периодически передаются по радио и телевидению. Они имеют большое воспитательное значение, помогая сохранить молодые семьи, учат уважительному отношению друг к другу членов семьи, о к старшим и младшим, особенно к матерям и отцам.

Он любитель музыки и сам профессионально играет на дутаре и радуется близких друзей на знаменательных торжествах, праздниках и встречах в кругу семьи.

М.М. Мирякубова отличает многогранность таланта. Он педагог, врач, поэт, музыкант, а также большой любитель природы, садоводства, виноградарства, сам постоянно занимается разведением цветов и фруктовых деревьев. Он также любитель домашних животных, собак, птиц и др.

Несмотря на солидный возраст, он полон энергии, бодр, активен, с оптимизмом смотрит на будущее и постоянно занят творческим трудом во всех сферах жизни.

Этот многогранный, всесторонне талантливый, простой и скромный, человек с юмором, заслуженно пользуется признанием и любовью всех учеников, друзей, больных и знакомых.

За самоотверженный труд Мирякубов М.М. награжден множеством почетных грамот Профсоюза здравоохранения республики, Ветеран труда республики, победитель соревнования труда СССР и др.

Мирякубову М.М. присущи юмор, доброта и другими положительными качества, которые радуют окружающих его близких и друзей, учеников.

Лекционные и практические занятия с студентами, беседы с близкими и знакомыми на любые жизненные темы воспитывают духовную чистоту, которая так необходима человеку.

Пусть эти замечательные качества долгие годы не покидают его и близким, ученикам, больным и окружающим его людям дарит мгновения радостных ощущений и оптимистический настрой.

Ректорат Ташкентского государственного стоматологического института

Ассоциация стоматологов Узбекистана

Редакция журнала «Stomatologiya»

Сотрудники кафедры

факультетской и госпитальной

ортопедической стоматологии ТГСИ

Сотрудники кафедры ортодонтии и зубного протезирования ТГСИ

Ташкентский институт

усовершенствования врачей

УДК: 616.31(092)

АЗИМОВ МУХАМАДЖОН ИСМОИЛОВИЧ 70 ЁШДА



Азимов Мухамаджон Исмоилович — юз-жағ жаррохлик стоматологияси соҳасидаги атоқли олимлардан бири, Тошкент давлат стоматология институти болалар юз-жағ жаррохлиги стоматологияси кафедрасининг профессори, Россия тиббий-техника фанлари академияси академигидир.

Азимов Мухамаджон 1948 йилда Тошкент шаҳрида туғилган. Миллати ўзбек. 1971 йил Тошкент тиббиёт институти – стоматология факультетини тугатиб, 1971-1973 йилларда ТошДавМИнинг жаррохлик стоматологияси кафедрасида клиник ординатура ўтган. 1973-1976 йиллар давомида Биринчи Ленинград медицина институтида мақсадли аспирантурада ўқиб, фан номзоди даражасини олган. 1976 йилдан буён Тошкент тиббиёт институти, Тошкент тиббиёт академияси ва Тошкент давлат стоматология институтида педагогик, илмий ва амалий фаолиятини юритиб келмоқда. Умумий меҳнат стажи 51 йил, илмий-педагогик иш стажи 41 йил. Кафедра мудир лавозимида 25 йил, стоматология факультети декани лавозимида 7 йил ишлаган. 1991 йил докторлик диссертациясини Биринчи Ленинград тиббиёт институтида ҳимоя қилган.

М.Азимов раҳбарлигидаги жамоани барча илмий ишлари юз-жағ соҳаси яллиғланиш жараёнлари, жароҳатлар, туғма ва орттирилган нуқсонлар, шакл бузилишлар, ҳамда ўсма касалликларини ташхислаш, даволаш ва асоратлар олдини олишнинг самарадор усулларини ишлаб чиқаришга қаратилган. 14 та фан доктори ва 25 нафар фан номзодлари тайёрланган. Шулардан бири Яман Республикаси фуқароси Ахмед Мухамед Аль Хубейшидир.

Бугунги кунда Мухамаджон Азимовнинг шогирдлари етук профессорлар: Иноятлов А.Ш. - БухМИ ректори, Боймуродов Ш.А. - ТМА ўқув ишлари проректори, Дўстмухамедов М.З. - ТДСИ ўқув ишлари проректори, Амануллоев Р.А. - ТДСИ илмий ишлари проректори, Абдуқодиров А.А., Жилонов А.А., Абдуллаев Ш.Ю. кафедра мудирлари. Улар устоз билан биргаликда мавзулари йўналишида изланишни давом эттириб, қўллаб шогирдларни тайёрламоқдалар.

Мухамаджон Азимов қатор илмий грантлар бўйича ишларни бажаришда иштирок этган ва раҳбарлик қилмоқда. Устоз ва унинг шогирдларининг илмий ишлари хориж мамлакатларида тан олинмоқда. Россия, Жанубий Корея, Германия, шунингдек Қозоғистон, Тожикистон республикалари тиббиёт (стоматология) институтилари билан илмий ва ўқув ишлари бўйича ҳамкорлик олиб бормоқда. Жумладан Германиянинг Marien hospital пластик хирургия маркази (директори проф. Dr. Wangerink) билан биргаликда докторлик диссертацияси ёқланди.

2011 йилда Мухамаджон Азимов Россия тиббиёт-техника академиясининг академиги унвонига сазовор бўлди.

М.Азимов ва унинг раҳбарлигидаги илмий жамоа биринчи бўлиб юз-жағ соҳаси яллиғланиш касалликларнинг ультратовуш ва термографик семиотикаси яратилган. Кибернетика институти ходимлари билан ҳамкорликда жағ суяклари ўткир одонтоген остеомиелитининг якунини прогноз қилишнинг математик модели ва ҳал этувчи қондаси ишлаб чиқилган. 96% аниқлик билан ташхислаш имконини берувчи “Остеомиелит” дастур яратилган. Кальций метоболизми ва гемостаз тизими бузилишлари, дисбактериоз, иккиламчи иммунтанқислик каби преморбид ҳолатлар ҳамда экпатологик омилларнинг ўткир остеомиелит ривожланишида тутган ўрни экспериментал ва клиника шароитида аниқланган ва исботлаб берилган. Комплекс даволашга гепатоиндукторлар, антикоагулянт, адаптоген, антиоксидант, кальций препаратлари, тор спектрли инфрақизил нурлар киритилиши асослаб берилган. Пировард натижада даволаш муддати қисқариши, касалликнинг сурункали шаклга ўтишининг камайиши ва мажрухликнинг олди олинишига эришилган.

Юз скелети суяқларининг ўткир қўш жароҳатлари бўлган буморлар ҳолати оғирлигини компьютер ёрдамида аниқлаш дастури; асоратларни 95% аниқлик билан прогноз қилиш модели ишлаб чиқилган. Дистракторлардан фойдаланиб, фермент, иммун препаратлари, озон ва остеопластик материаллар қўллаб ёрдам кўрсатиш алгоритми ишлаб чиқилган.

Воҳидов номидаги РИАХМнинг микрохирургия бўлими билан ҳамкорликда юз-жағ соҳасининг кенг қўламли нуқсон ва деформацияларини хирургик даволаш тактикаси ишлаб чиқилган. Пастки жағ нуқсонларини қовурға-аутоотрансплантлар билан тиклаш учун тўққизинчи (IX) қовурғалараро қон-томирларнинг яроқлилиги, мақсадга мувофиқлиги асослаб берилган. Янги шишакристал материал “Биоситал” кимё институти

билан биргаликда ишлаб чиқилган ва унинг катталарда жағ суяклари нуқсонларини тиклашда қўлланилиши экспериментал ва клиник шароитда асослаб берилган. Болаларда эса қўзичоқдан олинган ксено-суяк маъқуллиги асослаб берилган. Суяк аутопластикасида консервацияланган киндик мембранасидан фойдаланиш ишлаб чиқилган. Жағларнинг қўш деформацияларини бартараф этиш учун, юз тузилишининг турига қараб ўтказиладиган реконструктив операциялар такомиллаштирилган.

Кўп йиллик меҳнат фаолияти давомида у етук олим, педагог ва ноёб мутахассис сифатида ёшларга ибрат бўлиб келмоқда. Замонавий техника воситалари (интерфаол технологиялар) ва янги адабиётлар маълумотларидан фойдаланиб, маъруза ва амалий машғулотларни юқори методологик савияда моҳирона ўтказди. У учта дарслик “Жарроҳлик стоматология пропедевтикаси” (2009 йил), “Юз-жағ травматологияси” (2016 йил), “Болалар жарроҳлик стоматологияси” (2017 йил), 4та услубий ва 10 та ўқув-услубий қўлланма муаллифидир.

Мухаммадjon Азимов илмий педагогик фаолиятини даволаш ишлари билан чамбарчас олиб бормоқда. У юз ва жағлар яллиғланиш касалликлари, жароҳатлари бўлган юзлаб инсонлар ҳаётини сақлаб қолган. Юз ва жағлар туғма кемтиги, ўсмаси билан туғилган минглаб болаларни даволаб, уларни соғлом тенгдошлари қаторида жамиятда ўз ўрнини эгаллашига катта ҳисса қўшиб келмоқда.

Мухаммадjon Азимов институтнинг барча жамоат ишларида фаол иштирок этади. 1978-1987 йилларда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлигида бош болалар стоматолог лавозимида ишлаб, болалар стоматологияси поликлиникаларининг ташкил этилишида фаол иштирок этган. 1995-2012 йилларда Д 087.01.02 ихтисослашган илмий кенгашига раислик қилган. Институт МУХнинг аъзоси, МУХнинг стоматология секцияси раиси, кўп йиллар стоматология муаммолари хайъатининг раиси бўлган. Stomatologiya журнали редакцион кенгаши аъзоси.

Профессор Мухаммадjon Азимов Республикада стоматология ва юз-жағ жарроҳлиги фани йўналишларида истиқболли, халқаро даражада тан олинган илмий салоҳиятли мактабни яратган олим.

Ҳозирги вақтда ҳам у ижодий кучга, илмий ғояларга бой. Уни дўстлари ва шогирдлари азиз, меҳнатсевар, интизомли, талабчан инсон сифатида фахр ва муҳаббат билан тилга олишади.

Ушбу кунда бу улуғ инсонга, узоқ умр ва саломатлик, буюк Ўзбекистонимизнинг келажаги учун ёш ва кучли тиббиёт ходимларини тайёрлашдаги заҳматли меҳнатларида янги ижодий ва илмий ютуқлар тилаб қоламиз.

**Ўзбекистон Республикаси
соғлиқни сақлаш вазирлиги
Тошкент давлат стоматология институти
Ташкент тиббиёт академияси
Ўзбекистон стоматологлар ассоциацияси
«Stomatologiya» журнали тахририяти**

УДК: 616.31(092)

ИРСАЛИЕВ ХУСНИТДИН ИБРАГИМОВИЧ 70 ЁШДА



Тиббиётимизда ортопедик стоматология соҳасига етук мутахассис сифатида катта ҳисса қўшиб келаётган, кўплаб шогирдлар етиштирган шифокор олимларимиздан бири - Тошкент Давлат Стоматология институтининг факультет ортопедик стоматология кафедраси профессори, олим ва мураббий **Ирсалиев Хуснитдин Ибрагимовичдир.**

Х.И.Ирсалиев 1948 йил 3 июлда ишчи оиласида туғилган. 1966 йилда ўрта мактабни олтин медаль билан тугатиб, Тошкент давлат тиббиёт институти (ТошДавТИ)нинг стоматология факультетига ўқишга кирди. У 1971 йилда ТошДавТИ ни тамомлаб, шу институт гистология кафедрасининг биофизика лабораториясида катта лаборант вазифасига ишга қабул қилинди. Лабораторияда электрон микроскоп сирларини мукамал ўрганиб, етук мутахассис даражасига эришди. 1977 йилда «Цито – функциональные изменения коры надпочечника после резекции тонкой кишки» мавзусида номзодлик диссертациясини ёклаб, тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига сазовор бўлди. Илмга бўлган чанқоклиги ва янги илмий текшириш услубларини чуқур ўрганиши туфайли, таникли олим, академик Комилжон Аҳмаджонович Зуфаровнинг истеъдодли шогирдлари қаторига қўшилди. Х.И.Ирсалиев олим сифатида шаклланишида устозлари академик К.А.Зуфаров ва профессор С.А.Зуфаровларнинг илмий мактаби асос бўлди.

1977-1980 йилларда ТошДавТИда илмий ва педагогик фаолият билан бир қаторда, жамоат ишларида ҳам фаол иштирок этди. У институт тиббиёт ходимлари касаба уюшмаси раиси лавозимида ишлади. Шу даврдан бошлаб Хуснитдин Ибрагимович ўзини ташкилотчилар маҳоратини намаён қила бошлади. Ўзининг халқпарварлиги, софдиллиги ва камтарлиги туфайли ҳамкасиблари орасида хурматга сазовор бўлди.

Фундаментал фанларни, айниқса ички органлар ва тўқималарнинг ультраструктур тузилишларининг ҳар хил шароитларга компенсатор-мослашиш жараёнларини чуқур ўрганган ёш олим қалбда ёшлигида орзу қилган стоматология фанини ривожига ҳисса қўшгиси келар эди. Ортопедик стоматология кафедрасининг мудири, профессор С.А.Зуфаров 1983 йилда уни кафедрага ишга таклиф қилди. Шу сабабли аввал шифокор, кейинчалик кафедрада ассистент лавозимида ишлаб, ортопедик стоматология сирларини етук стоматолог шифокор Аҳмедов Пўлат Мухторовичдан ўрганди. Чиройли тиш протезларини ясашда Х.И.Ирсалиевга ёшлигида рассомчилик ва ўймакорлик

сирларини мукамал ўрганганлиги жуда қўл келди. Профессор С.А. Зуфаровнинг таклифига биноан кафедрада функционал диагностик лаборатория ташкил қилинди ва уни раҳбари этиб Х.И.Ирсалиев тайинланди.

Х.И.Ирсалиев гистология кафедрасида орттирилган билимларни энди стоматология фанига татбиқ эта бошлади. У ўз атрофига билимга чанқок ёш ходимларни тўплади ва ўндан ортик илмий текшириш усулларини йўлга қўйди. 1980 йилларда ортопедик стоматология кафедрасида замонавий илмий текшириш усулларида стоматоскопия, реография, полярография, миография, морфология ва иммунология кабилар кенг йўлга қўйилди.

Илмий изланишлар натижасида оғиз бўшлиғида мавжуд бўлган ҳимояланиш жараёнини уч босқичли концепцияси ишлаб чиқилди. Илмий изланишлар натижалари Х.И.Ирсалиев томонидан ёзилган кўплаб мақолаларда, монографияларда ва халқаро илмий анжуманларда ўқилган маърузаларда кенг ёритилган.

Х.И. Ирсалиев томонидан 2та монография, 2та дарслик ва 150 дан ортик илмий мақолалар, ўқув–услубий ва илмий услубий тавсияномалар чоп этилган.

У ўзининг илмий ва педагогик фаолияти билан нафақат Республикамизда, балки қатор хорижий мамлакатларда ҳам танилган атоқли олим даражасига чиқди.

1993 йилда Х.И.Ирсалиев машаққатли меҳнати, тинимсиз изланишлари натижасида ТошДавТИ нинг илмий кенгашида “Особенности барьерно-защитной функции полости рта до и в процессе пользования зубными протезами” мавзусида докторлик диссертациясини муваффақиятли ҳимоя қилди. 2001 йилда эса Х.И.Ирсалиевга профессор унвони берилди. 2002 йилда ТошДавТИ ортопедик стоматология кафедрасининг мудирини этиб тайинланди. Шу пайтдан бошлаб олимнинг илмий-педагогик фаолиятида юқори малакали кадрларни тайёрлаш асосий ўринни эгаллади. Талабалар орасидан илмга чанқок йигит ва кизларни ажратиб, улар билан илмий тўғаракларда машғулотлар олиб бора бошлади. Ёш педагоглар орасида илмий ишларни жадаллаштириб, уларни аспирантурага ўқишга тавсия қилди. Йиллар ўтиб, машаққатли меҳнат ўз самарасини берди. Профессор Х.И.Ирсалиев раҳбарлигида бешта фан докторлари ва ўн тўрта фан номзодлари тайёрланди. Учта дарслик ва икки монография чоп этилди.

Х.И.Ирсалиев 1992 йилда Ўзбекистон стоматологлар Ассоциациясининг ташкил этилишида фаол иштирок этди ва хайъат аъзоси бўлди. 2000 йилдан бошлаб эса, “Stomatologiya” журналининг бош муҳаррири этиб тайинланди. 2005 йилда Тошкент тиббиёт академияси ташкил этилиши муносабати билан профессор Х.И.Ирсалиев академиянинг ортопедик стоматология ва ортодонтия кафедрасига мудир этиб тайинланди. Х.И.Ирсалиев раҳбарлигида кафедрадаги ўқув жараёнлари янги замонавий ўқув технологияларидан кенг фойдаланилган ҳолда олиб борилди. Шу билан бир қаторда кафедрада илмий ишлар ҳам замон талаби асосида олиб борилди. Асосий илмий йўналиш оғиз бўшлиғидаги ҳимоя тўсиқларининг хужайравий ва тўқимавий хусусиятларини, турли хил протезларнинг тўқимага таъсирини чуқур электронмикроскопик даражада ўрганиш, айниқса кексаларда тиш протезлари қўйишнинг ўзига хос хусусиятларини аниқлаш каби масалаларни ўз ичига олади. Олим стоматология соҳасининг етук мутахассиси сифатида стоматология фан равнақида қўшган хиссалари учун Ўзбекистон Республикасида “Соғлиқни сақлаш аълочиси” ва Ўзбекистон Республикасини 25 йиллик қўқрак нишони билан тақдирланган.

Ҳозирги вақтда ҳам у ижодий кучга, илмий ғояларга бой. Ҳамкасбдошлари ва шогирдлари уни меҳнатсевар, интизомли, камтарин ва шу билан бир қаторда талабчан инсон сифатида фахр ва муҳаббат билан тилга олишади.

Шу улугъ аём кунини бу улугъ инсонга узоқ умр, сихат-саломатлик, омад ва бахт тилаган ҳолда, Республикаимизнинг келажаги учун ёш ва етук стоматолог-врачларни тайёрлашдаги заҳматли меҳнатларида янги ижодий ютуқлар тилаб қоламиз.

**Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги
Тошкент давлат стоматология институти
Ташкент тиббиёт академияси
Ўзбекистон стоматологлар ассоциацияси
«Stomatologiya» журнали таҳририяти**

МУАЛЛИФЛАР ДИҚҚАТИГА

Журнал тиббиёт фани ва соғлиқни сақлашнинг долзарб масалалари бўйича устивор йўналишдаги янги муҳим илмий маълумотларни ўзида мужассам қилган оригинал ахборотларни қабул қилади.

Муаллиф учун эслатма

Қўлёзмаларни расмийлаштириш қоидалари:

I. Мақола 2 та нусхада ўзбек ёки рус тилида, илова қилинадиган хат, эксперт хулосаси ва ўзбек, рус ҳамда инглиз тилларидаги рефератлар (қўпи билан 15 қатор ва камида 10 қатор бўлиши лозим) билан тақдим қилинади.

Мақолага чоп этилиш ҳуқуқини берадиган, думалоқ муҳр босилган юқори турган шахс рухсатномаси ва унинг имзоси қўйилган хат билан биргаликда топширилиши керак. Агар мақола иккита ва ундан кўпроқ муассасаларда тайёрланган бўлса, уларнинг ҳар биридан алоҳида йўланма бўлиши керак. Муаллифларнинг бири илмий-тадқиқот институтига директори ёки даволаш муассасасининг бош врач бўлса, унда Соғлиқни сақлаш вазирлигидан йўланма олиш зарур.

Экспертиза актига муҳр босилган бўлиши керак. Имзолар ёнида фамилиялар кўрсатилиши шарт.

II. Мақола компьютерда терилган (шрифтнинг катталиги - 14, қаторлар орасидаги масофа 1,5 га тенг; юқоридан, пастдан ва чап томондан 20 мм, ўнгдан эса 10 мм жой қолдириш лозим) ва дискетада ёзилган ҳолда тақдим қилиниши керак. Дискетада тақдим этилаётган мақолалар Microsoft Word 7,0 - 2000, for Windows 95/98.

III. Мақоланинг титул аракида қуйидагилар кўрсатилади:

- мақоланинг тўлиқ номи;
- асосий сўзлар;
- муаллифларнинг илмий даражаси, унвони, исми, фамилияси;
- иш бажарилган муассаса номи;
- муҳарририят билан бевосита иш олиб борувчи муаллифнинг иш ва уй телефон рақамлари.

Мақолада уни чоп этиш ҳуқуқини берадиган раҳбар имзоси бўлиши керак. Мақоланинг охирида барча муаллифларнинг имзоси бўлиши керак.

IV. Мақоланинг тузилиши. У қуйидаги бўлимлардан ташкил топган бўлиши лозим:

- кириш қисми;
- материаллар ва методлар;
- натижалар;
- таҳлил;
- хулосалар;
- адабиётлар.

Мақоланинг ҳар бир қисмини (кириш қисмидан ташқари) ажратиш лозим.

Муаллиф мақоласини синчиклаб текшириб, таҳрир қилган бўлиши керак. Мақола аниқ, ихчам, узундан-уzun тафсилотларсиз бўлиши ҳамда матндаги берилган маълумотлар жадвал ва расмлардагилар билан такрорланмаслиги керак. Муаллиф фикрича, таъкидланиши лозим бўлган сўзларнинг тагига чизилади. Махсус ҳарфли шрифтлар ва белгилар (масалан, грек алифбоси ҳарфлари), шунингдек расм ва жадвалларга бериладиган изоҳлар улар биринчи марта қўлланилганида саҳифанинг чап томонига чиқариб ёзилади.

Ўлчов бирликлари Халқаро тизим (СИ) бирликларида ифодаланиши керак. Зарурат бўлганда СИ ўлчов бирлигидан кейин кавс ичида бошқа тизимлар бўйича ўлчовлар кўрсатилиши мумкин.

V. Расмларни тайёрлаш.

Расмлар қора тушда ишланиши, фото, эхограмма, доплерограммалар контраст бўлиши керак. Расм орқасига қалам билан унинг юқори ва пастки томони, рақами, биринчи муаллифнинг фамилияси ва мақоланинг номи ёзилади. Расмларнинг тартиб рақамлари уларнинг матидаги бирма-бир кетинилигига мувофиқ қўйилади.

Расмларга бериладиган тушунтирув изоҳлар алоҳида бетга расмининг рақами кўрсатилиб, ёзилади. Микрофоторасмлар изоҳида бўйиш усули, окуляр ва объективда неча марта катталаштирилгани кўрсатилади.

VI. Жадвалларни расмийлаштириш.

Ҳар бир жадвал алоҳида бетга 2 интервалга тенг масофада терилиши керак. Жадвалнинг номи ва зарурат бўлса, эслатма ёки изоҳлар берилиши керак. Жадвал ўзида фақат зарур бўлган маълумотларни сақдаши ва текширилган умумлаштирилган ҳамда статистик ишлаб чиқилган материаллардан иборат бўлиши керак.

VII. Формулаларни расмийлаштириш. Формулаларда қуйидагилар кўрсатилади:

- кичик ва бош ҳарфлар (бош ҳарфлар остига иккита чизикча, кичик ҳарфлар устига эса иккита чизикча чизилади);
- лотин ва грек ҳарфлари (лотин ҳарфлари кўк, грек ҳарфлари эса кизил ранг билан ўраб қўйилиши лозим);
- кагор ости ва кагор усти ҳарфлари ва рақамлари.

VIII. Адабиётлар рўйхатини тузиш.

Адабиётлар рўйхатига охириги 10 йил ичида чоп этилган материаллар (10 тадан ошмаслиги керак) киритилади. Улар библиографик қоидаларга мувофиқ тузилади ва мақоланинг охирида берилади. Библиография биринчи муаллиф фамилияси бўйича аниқ алфавит тартибда ва бир муаллифнинг бир неча асарлари келтириладиган бўлса, хронологик тартибда тузилади.

Рўйхатда: китоблар бўйича - муаллиф фамилияси ва исми-шарифи, китобнинг тўлиқ номи, чиқарилган жойи ва йили; журналлар, тўпламлар, илмий асарлар бўйича - муаллиф фамилияси ва исми-шарифи, журнал, тўплам, илмий асар номи, йили, сони, бетлари (нечанчидан нечанчигача) кўрсатилиши шарт. Рўйхатга чоп этилмаган ишлар (диссертациялар авторефератлари) ва дарсликлар киритилмайди.

Текшириб чиқилган адабиётлар рўйхатида муаллифнинг имзоси бўлиши керак. Синчковлик билан ўқиб ва текшириб чиқилмаган адабиётлар рўйхати чоп этилмайди.

IX. Мазкур қоидаларга риоя қилинмай тайёрланган мақолаларни муҳарририят қабул қилмайди.

X. Таҳрир ҳайъати материалларни чоп этилишини таъкикл аш ҳуқуқига эгадир (жумладан, ижобий тақриз олган мақолаларни ҳам).

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Журнал принимает к публикации оригинальные сообщения по актуальным вопросам медицинской науки и здравоохранения, содержащие новые существенные научные результаты, имеющие приоритетный характер.

Памятка автора

Правила оформления рукописей:

I. Статья представляется в 2 экземплярах на узбекском или русском языке с сопроводительным письмом, экспертным заключением и рефератами (10-15 строк) на узбекском, русском и английском языках. Статья должна иметь визу вышестоящего лица на право опубликования, заверенную круглой печатью, и сопроводительное письмо за подписью вышестоящего лица. Если статья выполнена в двух и более учреждениях, она должна иметь направления из каждого. Если один из авторов является директором НИИ, ректором учебного заведения или главным врачом лечебного учреждения, необходимо направление Минздрава.

Акт экспертизы должен быть заверен печатью. Рядом с подписями обязательно указываются фамилии.

II. Статья должна быть набрана на компьютере и представлена с дискетой (шрифт 14, расстояние между строками 1,5). Поля сверху, снизу и слева - 20 мм, справа - 10 мм.

Представленные на дискетах статьи должны быть набраны на компьютере в программе Microsoft Word for Windows 95/98.

III. На титульной странице указываются:

- полное название статьи;
- ключевые слова;
- ученая степень, научное звание, инициалы и фамилии авторов;
- название учреждения, в котором выполнена работа;
- телефоны автора, с которым следует вести редакционную работу.

Статья обязательно должна иметь визу руководителя работы на право ее опубликования. В конце статьи ставятся подписи всех авторов.

IV. Структура статьи. Статья должна содержать следующие разделы:

- вводная часть;
- материалы и методы;
- результаты;
- обсуждение;
- выводы;
- литература.

Каждый раздел статьи (кроме вводной) следует выделить.

Статья должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Изложение должно быть ясным, сжатым, без длинных введений, повторений и дублирования в тексте таблиц и рисунков.

Слова, которые, по мнению автора, должны быть выделены, подчеркиваются в тексте. Специальные буквенные шрифты и символы (например, буквы греческого алфавита), а также ссылки на рисунки и таблицы выносятся на левое поле при первом упоминании.

Единицы измерения должны быть выражены в единицах Международной системы (СИ). При необходимости в скобках после единиц измерения СИ может быть указана размерность в других системах.

V. Оформление иллюстраций. Рисунки должны быть выполнены черной тушью, фотографии, эхограммы, доплерограммы, рентгенограммы - контрастны. На обороте каждой иллюстрации карандашом указывается верх и низ, номер рисунка, фамилия первого автора и название статьи. Иллюстрации должны быть пронумерованы согласно порядку их следования в тексте.

Подписи к рисункам печатаются на отдельной странице с указанием номера рисунка. В подписях к микрофотографиям указывается метод окраски, увеличение окуляра и объектива.

VI. Оформление таблиц. Каждая таблица печатается на отдельной странице через 2 интервала. Все таблицы должны иметь название и при необходимости - подстрочные примечания. Таблицы должны содержать только необходимые данные и представлять собой обобщенные и статистически обработанные материалы исследования.

VII. Оформление формул. В формулах необходимо размечать:

- строчные и прописные буквы (прописные обозначаются двумя черточками снизу, а строчные - двумя черточками сверху);
- латинские и греческие буквы (латинские обводятся синим цветом, греческие - красным);
- подстрочные и надстрочные буквы и цифры.

VIII. Оформление литературы. В библиографию вносятся работы всех упомянутых авторов (но не более 10 работ, опубликованных только за последние 10 лет). Список литературы помещается в соответствии с библиографическими правилами и помещается в конце статьи. Библиография составляется строго в алфавитном порядке по фамилии первого автора и в хронологическом, если приводится несколько публикаций одного и того же автора.

В списке обязательно должны быть приведены: по книгам - фамилия автора и его инициалы, полное название книги, место и год издания; по журналам, сборникам, научным трудам - фамилия автора и его инициалы, название журнала, сборника, научного труда, год, номер, страницы - от и до. В список не включаются неопубликованные работы, диссертационные работы и авторефераты к ним, учебники.

Проверенный список литературы должен быть подписан автором. Невыверенный список литературы к публикации не допускается.

В тексте ссылки на библиографические указатели обозначаются цифрами согласно списку использованной литературы.

IX. Статьи, оформленные без соблюдения данных правил, редакцией не принимаются.

X. Редакционная коллегия вправе отклонить публикацию материалов (в том числе и получивших положительную рецензию).